



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**RELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD Y NIVEL DE RIESGO DE
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, QUITO, PICHINCHA –
ECUADOR, DURANTE EL PERIODO 2024-2025**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:

KEVIN MARCELO TOAPANTA FLORES

DIRECTORES:

DIEGO ROBERTO MERA ORCÉS, M.D.

XAVIER GEOVANNY SÁNCHEZ CHOEZ, PHD.

QUITO, 2025

DEDICATORIA

A Dios. A mis padres, hermana y abuelita. Sin ustedes nada de esto sería posible.

Kevin Marcelo Toapanta Flores

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la bendición de estar vivo y por permitirme disfrutar de cada día.

A mis padres, por ser pilar fundamental de mi vida: por ser esos amigos y confidentes que caminan a mi lado. Gracias por su enorme esfuerzo y por el amor diario que nutre nuestra hermosa familia. Los amo.

A mi hermana, por ser mi compañera de vida: por saber acompañarme, escucharme, confiar en mí y compartir su día a día. Estoy seguro de que vas a llegar muy lejos.

A mi abuelita, por ser ese ángel que me llena de esperanza e inspiración cada día: gracias por ser el vivo ejemplo de que con esfuerzo todo es posible y por enseñarme que la mejor manera de vivir es de forma ligera, tranquila y feliz.

Al Dr. Diego Mera, por aceptar ser tutor de mi proyecto de titulación, por confiar en mí y por brindar su valioso conocimiento y experiencia: gracias por su dirección y acompañamiento en este hermoso proceso.

Al Dr. Xavier Sánchez, por ser pilar fundamental de esta investigación: gracias por brindar la orientación académica y el rigor aportados al análisis de los datos. Gracias por su entrega, paciencia y ayuda desinteresada.

A todos mis profesores, quienes con vocación han ido dejando parte de sí en mí y me han ayudado a crecer, desarrollarme y mejorar día a día: gracias por todas sus enseñanzas, que, en mayor o menor medida, han influido en quién soy actualmente.

A mis amigos, que compartieron y comparten tramos de sus vidas conmigo, siendo apoyo en momentos difíciles y celebrando los logros conseguidos: gracias por hacer mi día a día más ameno.

A todas las personas, amigos y familiares que creyeron en mí.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ASSIST	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión
DE	Desviación Estándar
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición
DSM-4	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición
EPQ	Cuestionario de Personalidad de Eysenck
FFM	Five Factor Model / Modelo de los Cinco Factores / Big Five Model / Modelo de los Cinco Grandes
GABA	Ácido Gamma-Aminobutírico
IC	Intervalo de Confianza
IPDE	International Personality Disorder Examination
IQR	Rango Intercuartílico
KMO	Medida de Adecuación Muestral de Kaiser-Meyer-Olkin
LSD	Ácido Lisérgico Dietilamida
MCMI	Inventario Clínico Multiaxial de Millon
MMPI	Inventario de Personalidad de Minnesota
NEO-PI-R	NEO Personality Inventory-Revised
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio
PUCE	Pontificia Universidad Católica del Ecuador

SCID-II	Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM
TAT	Test de Apercepción Temática
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

TABLA DE CONTENIDO

PRELIMINARES	ii
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I	15
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 Problema de investigación.....	15
1.2 Justificación del estudio.....	17
1.3 Objetivos de investigación.....	18
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	18
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	18
1.4 Hipótesis.....	19
CAPÍTULO II	20
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 PERSONALIDAD.....	20
<i>2.1.1 Concepto general de personalidad</i>	21
2.1.1.1 Temperamento.....	21
2.1.1.2 Carácter.....	22
<i>2.1.2 Modelos de estudio de la personalidad</i>	22
2.1.2.1 Teorías de la personalidad.....	22
2.1.2.2 Modelos integradores de la personalidad.....	24
2.1.2.3 Modelos clínicos de la personalidad: categórico versus dimensional.....	25
<i>2.1.3 Rasgos de personalidad</i>	28
2.1.3.1 Rasgos de personalidad anómalos / desadaptativos.....	28
2.1.3.2 Relación entre rasgos y trastornos de personalidad.....	30
2.1.3.3 Descripción de categorías de personalidad patológica.....	32
<i>2.1.4 Instrumentos para evaluación de rasgos de personalidad</i>	34

2.1.4.1 Métodos de evaluación de personalidad.....	34
2.1.4.2 Cuestionario Salamanca.....	35
2.2 NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	37
2.2.1 <i>Sustancias Psicoactivas</i>	37
2.2.1.1 Definición general de sustancia psicoactiva.....	37
2.2.1.2 Tipos de sustancias psicoactivas.....	38
2.2.2 <i>Efectos del consumo de sustancias</i>	39
2.2.2.1 Efectos psicológicos y neuroconductuales.....	39
2.2.2.2 Riesgo en población adulta joven.....	43
2.2.3 <i>Cuestionario ASSIST</i>	44
CAPÍTULO III.....	46
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	46
3.1 Tipo de estudio.....	46
3.2 Población y muestra.....	46
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	46
3.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	46
3.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	47
3.4 Procedimientos de recolección de información.....	47
3.5 Plan de análisis de datos.....	48
3.5.1 <i>Herramientas de medición</i>	48
3.5.2 <i>Descripción de la muestra</i>	48
3.5.3 <i>Resultados analíticos</i>	49
3.6 Aspectos bioéticos.....	50
3.6.1 <i>Consideraciones éticas</i>	50
CAPÍTULO IV.....	52
4. RESULTADOS.....	52
4.1 Características sociodemográficas.....	52
4.2 Descripción de rasgos de personalidad.....	53
4.2.1 <i>Rasgos del grupo A</i>	53
4.2.2 <i>Rasgos del grupo B</i>	55
4.2.3 <i>Rasgos del grupo C</i>	57
4.2.4 <i>Distribución porcentual de rasgos por puntaje</i>	59
4.2.5 <i>Distribución de puntajes por rasgo de personalidad</i>	60

4.3 Descripción del nivel de riesgo de consumo de sustancias.....	64
4.3.1 Descripción de riesgo general de consumo de sustancias.....	64
4.3.2 Descripción de riesgo específico de consumo de sustancias.....	66
4.3.3 Descripción de riesgo específico de consumo por sexo.....	69
4.4 Resultados analíticos.....	73
4.4.1 Diferencia de rasgos de personalidad por sexo.....	73
4.4.2 Diferencia de rasgos de personalidad por edad.....	74
4.5 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias.....	75
4.5.1 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo general de sustancias.....	75
4.6 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias específicas.....	77
4.6.1 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de tabaco.....	77
4.6.2 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de alcohol.....	79
4.6.3 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de cannabis.....	80
4.6.4 Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias específicas de baja frecuencia.....	80
CAPÍTULO V.....	83
5. DISCUSIÓN.....	83
CAPÍTULO VI.....	90
6. CONCLUSIONES.....	90
6.1 Conclusiones del estudio.....	90
6.2 Recomendaciones y perspectivas a futuro.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	99
Anexo 1. Interpretación de resultados de sustancias con baja frecuencia.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de los trastornos de la personalidad del DSM-5 con dominios del modelo de cinco factores.....	32
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.....	52
Tabla 3. Grupo A: Mediana y rango intercuartílico.....	54
Tabla 4. Grupo B: Mediana y rango intercuartílico.....	56
Tabla 5. Grupo C: Mediana y rango intercuartílico.....	58
Tabla 6. Frecuencias por puntaje y rango de puntaje por rasgo de personalidad.....	61
Tabla 7. Sustancias consumidas una vez a lo largo de la vida.....	65
Tabla 8. Nivel de riesgo general de consumo de sustancias por sexo.....	65
Tabla 9. Nivel de riesgo por sustancia específica.....	67
Tabla 10. Nivel de riesgo por sustancia específica por sexo.....	69
Tabla 11. Diferencias por sexo en rasgos de personalidad.....	73
Tabla 12. Magnitud de efecto en diferencia entre rasgos de personalidad por sexo.....	74
Tabla 13. Diferencia entre rasgos de personalidad por edad.....	75
Tabla 14. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo general de sustancias...76	
Tabla 15. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de tabaco.....	78
Tabla 16. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de alcohol.....	80
Tabla 17. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de cannabis.....	81
Anexo 1. Interpretación de resultados de sustancias con baja frecuencia.....	99
Tabla 18. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de cocaína.....	100
Tabla 19. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de estimulantes.....	102
Tabla 20. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de inhalantes.....	103
Tabla 21. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de sedantes.....	105

Tabla 22. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de alucinógenos.....106

Tabla 23. Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de opiáceos.....108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de frecuencias absolutas por edad.....	53
Gráfico 2. Grupo A: Distribución porcentual por rangos de puntaje.....	54
Gráfico 3. Grupo A: Distribución porcentual por rangos de puntaje según sexo.....	54
Gráfico 4. Grupo B: Distribución porcentual por rangos de puntaje.....	56
Gráfico 5. Grupo B: Distribución porcentual por rangos de puntaje según sexo.....	57
Gráfico 6. Grupo C: Distribución porcentual por rangos de puntaje.....	58
Gráfico 7. Grupo C: Distribución porcentual por rangos de puntaje según sexo.....	59
Gráfico 8. Distribución porcentual de rasgos por rangos de puntaje.....	60
Gráfico 9. Distribución de puntajes por rasgo de personalidad.....	63
Gráfico 10. Frecuencia por rangos de puntaje por rasgo de personalidad.....	63
Gráfico 11. Nivel de riesgo general de consumo de sustancias por sexo.....	66
Gráfico 12. Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias (alta prevalencia).....	68
Gráfico 13. Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias (baja prevalencia).....	68
Gráfico 14. Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias por sexo (alta prevalencia).....	72
Gráfico 15. Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias por sexo (baja prevalencia).....	72
Gráfico 16. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo general de sustancias.....	76
Gráfico 17. Nivel de riesgo de consumo general por nivel de rasgo de personalidad.....	77
Gráfico 18. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de tabaco.....	78
Gráfico 19. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de alcohol.....	79
Gráfico 20. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de cannabis.....	81
Anexo 1. Interpretación de resultados de sustancias con baja frecuencia.....	99
Gráfico 21. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de cocaína.....	100
Gráfico 22. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de estimulantes.....	101

Gráfico 23. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de inhalantes.....	103
Gráfico 24. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de sedantes.....	104
Gráfico 25. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de alucinógenos.....	106
Gráfico 26. Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de opiáceos.....	107

RESUMEN

Antecedente: El consumo de sustancias psicoactivas constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud reporta que el uso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas se asocia con una alta carga de morbilidad y mortalidad, afectando la salud física, psicológica y social. Los estudiantes de medicina presentan un riesgo particular debido a las altas exigencias académicas, las prácticas clínicas y el acceso a fármacos, lo que puede favorecer el consumo como estrategia de afrontamiento. Los rasgos de personalidad se han identificado como determinantes en el consumo de sustancias. La ausencia de evidencia local genera un vacío de conocimiento que dificulta la comprensión integral del fenómeno y la elaboración de estrategias de prevención adaptadas a la realidad universitaria ecuatoriana.

Objetivo: Establecer la relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito, Pichincha – Ecuador, durante el periodo 2024-2025.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal (correlacional), de enfoque cuantitativo realizado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024-2025. Mediante muestreo aleatorio simple se obtuvo una muestra de 397 estudiantes de medicina de una población de $N = 1780$, quienes cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión. Los datos se recopilaron en formato digital mediante un instrumento que adapta el Cuestionario Salamanca y el ASSIST, junto con información sociodemográfica.

Resultados: La muestra presenta una elevada presencia de rasgos de desregulación emocional (rasgos histriónico, límite y ansioso) y una baja expresión de rasgos disruptivos o psicóticos severos. El consumo se concentró en sustancias legales (alcohol y tabaco) y cannabis. Más de la mitad de los estudiantes presentan riesgo moderado de consumo. La investigación encontró que la relación entre personalidad y consumo es sustancia-específica y mediada por mecanismos psicológicos diferenciales.

Conclusión: Estos hallazgos sientan las bases para el diseño de programas de prevención temprana y acompañamiento estudiantil específicos dirigidos a manejar la desregulación emocional, proveer estrategias de afrontamiento saludables ante el estrés y desnormalizar el consumo recreativo, especialmente en grupos de mayor vulnerabilidad.

Palabras claves: Rasgos de Personalidad, Nivel de Riesgo, Alcohol, Tabaco, Cannabis, Drogas, Estudiantes de Medicina

ABSTRACT

Background: Psychoactive substance use is a significant public-health problem worldwide. The World Health Organization reports that use of alcohol, tobacco and illicit drugs is associated with a high burden of morbidity and mortality, affecting physical, psychological and social health. Medical students are at particular risk due to heavy academic demands, clinical practicums and access to medications, which can promote substance use as a coping strategy. Personality traits have been identified as determinants of substance use, yet local evidence on the relationship between personality traits and substance use risk is limited, hindering the design of prevention strategies adapted to the Ecuadorian university context.

Objective: To establish the relationship between personality traits and level of risk for substance use among medical students at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Pichincha, during 2024–2025.

Materials and methods: Observational, analytical, cross-sectional (correlational) study with a quantitative approach carried out at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador in 2024–2025. Using simple random sampling, a sample of 397 medical students was obtained from a population of $N = 1780$, all meeting inclusion criteria and without exclusion criteria. Data were collected digitally using an instrument that adapts the Cuestionario Salamanca and the ASSIST, together with sociodemographic information.

Results: The sample showed a high prevalence of emotional dysregulation traits (histrionic, borderline and anxious) and a low expression of disruptive or severe psychotic traits. Substance use was concentrated in legal substances (alcohol and tobacco) and cannabis; more than half of the students presented a moderate level of risk for substance use. The study found that the relationship between personality and substance use is substance-specific and appears to be mediated by differential psychological mechanisms.

Conclusion: These findings provide a basis for designing early prevention and student support programs focused on managing emotional dysregulation, offering healthy stress-coping strategies and denormalizing recreational use, especially in higher-vulnerability groups.

Keywords: *Personality traits; Risk level; Alcohol; Tobacco; Cannabis; Drugs; Medical students.*

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el uso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas se asocia con alta carga de morbilidad y mortalidad, afectando la salud física, psicológica y social de las personas (1). En el ámbito universitario, los estudiantes presentan tasas de consumo superiores a las de la población general de la misma edad, influenciadas por factores como estrés académico, presión social y adaptación a nuevos entornos. Los estudiantes de medicina, en particular, se exponen a mayor riesgo debido a la intensa carga académica, las prácticas clínicas y el acceso a fármacos, lo que puede favorecer conductas de consumo como estrategia de afrontamiento (2). Por otro lado, la evidencia en psicología de la personalidad señala que ciertos rasgos de personalidad se asocian a un mayor riesgo de consumo de sustancias (3,4). Sin embargo, en Ecuador los estudios sobre este tema son aún escasos, especialmente en estudiantes de medicina, lo que representa una brecha de conocimiento relevante. En este contexto, el presente estudio analiza la relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito, durante el periodo 2024-2025, con el fin de aportar evidencia para el diseño de estrategias preventivas y de promoción de la salud (5).

- **Problema de Investigación**

El consumo de sustancias psicoactivas constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, con un especial impacto en la población adolescente y adulta joven. En esta etapa vital se experimentan la construcción de identidad, búsqueda de independencia y exposición a factores de presión social. Estos procesos incrementan la vulnerabilidad hacia conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (1). Diversos estudios internacionales y regionales muestran que los estudiantes universitarios presentan una elevada prevalencia de consumo de sustancias (6). Dentro de la población universitaria, los estudiantes de medicina constituyen un grupo de especial interés y vulnerabilidad. Este grupo se encuentra expuesto a altos niveles de estrés académico, largas jornadas de estudio y factores desencadenantes de ansiedad, además estar inmersos en un ambiente competitivo (2). Estos elementos no solo afectan su bienestar psicológico, sino que

también pueden influir en la adopción de conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas. A esta situación se suma su familiaridad y acceso a medicamentos utilizados en atención sanitaria que incrementa el riesgo de automedicación y uso indebido de fármacos. En Ecuador, estudios realizados en estudiantes de medicina han evidenciado una relación directa entre el estrés académico y la automedicación en este grupo (7).

En un estudio realizado en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se reportó que tres de cada cuatro alumnos habían consumido alcohol al menos una vez en la vida, uno de cada cuatro presentaba un consumo de riesgo según criterios estandarizados y el 30% reportaban consumo mensual activo (8). Estos resultados coinciden con investigaciones internacionales. Por ejemplo, un estudio realizado en ocho facultades de medicina latinoamericanas encontró que tres de cada diez estudiantes presentaban dependencia alcohólica, hallazgo similar a estudios en Estados Unidos y Francia, donde cerca de un tercio de los estudiantes de medicina cumplían criterios de abuso o dependencia alcohólica (6).

Por otro lado, los rasgos de personalidad se han identificado como factores determinantes frente al consumo de sustancias psicoactivas. La personalidad antisocial y la personalidad límite son las que muestran mayor relación con el abuso de sustancias (4). Asimismo, se ha comprobado que rasgos de personalidad patológica se acompañan frecuentemente de otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos por consumo de sustancias y los problemas de control de impulsos (3,4,9). Esto refuerza la importancia de analizar los perfiles de personalidad dentro de la población universitaria.

Además de las repercusiones académicas y emocionales, las consecuencias del consumo de sustancias pueden ser graves y, en algunos casos, fatales. A corto plazo, se asocian con intoxicaciones, episodios violentos, lesiones y enfermedades infectocontagiosas. A largo plazo, predisponen al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como hepatopatías, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el abuso de sustancias se relaciona también con un mayor riesgo de accidentes, agresiones y conductas de riesgo (10). En Ecuador, de acuerdo con el Registro Estadístico de Defunciones Generales 2022, entre las 10 principales causas de muerte en personas de 18 a 29 años, aproximadamente el 32.0% fueron producto de agresiones u homicidios, el 21.6% por accidentes de tránsito, el 6.8% por suicidio y el 1.5% por infecciones asociadas al VIH (11). Dichas cifras reflejan la interacción entre consumo,

vulnerabilidad y mortalidad en la población joven. En este contexto, resulta preocupante que en el país aún no se hayan desarrollado estudios específicos que exploren la relación entre los rasgos de personalidad y el nivel de riesgo de consumo de sustancias en estudiantes de medicina. La ausencia de evidencia local genera un vacío de conocimiento que dificulta la comprensión integral del fenómeno y la elaboración de estrategias de prevención adaptadas a la realidad universitaria ecuatoriana. Por todo lo expuesto, el presente estudio busca analizar esta relación en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la PUCE, con el objetivo de identificar el perfil de consumo de sustancias de los estudiantes, los rasgos de personalidad asociados y aportar información clave para el diseño de programas de prevención en salud universitaria.

- **Justificación del estudio**

La investigación de los rasgos de personalidad en relación con el nivel de riesgo de consumo de sustancias se justifica ampliamente debido a su relevancia clínica, académica, social y científica. En primer lugar, desde la perspectiva teórica y científica, el estudio de la personalidad sigue siendo un área de gran interés. Uno de los mayores retos actuales consiste en unificar los enfoques dimensionales de los rasgos con los modelos categoriales tradicionales de trastornos descritos en el CIE-10 y el DSM-5. Asimismo, el diseño y aplicación de instrumentos confiables de evaluación de la personalidad en ámbitos clínicos y académicos (3). Este trabajo aportará evidencia empírica al analizar cómo los rasgos de personalidad influyen en el consumo de sustancias, generando nueva información desde nuestro contexto.

Desde la perspectiva clínica y de salud mental es importante indagar sobre la asociación entre rasgos anómalos de personalidad y consumo nocivo de sustancias. Se ha demostrado que los trastornos de personalidad son factores predisponentes de conductas de riesgo y episodios fatales en la población adulta joven (9). Por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad límite muestran una relación consistente con el abuso de sustancias (4). Estos hallazgos remarcan la importancia de caracterizar tanto el perfil de consumo de sustancias como los rasgos de personalidad de los estudiantes de medicina.

Además, desde la perspectiva académica y profesional, los estudiantes de medicina constituyen un grupo estratégico. Las investigaciones han demostrado que enfrentan altos

niveles de estrés académico, demandas clínicas y un ambiente competitivo que incrementa su vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud mental y conductas de riesgo (7,12). Estas condiciones, combinadas con la automedicación y el acceso a fármacos, los convierten en una población particularmente sensible. Comprender su perfil de riesgo brindará información para el diseño de estrategias de acompañamiento y apoyo.

Desde la perspectiva social y ética, el impacto del consumo de sustancias en estudiantes de medicina va más allá de la salud individual. Es fundamental cuidar el bienestar físico y mental de futuros médicos y médicas. El consumo problemático de sustancias por parte del personal de salud podría comprometer la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Por lo tanto, la identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas no solo benefician a los estudiantes, sino también a los pacientes y a la sociedad en general.

Finalmente, desde la perspectiva práctica en salud pública, los resultados de este estudio podrán servir de base para el diseño de programas de prevención y promoción de la salud adaptados al contexto universitario ecuatoriano, enfocados en estudiantes de medicina. Contribuyendo a reducir la prevalencia del consumo de sustancias, disminuir los riesgos asociados y favorecer la formación integral de profesionales de la salud. En conclusión, este estudio se justifica por su capacidad de generar evidencia científica nueva y aportar información para plantear soluciones prácticas a nivel de nuestra institución.

Pregunta de Investigación: ¿Cuál es la relación entre rasgos de personalidad y el nivel de riesgo de consumo de sustancias en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador?

- **Objetivos de investigación**

- *Objetivo general*

Establecer la relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito, Pichincha – Ecuador, durante el periodo 2024-2025.

- *Objetivos específicos*

- Caracterizar los diferentes rasgos de personalidad en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol y otras drogas en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Describir la asociación entre los rasgos de personalidad y el nivel de riesgo de consumo de sustancias en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- **Hipótesis**

Los rasgos de personalidad anómalos se asociarán de manera estadísticamente significativa con un mayor nivel de riesgo de consumo de sustancias en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito, durante el periodo académico 2024-2025.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

PERSONALIDAD

El asentamiento de las bases conceptuales sobre el estudio de la personalidad inicia en Grecia. El origen de la palabra personalidad deviene de “personare” que hace referencia a las máscaras teatrales griegas. Hipócrates es el primero en proponer un modelo explicativo de personalidad, el de los cuatro temperamentos básicos: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático, mismos asociados a cuatro humores y cuatro elementos (4,13). Posteriormente el concepto de personalidad se vio influenciado por filósofos del mundo antiguo como Cicerón, Platón, Aristóteles y Teofrasto. En el siglo VI, teólogos relacionan los conceptos de persona y esencia, definiendo a la primera como sustancia individual, racional y natural. Este concepto es tomado por múltiples teóricos europeos que años después postulan la existencia de un sustrato fisiológico y bioquímico del comportamiento (13).

En 1859, uno de los descubrimientos científicos más importantes, la Teoría de la evolución de Charles Darwin, impactaría definitivamente los modelos explicativos de la personalidad. En 1801, Pinel habla sobre trastornos de personalidad como perversión de sentimientos, hábitos e impulsos sin defecto intelectual ni racional. Décadas más tarde Koch asocia dichos trastornos con la presencia de rasgos anómalos. (4,13) A partir del siglo XX se adoptan enfoques biológicos, evolutivos, sociales e interpersonales para explicar comportamientos.

En 1934, el psiquiatra alemán Kurt Schneider marca un hito al definir los trastornos de personalidad como desviaciones o variantes de tipos de personalidad normal que llevan a la configuración de tipos clínicos patológicos que se caracterizan por provocar sufrimiento al individuo o a su entorno. Marcando una separación conceptual entre trastornos de personalidad de otro tipo de enfermedades mentales (4,13). Sigmund Freud influye fuertemente en el desarrollo de la teoría psicodinámica de la personalidad donde se entiende como un conjunto de mecanismos de defensa adquiridos como resultado de fuerzas psicológicas internas, generalmente inconscientes (4,14).

Este bagaje conceptual e histórico acerca del estudio de la personalidad, se beneficia en la actualidad de nuevos hallazgos en neurociencia, neuroimagen funcional, análisis

estadístico, análisis factorial, permitiendo así la formulación de múltiples teorías de personalidad y modelos integradores de las mismas.

Sin embargo, además de existir modelos cuyo objetivo es integrar las teorías explicativas de personalidad, también su estudio se dividió progresivamente en numerosas especialidades como psicología de los rasgos, psicología del yo, psicología de las emociones, personalidad de género, psicología motivacional, personalidad patológica, neuroetología, psiquiatría cultural, entre otros (15). Actualmente el estudio de la personalidad y su aplicación en el ámbito clínico se encuentra en continuo cambio y desarrollo.

- **Concepto general de personalidad**

Actualmente no se ha podido definir una teoría universal de la personalidad, por lo tanto, no existe una única definición de personalidad. Hay varias maneras de entender el concepto, entre las definiciones más aceptadas se encuentra:

Conjunto de patrones constantes de reacción emocional, cognitiva, actitudinal y conductual que los individuos experimentan y manifiestan de manera predecible sobre el entorno y sí mismos. La personalidad se manifiesta en una amplia gama de situaciones personales y sociales, es estable y predecible (3,13,15). La personalidad tiene dos principales componentes, el temperamento y el carácter.

- **Temperamento**

Es el componente biológico y de herencia genética que compone la personalidad. Es el conjunto de cualidades de cognición, emoción y comportamiento. El temperamento se expresa desde el nacimiento. Kagan estudió a bebés recién nacidos clasificándolos según sus temperamentos en “inhibidos” que presentan miedo ante situaciones nuevas y los “no inhibidos” (3). Por otro lado, Cloninger en su teoría integradora denominada Modelo de los Siete Factores plantea cuatro dimensiones biológicas del temperamento: 1) Búsqueda de Novedad/Activación conductual. 2) Evitación del desafío/Inhibición conductual 3) Dependencia de la recompensa/Mantenimiento conductual 4) Persistencia. Las tres primeras dimensiones se relacionan con las vías dopaminérgicas del sistema nervioso central, mientras que la serotonina se relaciona con la inhibición conductual y la noradrenalina con el mantenimiento conductual (13,14). Por otro lado, investigaciones en adultos proponen la condensación en tres temperamentos básicos: 1) Emotividad positiva, asociada a mayor actividad física, felicidad y autoconfianza, 2) Emotividad negativa, asociada a reaccionar

como si el mundo fuese amenazante y problemático y 3) Restricción, la facilidad de control sobre las partes de la conducta dirigidas por la emoción. El Modelo de los Cinco Factores (FFM), describe cinco factores temperamentales: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad (3,13)

- **Carácter**

El carácter es el componente de la personalidad aprendida, se ve determinado por el ambiente y se refiere a la manera que se modifican, corrigen y autorregulan elementos innatos como la emocionalidad (4,13,14). Es un conjunto de sentimientos y valores referentes a sistemas de organización moral, juicios de valor y evaluación ética, que se forman con la experiencia vital (4,14). Entre sus constituyentes se encuentran las normas sociales, el lenguaje y comportamientos adquiridos. El carácter constituye la mayor parte de los rasgos de personalidad e influye directamente los hábitos del individuo. Los hábitos son conductas habituales en situaciones específicas, por su parte los rasgos de personalidad son disposiciones amplias de comportamiento en variados escenarios (13,14). El carácter es el regulador de la actividad de la persona. Cloninger en su modelo integrador propone tres dimensiones del carácter: 1) Empatía frente a hostilidad 2) Originalidad frente a control 3) Autodirección (14).

Dentro del concepto de personalidad, se han propuesto varios conceptos de personalidad normal. Entre los criterios para clasificarla se encuentra la capacidad para funcionar de manera autónoma y competente, tendencia adaptativa en el entorno social de manera, sentido de satisfacción, autorealización y autoeficacia percibida (13).

• **Modelos de estudio de la personalidad**

- **Teorías de la Personalidad**

La teoría psicodinámica de la personalidad es fuerte mente influenciada por el psicoanálisis y postulados propuestos por Sigmund Freud. Según esta teoría, la conducta individual es producto de fuerzas internas psicológicas, generalmente en el inconsciente. Utiliza los elementos del “ello”, “yo”, y “súper yo” descritos en el psicoanálisis. El “ello” es inconsciente y su función consiste en satisfacer los deseos y evitar el dolor. El “yo”, es mediador entre lo consciente y preconscious, se apega más a la realidad del mundo externo, donde busca satisfacer sus deseos. Por último, el “súper yo” es el componente moral y vigila

la conducta según normas aceptables por la sociedad. La personalidad es determinada por las etapas psicosexuales oral, anal, fálica, de latencia y genital (3,4,14).

La teoría fenomenológica de la personalidad tiene como principales teóricos a Carl Rogers y Gordon Allport, quienes sostienen que el individuo es responsable de sus acciones y sus consecuencias, cuenta con motivación positiva y conforme evoluciona en la vida obtiene niveles superiores de funcionamiento. La normalidad se establece cuando la construcción de la personalidad se advoca al servicio de metas positivas y el desarrollo de potenciales. Esta teoría resalta la importancia del “yo” y la autonomía personal, mismo que no es innato, sino se forma a lo largo del tiempo (14).

La teoría de los rasgos entiende a los rasgos como disposiciones estables de cada individuo como capacidad adaptativa, emocionalidad, temperamento que permiten al individuo constituir una personalidad y patrones constantes de relación con el medio y sí mismo. Clasificó a los rasgos en 4 categorías, comunes versus únicos, superficiales versus fuentes, constitucionales versus modelados por el entorno y dinámicos versus habilidad versus temperamento (14). El enfoque actual toma los pilares de los modelos predecesores y añade un elemento crucial y determinante para conceptualizar la personalidad a lo largo de varias culturas a nivel mundial, el análisis estadístico. Las construcciones estadísticas permiten la creación de dimensiones de personalidad. Eysenck, determina tres dimensiones: neuroticismo-estabilidad emocional, introversión-extroversión y psicoticismo-normalidad. Estos rasgos se pueden asociar con áreas funcionales de la corteza cerebral (4).

La teoría conductual de la personalidad sostiene que el ambiente es totalmente responsable de modelar la personalidad del individuo no solo en la infancia, también en la etapa adulta. Este modelo resta importancia a los sistemas y manifestaciones internas, siendo las situaciones externas más protagónicas en el desarrollo de la personalidad. Por otro lado, la teoría cognitiva de la personalidad propone la personalidad como interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente. Se centra en el pensamiento y conducta que adopta un individuo frente a una situación. Integra el concepto de autoeficacia como cumplimiento o no de expectativas auto impuestas en relación a metas (4,14). El modelo cognitivo conductual integra elementos del condicionamiento de Pávlov para determinar tres elementos que moldean la personalidad: el grado de excitación o inhibición soportable, equilibrio entre procesos de excitación e inhibición y la rapidez de pasar de un proceso a otro. Posteriormente

se propone el concepto de esquema esquemas cognitivos, formas de procesar y actuar frente un estímulo, abarcando estrategias emocionales y conductuales características (4).

La personalidad puede interpretarse como una variable continua y multidimensional que se extiende desde patrones de comportamiento personal característicos de la especie humana, hasta los de un ser humano individual (14).

- **Modelos integradores de la personalidad**

En la actualidad no se ha establecido una teoría universal de la personalidad, que sea consensuada y ampliamente distribuida en los distintos campos de estudio. El reto de crear un modelo integrador radica en la gran diversidad de enfoques, modelos e investigaciones realizadas. Una teoría universal de la personalidad debería integrar las principales teorías y dimensiones, desde un enfoque evolucionista, incorporar rasgos que estructuran paradigmas activos, considerar temperamento, carácter, inteligencia, no limitarse a la parte consciente o inconsciente ni solo a conductas externas o internas, adaptándose a diferencias entre sexos y esquematizar la psicopatología (13,14). Dentro de los modelos integradores propuestos, destacan el Modelo de Big Five o Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad (FFM) y el Modelo Evolutivo de Millon.

El Modelo de los Cinco Factores (FFM) es un modelo de tipo dimensional construido en base a la premisa que el lenguaje es el registro fósil de la personalidad. Se compone de un análisis de factores de grandes listas de palabras a su estructura psicolingüística básica. Se consideraron variados grupos étnicos y lenguajes. Los cinco factores resultantes son: 1) Neuroticismo, grado de emoción negativa o pesimismo. 2) Extraversión, experiencias emocionales positivas, perspectiva optimista. 3) Introversión, soledad, poco contacto social, menor influencia al refuerzo positivo y ritmo personal lento. 4) Conformidad, es un rasgo interpersonal, si este es elevado los individuos son cooperadores y tienen relaciones fáciles, si es bajo, son desagradables, negativos, irascibles y sus relaciones son difíciles. 5) Apertura, interés, deseo de nuevas y variadas experiencias. (3,4,13) Este modelo coexiste con el modelo de Siete Factores propuesto por Cloninger, este modelo temperamental aporta cuatro dimensiones temperamentales y tres dimensiones caracterológicas a la personalidad con base a sustratos neurobiológicos (4,14).

El modelo que mayor integración alcanza es el Modelo Evolutivo de Millon, el cual integra aspectos cognitivos, conductuales, biológicos, perspectivas interpersonales en un

entorno de aprendizaje biosocial en el que se encuentran elementos psicosociales como el refuerzo, y la conducta instrumental (13). Millon integra la estructura, es decir los rasgos estables, patrones cognitivos y afectivos con la parte dinámica de la personalidad, es decir cómo se expresan en situaciones específicas, la estructura y la dinámica se influyen mutuamente. Integra la perspectiva nomotética, es decir leyes generales aplicables a todos con la ideográfica, lo individual y único, creando estructuras generales adaptables a cada individuo particular. Propone prototipos generales, pero no rígidos, siendo guía para entender casos concretos. (3,4,13,14). Además, propone un continuo entre personalidad normal y patológica, puntualizando similitudes y diferencias entre ambas. Propone además el proceso de desarrollo de los trastornos y como individuos con estos pueden ser funcionales. Toma elementos de la teoría de la evolución para explicar la estructura y dinámica de la personalidad, como complejo de adaptaciones y estrategias evolutivas. Es así que la personalidad tiene un rol adaptativo frente al entorno habitual y la patología consiste en funcionamiento desadaptativo.

- **Modelos clínicos de la personalidad: enfoque categórico versus dimensional**

La base para la clasificación actual de trastornos de personalidad descritos en el CIE-10 y el DSM-5 es el modelo descrito por el psiquiatra Kurt Schneider. Kurt describió a la personalidad patológica de manera categorial como patologías diferentes a otras enfermedades psiquiátricas y no como precursoras de las mismas, siendo entidades patológicas individuales y delimitadas (4). En este modelo, once tipos de trastornos de la personalidad se dividen en tres grandes grupos:

Grupo A: Trastornos de personalidad rara y excéntrica.

- Paranoide
- Esquizoide
- Esquizotípico

Grupo B: Trastornos de personalidad llamativa, emocional y errática.

- Histriónico
- Antisocial
- Narcisista
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: Subtipo Impulsivo
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: Subtipo Límite

Grupo C: Trastornos de personalidad ansiosa y miedosa.

- Anacástico
- Dependiente
- Ansioso

Este modelo es el más usado en el ámbito clínico, y el diagnóstico se basa en presencia o ausencia de criterios diagnósticos, similar al diagnóstico de otros trastornos mentales. Generalmente los pacientes muestran rasgos de más de un trastorno. En tal caso se diagnostica el trastorno primario y de cumplir los criterios diagnósticos para otro trastorno se diagnostica como trastorno concomitante. Este modelo es ampliamente estandarizado, facilita la comunicación de profesionales y delimita los umbrales para iniciar intervenciones terapéuticas. Sin embargo, el modelo categorial clínico ha sido criticado por clasificar a los trastornos de personalidad como entidades rígidas. Además, los criterios presentan inconvenientes de solapamiento entre trastornos, alta comorbilidad diagnóstica y baja validez discriminante.

Por otro lado, el abordaje dimensional aporta un enfoque más realista al estudio de la personalidad que las categorías clínicas. En el modelo dimensional, un trastorno de la personalidad o rasgo de personalidad anómalo se produce por una desviación excesiva a nivel cuantitativo de una dimensión estable de la personalidad. Sin embargo, estos rasgos, aunque no se ajustan directamente a los trastornos definidos por el DSM-5 ni ofrecen orientación al tratamiento, describen de manera más detallada y precisa cada caso particular.

Teniendo en cuenta al enfoque categorial y al enfoque dimensional de la personalidad surge una problemática comprendida entre dos aristas: la conceptualización y la aplicabilidad clínica. La base conceptual de personalidad se va ampliando con la integración de nuevo conocimiento. Muchos conceptos desarrollados en teorías integrativas no resultan directamente útiles en la práctica clínica, debido a su carácter más abstracto y requerimiento de un enfoque más complejo (3). Es por eso que se han creado definiciones más operativas que permiten identificar cuando una desviación de la personalidad interfiere o complica el funcionamiento social e interpersonal (4). La personalidad puede ser no patológica si es flexible y permite al individuo adaptarse al medio, o puede ser patológica si es alterada, inadaptada, implacable y consta de estrategias de afrontamiento inmaduras, produciendo sufrimiento a sí mismo y a los demás. (3,4,14).

El modelo categorial del DSM-4 fue fuertemente criticado a la luz de nuevas investigaciones, las cuales proponen que el enfoque dimensional es un mejor para el estudio

de la personalidad anómala. Sin embargo, el sistema de categorías se mantuvo en el DSM-5. Para resolver esta disyuntiva surge una propuesta de diagnóstico híbrido basado en un sistema dimensional, en la Sección III (Medidas y modelos emergentes) del DSM-5 (3).

Las dimensiones de estos modelos son espectros continuos que describen características en la población general. Los dominios son un conjunto amplio de rasgos y se encuentran al mismo nivel que las dimensiones. Finalmente, los rasgos son características más específicas que pueden estar presentes en un individuo. Para el desarrollo de este modelo dimensional se obtuvo una gran muestra de estudio con la cual se ensambló una lista de 37 rasgos basados en los grupos de criterios del DSM-4, que posteriormente se redujeron a 25 y tras el análisis de los factores resultaron cinco rasgos de orden mayor. Estas dimensiones patológicas se correlacionan a las dimensiones del FFM. Este hallazgo refuerza el fuerte nexo que hay entre la ciencia de la personalidad normal y la estructura de los trastornos de la personalidad (3,15). El Modelo de los Cinco Factores (FFM) se centra en el estudio de personalidad normal, en contraste con el modelo dimensional del DSM-5 Sección III, el cual se enfoca en dimensiones patológicas que se relacionan con dimensiones sanas: afectividad negativa relacionada con neuroticismo, desapego relacionado con baja extraversión, antagonismo relacionado con baja amabilidad, desinhibición relacionada con baja escrupulosidad y psicoticismo relacionado con extrema apertura a la experiencia. El diagnóstico híbrido integra diagnóstico de la personalidad en general y la gravedad del trastorno en base a los criterios del DSM-5 y posteriormente se describe el trastorno usando un sistema dimensional de rasgos. (3,15,16).

Estudios en múltiples áreas de investigación señalan que las dimensiones de personalidad y los trastornos de personalidad del DSM-5 se encuentran íntimamente relacionados (3). Por ejemplo, los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípica, límite y dependiente se relacionan con altos niveles de afectividad negativa /neuroticismo, por otro lado, trastornos de personalidad obsesivas-compulsiva, evitativa y esquizoide se relacionan con desapego/baja extraversión (3,16).

En conclusión, el modelo híbrido del DSM-5 reconfigura el estudio de la personalidad patológica. Subordina las categorías tradicionales, cuya baja validez discriminante y alto solapamiento limitan su utilidad, a un sistema que prioriza la disfunción en el funcionamiento personal (Criterio A) y perfiles de rasgos dimensionales (Criterio B). Este enfoque permite evaluar la intensidad, el grado de afectación y las manifestaciones específicas de cada

trastorno. Sin embargo, las categorías conservan relevancia clínica por su relación con los dominios dimensionales y rasgos de la Sección III y el Modelo de los Cinco Factores (FFM). (3,15,16).

- **Rasgos de personalidad**

- **Rasgos de personalidad anómalos / desadaptativos**

Dentro de la jerarquía de elementos que componen la personalidad, los rasgos son considerados unidades de medida y análisis básico de la personalidad. (37,38) Al igual que el concepto de personalidad, la definición de rasgo de personalidad no está universalmente consensuada. Los rasgos de personalidad son formas de un individuo de sentir, percibir, pensar, actuar y sus actitudes frente a un conjunto diverso de circunstancias (37,38,39). Tienen dos características principales. Primero, son constantes tanto temporalmente como diversas circunstancias. Segundo, son distintos entre personas, otorgándoles características distintivas. Los rasgos de personalidad se entienden mejor desde un enfoque dimensional e interaccionista, se encuentran ubicados en un espectro continuo. Dentro del cual varía su forma de expresión dependiendo de sus combinaciones, intensidades e influencia del ambiente (17).

Allport en 1961 fue determinante en la concepción de rasgo en el estudio de la personalidad. Postuló su sustrato en sistemas neuropsíquicos que convierten los estímulos ambientales recibidos en gatillos equivalentes, capaces de iniciar y conducir formas de conducta (18). Años después Catell postula que aquellas unidades de personalidad determinan tendencias específicas de respuesta de cada individuo ante ciertas circunstancias. Eysenck propone que dichas tendencias específicas de respuesta son en realidad disposiciones pre establecidas que explican nuestro sentir, pensar, actuar y actitudes regulares. Finalmente, con tras el postulado del Modelo de Cinco Factores (FFM), se da lugar a dos conceptos que se encuentran en dos polos de un mismo espectro, el “estilo” de personalidad y su variante patológica, el trastorno de personalidad (17).

Tanto el estilo como el trastorno de personalidad son patrones constituidos por un conjunto de rasgos que definen la personalidad, adaptativa en el caso del estilo y desadaptativa en el caso del trastorno (17,19). Son tendencias de actuar o pensar de determinada manera. Los parámetros para calificar un rasgo de normal o patológico son los mismos usados en personalidad. Se consideran normales aquellos rasgos que son flexibles y

permiten una conducta adaptativa que genera bienestar o beneficio al individuo y/o a su entorno. Por el contrario, son anormales cuando se tornan rígidos, poco adaptativos o generan excesiva incomodidad y malestar propio o en otros (4,17,19). Los rasgos de personalidad son patrones permanentes, estables, con relativa flexibilidad de adaptación en relación a circunstancias ambientales. Es así que, dos personas con un mismo rasgo pueden tener un comportamiento distinto, al igual que una persona con un rasgo puede comportarse de maneras diferentes. Este fenómeno se explica por la ausencia de rasgos puros que determinen de manera tajante la conducta de un individuo (17,19).

Otra cualidad de los rasgos de personalidad es su egosintonía. Significa que la persona que posee algún rasgo, está en armonía con este, lo cual dificulta el reconocimiento del mismo. Esta cualidad es problemática en caso de rasgos anómalos porque dificulta el reconocimiento del problema y su sintomatología usualmente proviene de reacciones de otras personas (18). Al igual que el estudio de la personalidad, existen varias concepciones conceptuales de rasgos. Catell propone que la mayoría de peso explicativo de una conducta no reside en el individuo, sino en la influencia ambiental. Es por eso que además de existir distintos rasgos de personalidad individual, también existen rasgos en grupos sociales (18,19).

El DSM-5 en su Sección III, incluye veinticinco facetas de rasgos de personalidad, que se distribuyen en cinco dominios relacionados al Modelo de Cinco Factores (FFM). En este modelo de diagnóstico híbrido, se entiende a un rasgo como tendencias o disposiciones estables que hacen a un individuo susceptible a presentar un comportamiento. El uso de rasgos es útil en cuanto a establecer la cualidad de un trastorno de personalidad según la descripción del dominio por medio de un conjunto definido de rasgos. Es importante la inclusión de rasgos en la práctica clínica habitual debido no solo en su capacidad de profundizar en la descripción de la personalidad normal o anormal de un individuo, también en su potencial de predecir conductas y comportamientos como el uso de sustancias (17,18).

Finalmente, es importante la caracterización de rasgos de personalidad en internalizantes y externalizantes. Un rasgo internalizante tiene la característica de expresarse sintomáticamente hacia el interior, generalmente se reflejan en desregulación emocional, trastornos del estado de ánimo y ansiedad. El afecto negativo, retraimiento, rumiación, inhibición, ansiedad y tristeza son manifestaciones internas de un rasgo internalizante. Varios rasgos de personalidad pueden tener componentes de internalización, entre ellos rasgo evitativo, dependiente y ansioso. Por otro lado, los rasgos externalizantes son aquellos que se

manifiestan en forma de conductas hacia el entorno exterior (21). Manifestaciones de estos rasgos incluyen el la conducta impulsiva, conducta agresiva, baja tolerancia a la frustración, desafío a la autoridad y violación de normas. Los rasgos que más externalizan sus conductas son: rasgo antisocial, límite, impulsivo e histriónico. Cabe recalcar que cada rasgo se descompone en varias facetas, mismas que pueden expresarse de manera internalizante o externalizante (3,20,21).

- **Relación entre rasgos y trastornos de personalidad**

La relación entre rasgos de personalidad y trastornos de personalidad deviene de un número creciente de evidencia que señala una relación estructural robusta entre las dimensiones, rasgos y facetas del modelo dimensional de los Cinco Factores y las categorías tradicionales del DSM-5. Esta conexión, respaldada por metaanálisis como el de Samuel y Widiger (2008), demuestra que los trastornos representan configuraciones extremas y desadaptativas de variantes normales de la personalidad (18,20).

El Modelo de los Cinco Factores (FFM), se basa en cinco grandes dimensiones de la personalidad (Neocriticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad). Cada dominio se desglosa en rasgos, considerados subdominios de segundo orden. Estos rasgos corresponden a tendencias conductuales y cognitivas correspondientes a cada dimensión. Por ejemplo, dentro de la dimensión Extraversión, existen rasgos específicos como: cordialidad, gregarismo y búsqueda de emociones. Las facetas son subdivisiones más específicas de rasgos, que representan expresiones más concretas de cada rasgo. Por ejemplo, dentro del rasgo Responsabilidad, se incluyen las facetas "competencia" y "orden". Es así que el FFM contiene dimensiones que se desglosan en rasgos que a su vez se subdividen en facetas (3,4).

Por otro lado, las categorías del DSM-5 sirven para determinar la presencia o ausencia de los diferentes trastornos de personalidad, basándose en listas de criterios diagnósticos.

Desde el año 2002 se publicaron más de cincuenta estudios que indicaban la posibilidad de explicar los trastornos de personalidad del DSM usando el Modelo de los Cinco Factores (FFM). Al pasar los años se ha seguido profundizando el análisis de esta relación. Widiger y colaboradores, presentaron una traducción de los trastornos de personalidad del DSM al lenguaje del FFM. Posteriormente Saulsman y Page realizaron un metaanálisis donde se concluyó que cada trastorno se relaciona con una o varias dimensiones

de maneras significativas y predecibles. En 2005, O'Connor realiza una investigación similar, en ella también concluye que las dimensiones subyacentes a los trastornos de personalidad pueden entenderse en base a las dimensiones que surgen de la investigación de la personalidad normal, el FFM. (19,20,22)

El metanálisis mas importante sobre este tema fue publicado por Douglas B. Samuel y Thomas A. Widiger en *Clinical Psychology Review* en 2008. Inicialmente se señala que, aunque haya evidencia robusta sobre la concepción de trastornos de personalidad como variantes desadaptativas o extremas de las dimensiones de FFM, estos dominios son muy amplios para tener alguna utilidad diagnóstica. Por lo cual se realiza dicho estudio para averiguar si se mantiene la relación entre sus rasgos y facetas. Los resultados obtenidos mostraron evidencia robusta y confirman que cada uno de los trastornos de personalidad del DSM-5 y CIE-10 tiene relaciones significativas y únicas con las dimensiones del FFM, además hubo consistencia entre hallazgos empíricos y expectativas teóricas sobre rasgos y facetas asociados a determinados trastornos. Estos hallazgos permiten una mejor comprensión y descripción de los trastornos de personalidad basadas en el FFM. (18,20)

Por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial implica bajos niveles de la dimensión escrupulosidad, sin embargo, lo que le da sus características son sus rasgos/facetas. Este trastorno se relaciona con baja obediencia, baja autodisciplina y baja deliberación. Además, un mismo trastorno puede tener más rasgos/facetas en otros dominios que expliquen su configuración. En el caso del trastorno antisocial, se asocia a alto nivel en la dimensión de neuroticismo a costa de rasgos/facetas como impulsividad y hostilidad. Por otro lado, las personas con trastorno dependiente también tienen altas puntuaciones de neuroticismo pero a costa de rasgos/facetas diferentes, como lo son la ansiedad, depresión, autoconsciencia y/o vulnerabilidad, mismas que se encuentran ausentes en individuos con trastorno antisocial (tabla 1)(20,22).

Tabla 1.

Relación de los trastornos de la personalidad del DSM-5 con dominios del modelo de cinco factores

TP DSM	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Conformidad	Escrupulosidad
Paranoide	+			-	
Esquizoide		-			
Esquizotípica	+		+	-	
Antisocial				-	-
Límite	+			-	
Histriónica		+			
Narcisista			+	-	
Por evitación	+	-			
Dependiente	+			+	
Anancástica		-			+

Basado en Widiger TA, Costa PT. Five-factor model personality disorder research. In Widiger TA, Costa PT, editors: Personality disorders and the five-factor model of personality, ed 2, Washington, DC, 2002, American Psychological Association, y en Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, Washington, DC, 2013, American Psychiatric Association.

+, asociaciones positivas significativas; -, asociaciones negativas significativas.

*Nota: Adaptado de Tratado de psiquiatría clínica. Hospital General de Massachusetts. Elsevier. 2017**

Esta relación puede explicar la alta comorbilidad entre trastornos de personalidad cuando se usa el modelo categórico. Se debe a la una o varias características dimensionales comunes (por ejemplo, alto neuroticismo, presente en límite y esquizotípico) que configura un perfil psicopatológico que abarca varios trastornos al mismo tiempo.

Los hallazgos fueron contundentes y sirvieron como punto de partida para la construcción de un modelo de diagnóstico híbrido. Dicho modelo se encuentra en el DSM-5 Sección III, integra las dimensiones del FFM, transformadas en sus contrapartes patológicas extremas (Afectividad negativa/Alto neuroticismo, Desapego/Baja extraversión, Antagonismo/Baja Amabilidad, Desinhibición/Baja escrupulosidad y Psicoticismo/Alteración en apertura), y sus conjuntos de rasgos (PID-5). (3,16)

La conciliación entre el modelo categorial y el dimensional, así como su aplicación clínica, continúa siendo objeto de estudio en la actualidad.

- **Descripción de categorías de personalidad patológica**

Las categorías de personalidad patológica que constan en el DSM-5 y CIE 10 se clasifican en 3 grandes grupos. El grupo A comprende trastornos que comparten la característica de ser raros o excéntricos. Este grupo de trastornos presentan anomalías del pensamiento de manera predominante. El trastorno paranoide se caracteriza por una gran desconfianza y suspicacia hacia los demás, imposibilidad para confiar y convicción en que las otras personas les dañan o explotan de alguna manera. Estos individuos tienden a cuestionar la lealtad de congéneres, sufren aislamiento social y evitan relaciones. Pueden guardar rencor y sentir ira al ser cuestionados (3,4,14). El trastorno esquizoide se caracteriza por un escaso deseo de relacionarse y pocos lazos emocionales. Las personas con este trastorno son solitarios, sin vínculos emocionales e indiferentes al mundo externo. No tienen remordimiento ante su aislamiento, prefieren evitar la competición. Disfrutan actividades y objetivos solitarios. Finalmente, el trastorno esquizotípico se caracteriza por excentricidad cognitiva, perceptiva y conductual. En este trastorno, la persona exhibe creencias inusuales que se salen del marco de referencia cultural y subcultural. Tanto su imagen, comportamiento y pensamiento son raros pero su prueba de realidad está intacta. Son sujetos predispuestos a caer en cortos estados psicóticos (3,4).

El grupo B engloba trastornos con características llamativas, emocionalmente inestables y erráticas. Este grupo de trastornos combina anomalías de pensamiento y afecto a diferencia del grupo A y el C que tienen su componente definido. Además, estos trastornos involucran mayormente relaciones sociales interpersonales. El trastorno de personalidad antisocial tiene dos particularidades. Puede presentarse antes de los 15 años y es el más resistente al tratamiento. Se caracteriza por conductas que caen en actos ilegales a repetición, conductas inaceptables dentro de la sociedad, falta de empatía y descuido por derechos ajenos. Estos sujetos carecen de moral, remordimientos y son incapaces de proyectarse en los demás. Estos pacientes con frecuencia presentan dependencia a sustancias psicoactivas (3,4,17).

El trastorno límite de la personalidad, dentro del DSM-5, comparte el grupo de los “Trastornos de inestabilidad emocional” junto con el trastorno impulsivo en el CIE-10 (3,13,14). El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una pobre capacidad de formar relaciones estables, inestabilidad afectiva, fluctuaciones rápidas de ánimo, fluctuaciones rápidas de afecto positivo a negativo hacia las personas y trastorno de identidad con sentimiento de vacío. Estos individuos son más susceptibles a presentar ideas y conducta

suicida (3,14). Este es el trastorno que atrae mayor interés clínico e investigativo. Está fuertemente asociado con drogodependencias, especialmente consumo de alcohol. El trastorno histriónico se caracteriza por necesidad intensa de atención y excesiva emotividad asociada. Estos individuos se preocupan excesivamente por su aspecto físico, el cual toma parte central en su vida. Tienen escasa tolerancia a la frustración, tienden a vestir provocativamente, son extravagantes y seductores (3,2). Finalmente, el trastorno narcisista se caracteriza por pensamientos y sentimientos excesivamente grandilocuentes por uno mismo. Estos sujetos se preocupan por fantasías de éxito, sienten que son especiales y únicos. La persecución de sus objetivos a menudo los lleva a romper reglas y explotar a los demás. Carecen de empatía y muestran desagrado ante la interferencia externa en sus planes y deseos. Sin embargo, realmente tienen un autoestima frágil e hipersensible (3,17,19).

El grupo C abarca trastornos ansiosos o temerosos. Este grupo de trastornos se caracteriza por anomalías en el afecto y se relacionan fuertemente con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. El trastorno evitativo se caracteriza por un excesivo temor o malestar a relaciones personales lo que lleva a evitación patológica de interacción con los demás. Estos sujetos tienden a protegerse de situaciones en que pueda realizarse alguna valoración negativa a su persona. Exageran riesgos de tareas no planeadas, no se apartan de una rutina predecible, y aunque deseen relaciones sociales, las evitan por posibles señales reales o percibidas de rechazo, humillación o crítica negativa (3,13,14). El trastorno dependiente se caracteriza por individuos pasivos, sumisos y complacientes. Estos individuos desean ser cuidados por otros y tienen un excesivo miedo al abandono. Para evitar ser abandonados, adoptan una actitud pasiva, evitan expresar sus emociones por miedo a represalias, acuerdan con personas que están equivocadas y realizan tareas desagradables (3,4).

Finalmente, el trastorno anancástico o también denominado obsesivo-compulsivo, se caracteriza por perfeccionismo inflexibilidad y necesidad de control patológico. No se debe confundir con Trastorno obsesivo-compulsivo, en este, las personas son ego distónicas con su trastorno, es decir, tienen la capacidad de reconocer su problema. Por el contrario, en el trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva, los pacientes se encuentran bien con su forma de ser y pueden no notarlo. Estos individuos presentan gran preocupación por las reglas, muchas veces autoimpuestas, la eficiencia, los detalles minuciosos y procedimientos. No les gusta delegar tareas y no aceptan la autoridad y autonomía ajena (3,13,14).

- **Instrumentos para evaluación de rasgos de personalidad**

- **Métodos de evaluación de personalidad**

La evaluación de los rasgos de personalidad se lleva a cabo mediante diversos instrumentos, cuyos enfoques y metodologías varían significativamente. Al seleccionar el método más adecuado, es fundamental considerar factores como el ámbito de aplicación específico. Por ejemplo, mientras algunos cuestionarios son idóneos para la investigación científica, otros están diseñados específicamente para el tamizaje y diagnóstico clínico. Entre los métodos más consolidados destacan los cuestionarios fundamentados en modelos teóricos, como los basados en el Modelo de los Cinco Grandes (FFM) o el modelo de Millon, los cuales evalúan dimensiones amplias de la personalidad. Instrumentos representativos de este enfoque incluyen el Cuestionario NEO-PI-R que opera bajo el modelo de los Cinco Grandes y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI).

Las técnicas proyectivas, como el Test de Rorschach y el Test de Apercepción Temática (TAT), permiten explorar aspectos inconscientes de la personalidad, aunque su interpretación puede ser subjetiva. Las entrevistas estructuradas, como la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad (SCID-II), proporcionan un enfoque más sistemático, aunque requieren de un profesional capacitado y pueden ser extensas (4,14). Los cuestionarios autoadministrados, como el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ) y el Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI), son herramientas de fácil aplicación que permiten obtener información detallada sobre distintos rasgos, aunque pueden ser susceptibles al sesgo de respuesta (14). En el año 2007 se valida el instrumento Cuestionario de Salamanca y su uso inicial es el de una prueba de Screening para Trastornos de Personalidad en población clínica, sin embargo debido a su gran utilidad y fácil aplicabilidad, el departamento de Psiquiatría y psicología médica de la Universidad de Salamanca someten a prueba al cuestionario para estudio de los rasgos de personalidad en población normal, a lo que se obtienen resultados en los cuales se demuestra que el Cuestionario Salamanca muestra propiedades psicométricas que corroboran su aplicabilidad en población normal. (26) A raíz de este hallazgo se realizan múltiples estudios que implican rasgos de personalidad usando este instrumento para su medición. (24)

- **Cuestionario Salamanca**

El Cuestionario Salamanca toma en cuenta los criterios del DSM-5 y también del CIE-10, cuestionario de aplicación en un tiempo corto de ejecución. Posee 94,34% de Sensibilidad en relación a la Entrevista de International Personality Disorder Examination (IPDE) y una Especificidad de 76,3% en relación al cuestionario de IPDE. (25)

Es una herramienta de aproximación inicial cuyo objetivo es evaluar y detectar la presencia de rasgos/trastornos de personalidad. Desarrollado en el contexto de la Universidad de Salamanca, este cuestionario se basa en criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 y CIE-10 y ofrece una manera estructurada de identificar patrones de comportamiento y características psicológicas que pueden ser indicativas de diversos rasgos/trastornos de personalidad. Es un cuestionario autoinformado, el entrevistado responde una serie de preguntas sobre sus propios pensamientos, sentimientos y comportamientos. Las preguntas abarcan una variedad de áreas, como las relaciones interpersonales, la estabilidad emocional, el control de impulsos, entre otros. Al estar alineado con criterios del DSM-5, permite identificar características correspondientes a los distintos rasgos de personalidad anómalos. Tiene las ventajas de rápida aplicación y estandarización. Por otro lado, puede haber un porcentaje de respuestas influenciadas por la percepción subjetiva de la persona, su grado de introspección y su disposición a responder de manera honesta. (26)

El Cuestionario de Salamanca evalúa cada tipo de rasgo o trastorno mediante dos ítems, cada uno de los cuales se califica en una escala de 0 a 3 según la respuesta obtenida. De esta forma, la puntuación máxima para cada rasgo es de 6 puntos. En 2014 se realizó un estudio titulado: “Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el cuestionario salamanca” (26). En este estudio se obtuvo que el Cuestionario Salamanca muestra características psicométricas que corroboran su utilidad en población normal. En el mismo estudio se establece que el punto de corte establecido en 2, es adecuado. (24, 27) Además en estudios y manuales se ha utilizado para análisis descriptivos agrupación de las puntuaciones en tres niveles (28).

- 0–2: rasgo no presente
- 3–4: rasgo presente — nivel 2
- 5–6: rasgo presente — nivel 3

Cabe recalcar que, dado el propósito de tamizaje del cuestionario, la determinación de gravedad clínica no puede basarse exclusivamente en su aplicación. Para la estratificación de gravedad se requiere métodos más elaborados como una entrevista estructurada con un profesional clínico entrenado. En un estudio realizado en 2024 en estudiantes de educación superior de Huancayo, determinó que el Cuestionario Salamanca posee una buena fiabilidad, una validez y buena concordancia, respaldada por un coeficiente ω de McDonald = 0.80; validez de contenido = 0.887; KMO = 0.849; prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2(df) = 4019.864$, $p < .001$ (24).

NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

En los últimos años se ha evidenciado la tendencia de la población joven a entrar en contacto con sustancias psicoactivas por primera vez a edades más tempranas. En este contexto, el alcohol se posiciona como la primera sustancia con la que experimentan, la segunda es el tabaco. Esta relación varía dependiendo de la zona geográfica, en zonas de países industrializados como Norteamérica, el orden entre el inicio de consumo de alcohol y tabaco es inverso. El abuso de alcohol durante la adolescencia está vinculado a una serie de consecuencias negativas y problemas de salud, bajo rendimiento académico, conductas sexuales no planificadas, complicaciones legales, alteraciones emocionales y el inicio de consumo de otras drogas. (30) La existencia de un patrón de abuso de sustancias puede afectar negativamente el abordaje integral de un paciente con un trastorno por personalidad. De manera recíproca, la presencia de un trastorno de personalidad también puede representar un obstáculo para obtener resultados positivos en los tratamientos por abuso de sustancias. La complejidad del cuadro clínico es mayor cuando coexisten el abuso de alcohol y trastornos de personalidad con comportamientos agresivos y violentos. La presencia de conductas antisociales y agresivas complica aún más la implementación de intervenciones psicológicas efectivas (8).

- **Sustancias Psicoactivas**

- **Definición general de sustancia psicoactiva**

El término droga abarca un conjunto amplio de sustancias químicas con capacidad de modificar un proceso bioquímico en un ser vivo. El término “drug” del inglés, es socialmente usado para describir medicamentos, incluyendo aquellos sin efectos psicoactivos y aquellos con prescripción médica. Este término más cercano al campo de la medicina y farmacología,

definen una sustancia usada en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades. La Organización Mundial de la Salud señala que el término droga en nuestro entorno hispanoparlante, es asociado a aquellas sustancias usadas sin fin médico-terapéutico, con potencial de abuso, que alteran la afectividad, conducta y/o cognición de aquellos que las consumen (1).

Por su mecanismo de acción, las drogas se pueden clasificar en sustancias psicoactivas o no psicoactivas. Las sustancias psicoactivas son químicos cuyo principio activo tiene efecto en el sistema nervioso central y tienen la capacidad de modificar funciones como la conciencia, el estado de ánimo o procesos de pensamiento de un individuo (1,32). Las sustancias psicoactivas se pueden clasificar según su mecanismo de acción en depresoras, estimulantes, alucinógenas u opioides (1).

- **Tipos de sustancias psicoactivas**

El término droga recreativa referencia a sustancias psicoactivas que generan sensaciones de placer y se consumen sin fines terapéuticos. Dentro de las principales drogas recreativas se encuentran el alcohol, la cafeína, la nicotina y drogas ilegales. Las drogas se pueden clasificar de distintas formas.

Por su estado sociolegal se clasifican como lícitas e ilícitas. Las drogas lícitas son aquellas que están reguladas por la legislación de cada país y pueden usarse de manera libre acorde al deseo de cada consumidor. Las sustancias psicoactivas de uso más común son la cafeína, estimulantes contenidos en tipos de café, té, refrescos, nicotina y las bebidas alcohólicas. El estatus de droga legal no vuelve a estas sustancias más inocuas que su contraparte ilegal. Las drogas lícitas han demostrado ser tan dañinas como las ilícitas a pesar de ser aceptadas socialmente. El alcohol es tan peligroso como drogas con alto potencial de abuso, y la dependencia a la nicotina del tabaco causa más muertes y problemas de salud que cualquier otra sustancia psicoactiva (32,33). Dentro este grupo se encuentran también los medicamentos obtenidos con receta médica como aquellos destinados al tratamiento de enfermedades psiquiátricas, trastornos del estado de ánimo, del sueño o dolor severo (1,32). Por otro lado, tenemos las sustancias ilícitas, las cuales su consumo o tráfico está penado por la ley. Según su potencial adictivo, se las clasifica como drogas duras como aquellas que causan adicción, dependencia física o psíquica, entre ellas están los opioides, la cocaína o

anfetaminas. Las drogas blandas son aquellas cuyo consumo no tiene potencial de llevar a riesgos graves y comportamiento desadaptativo, como la cafeína o derivados del cannabis (1).

Las sustancias psicoactivas se clasifican también por su efecto en el sistema nervioso central. Los efectos producidos también dependen de la cantidad, la frecuencia de consumo y el efecto de otras sustancias coadyuvantes, sin mencionar efectos de síndromes específicos como abstinencia o intoxicación aguda (1).

Las sustancias psicoactivas se clasifican según su acción farmacológica. Su mecanismo de acción se fundamenta en la modificación del funcionamiento de redes neurales. Ciertas sustancias como la heroína pueden activar neuronas específicas porque su estructura molecular es similar a la de los neurotransmisores endógenos produciendo señales anómalas en toda una red. Otro mecanismo de acción de drogas como la cocaína, causa la liberación de cantidades anormalmente altas de neurotransmisores produciendo una señal neural potente. Otras drogas causan inhibición de los recaptadores de neurotransmisores causando su acumulación en la brecha sináptica prolongando la transducción de señal (34).

Según el resultado neto de activación e inhibición de redes neuronales, las drogas se clasifican en depresoras, estimulantes, alucinógenas y opioides. Aquellas depresoras inhiben o ralentizan funciones cerebrales en áreas específicas produciendo efectos como analgesia, somnolencia, bradicardia, efectos disociativos, psicóticos, narcóticos o simpaticolíticos. Por otro lado, las drogas estimulantes mejoran la actividad neuronal o física, aumentando el nivel de alerta, taquicardia, euforia, disminución de sueño, apetito. Las drogas alucinógenas producen alteración en percepción, emoción y/o consciencia, pudiendo ser psicodélicos si alteran la cognición y percepción, como LSD y las triptaminas. Los alucinógenos disociativos bloquean vías del componente consciente hacia otras regiones, pudiendo provocar privación sensorial, alucinaciones o trance. Los alucinógenos delirantes producen delirios con mantención de cierto grado de consciencia. Finalmente, los opioides son drogas que actúan en el sistema de endorfinas endógenas y mediadores neurales causando relajación, euforia y en dosis altas somnolencia, confusión y depresión respiratoria (1).

- **Efectos del consumo de sustancias**
 - **Efectos psicológicos y neuroconductuales**

El uso de sustancias psicoactivas inicia voluntariamente en la mayoría de casos. El objetivo principal es el disfrute del beneficio de su uso. Muchas veces el beneficio no

proviene directamente de la acción farmacológica de la sustancia, también pueden estar involucrados factores externos. Un ejemplo es el sentido de pertenencia o camaradería que el consumo de alcohol produce en ciertos individuos en grupos sociales específicos. El blanco de las sustancias de abuso son dos sistemas neuronales íntimamente relacionados, el sistema del placer y el sistema del castigo. El sistema del placer también denominado sistema de recompensa, que se basa en la motivación de repetir una actividad placentera. Dichas actividades la mayoría de veces se relacionan con la conservación de la integridad individual, la supervivencia o la reproducción (33,34).

Las drogas de abuso, tienen el potencial de activar el sistema de recompensa con una intensidad hasta diez veces mayor que un estímulo natural y por mucho más tiempo. Variados tipos de sustancias activan el sistema de recompensa debido a su complejidad y diversidad de estructuras y neurotransmisores implicados. Entre ellos neurotransmisores como dopamina, acetilcolina, glutamato, GABA y moduladores como endocannabinoides y endorfinas. Por otro lado, el sistema del castigo sirve para evitar elementos que ponen en peligro la vida y funciona con el miedo y la huida. Dicho sistema se constituye en el eje hipotálamo hipofisiario suprarrenal y la amígdala. Sus neurotransmisores son el GABA, glutamato, acetilcolina, endocannabinoides y dopamina. Neuroanatómicamente estos dos sistemas están íntimamente relacionados, e influyen la toma de decisiones hacia la consecución de un objetivo por medio de sus conexiones con el lóbulo frontal. Ante la activación de un sistema, el otro se activa para equilibrar la actividad de su contraparte. En el contexto del abuso de drogas, ante una hiperactivación del sistema de recompensa, el sistema del castigo aumenta su actividad. Cuando llega el cese del consumo, el sistema del castigo se mantiene en hiperactivación, lo que causa el síndrome de abstinencia (1,32,33).

Los cambios conductuales a largo plazo derivan de la modificación funcional y estructural de vías neurales en estructuras cerebrales específicas. Los ganglios basales son estructuras involucradas en la consolidación de hábitos y rutinas por medio de formas positivas de motivación, parte del circuito de recompensa. La amígdala es componente central en la emocionalidad y se ve estimulada en el procesamiento de sensaciones estresantes. En individuos con abstinencia se evidencia una hiperactivación de la amígdala produciendo sensaciones desagradables y estresantes, favoreciendo el consumo para paliar estos síntomas.

La corteza prefrontal se encarga de la función ejecutiva, toma de decisiones, planificación y resolución de problemas. La disfunción entre todas estas estructuras favorece

el padecimiento de trastornos por consumo de drogas, y sus componentes psicológicos y neuroconductuales como a la búsqueda compulsiva de droga y disminución en el autocontrol (34). Se ha comprobado que mecanismos fisiológicos de neuroplasticidad sináptica del aprendizaje y la memoria son aquellos que median la compulsión en la búsqueda y consumo de drogas en cuadros patológicos. Esto se facilita por cambios persistentes en circuitos neuronales por remodelación de conexiones y cambios moleculares (32).

Aspectos psicológicos derivados del condicionamiento operante influyen en la patogénesis de los trastornos de consumo de sustancias. El reforzamiento es la manera en que un estímulo retroalimenta positivamente el mecanismo del que proviene. Por otro lado, la recompensa es el efecto agradable placentero o deseado que produce una droga. El incentivo es un indicador que media entre la consecuencia o beneficio y el estímulo inicial, siendo una premisa inicial donde el reforzamiento actúa como consecuencia de la respuesta (32). El incentivo está íntimamente relacionado con el ámbito sensorial, como aromas, alimentos o anuncios publicitarios relacionados con la conducta y consecuentemente con la recompensa.

Finalmente, la motivación se relaciona con la asignación de atención y conducta a estímulos en relación a sus posibles consecuencias. Es decir, la motivación deviene del aprendizaje de las consecuencias que traen conductas, dichas conductas se activan ante estímulos, que en el caso de las adicciones son biológicamente conexos entre el circuito neuronal activado y el efecto psicoactivo deseado. La motivación está íntimamente relacionada con el circuito de recompensa, el cual evolutivamente se diseñó para lograr perdurar conductas adaptativas que favorezcan la supervivencia del individuo o la especie (32,33).

El ciclo continuo de consumo de sustancias psicoactivas puede llevar a un individuo en caer en la drogadicción. La drogadicción es una enfermedad crónica con componente conductual de búsqueda y consumo compulsivo de una sustancia psicoactiva a pesar de sus consecuencias adversas y desadaptación social. Un individuo dependiente a drogas siente un fuerte deseo de consumo, dificultad para controlar su consumo, abstinencia, tolerancia, abandono de otras actividades y dedicación de gran cantidad de tiempo en la obtención y uso de la droga (34,33). La probabilidad de padecer drogadicción varía según cada individuo y sus factores de riesgo individuales. La genética y la epigenética representan entre un 40 a 60% del riesgo de adicción de una persona (34). Esta enfermedad se genera y refuerza por cambios estructurales y funcionales a nivel genético sobre transcripción, expresión genética en vías

relacionadas con el sistema de recompensa, autocontrol y estrés (41,42). Un fenómeno importante que se desarrolla en consumidores crónicos es la tolerancia celular. Este mecanismo homeostático consiste en la disminución de la eficacia de la sustancia para producir efectos psicoactivos en un cerebro expuesto habitualmente. Este fenómeno explica porque el cerebro de un consumidor frecuente necesita más droga para lograr generar el mismo efecto. Como consecuencia, el cerebro del consumidor se deforma funcionalmente (1,32,33). Además del componente genético y biológico, influyen factores ambientales como la familia, el círculo social cercano, el vecindario y el país.

La estigmatización de la drogadicción y el consumo de riesgo trae varias ideas erróneas. Se piensa que el consumo habitual de drogas es producto un estilo de vida vicioso de una persona débil. En este modelo de pensamiento, la culpa recae totalmente en el individuo. La decisión de consumir droga por primera vez generalmente es voluntaria. Sin embargo, el consumo continuado de droga afecta a funciones mentales superiores y disminuye el autocontrol, en un circuito de retroalimentación que refuerza la conducta anómala y la adicción (34).

El consumo habitual de drogas causa cambios a nivel de los receptores y la traducción cerebral en neuronas de circuitos cerebrales. Las actividades que antes resultaban placenteras pierden su capacidad para producir placer y el individuo necesita cantidades crecientes de droga para mantener la eutimia (34).

Finalmente, se sabe que la comorbilidad psiquiátrica entre trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos como trastornos de personalidad y del estado de ánimo, son comunes. Enfermedades como depresión, ansiedad, esquizofrenia y trastornos de personalidad pueden estar presentes antes que se consolide la adicción en un individuo. La relación parece ser multidireccional, siendo que el padecimiento de otras patologías psiquiátricas es factor de riesgo para consumo de sustancias y a su vez el consumo crónico de sustancias predispone a la patología mental. Además, existen individuos que nunca sienten la necesidad de experimentar con sustancias psicoactivas. El uso voluntario de estas sustancias es un interesante tema de investigación. Se han postulado hipótesis de elementos constitutivos en el cerebro de los consumidores que los lleve al consumo inicial. Sin embargo, cambios inducidos por las drogas, descritos en esta sección, pueden llevar al individuo en la dependencia.

- **Riesgo en población adulta joven**

Las drogas legales son las sustancias que más muertes provocan a corto y largo plazo. Son las sustancias más consumidas por adultos jóvenes, en parte debido a carecer del estigma del resto de drogas, ser socialmente aceptadas y estar reguladas. Además, el consumo de sustancias legales es la puerta de entrada al consumo de drogas ilegales, exploración de otras vías de consumo y dependencia no solo de una sustancia, sino de varias al mismo tiempo (1). El uso de drogas ilícitas está muy difundido en la sociedad occidental, y el grupo de adultos jóvenes es particularmente partícipe con el objetivo de disfrutar o beneficiarse del efecto psicoactivo de estas sustancias (32).

Se ha demostrado que uno de los factores de riesgo que aumenta la probabilidad de adicción es el consumo de drogas desde temprana edad. El consumo desde muy joven se relaciona directamente con el riesgo de sufrir problemas graves de salud. El cerebro joven es especialmente vulnerable al efecto de las drogas debido a que ciertas áreas todavía se encuentran en desarrollo, una de ellas es la corteza prefrontal. Esta área del cerebro es la encargada de la función ejecutiva, la evaluación de situaciones, la toma de decisiones y el control de impulsos. Estas funciones se ven afectadas ante el consumo crónico de drogas. Además de efectos neurobiológicos, factores sociales disfuncionales aumentan la probabilidad de padecer adicción en este grupo etario (34).

El consumo de sustancias psicoactivas en población adulta joven tiene varias particularidades. Una de ellas es la etapa vital en la que se encuentran estos individuos. Las personas adultas jóvenes frecuentemente están en sus años más productivos, donde poseen potencial que explotar para poder conseguir logros tanto a nivel profesional como personal. La dependencia de sustancias psicoactivas puede ser una de las mayores barreras para la consecución de objetivos en este grupo de edad, más aún si se cae en el ciclo del consumo y la dependencia (1).

No existe el consumo seguro de drogas psicoactivas. El consumo habitual y moderado de drogas es peligroso y produce daño al individuo por medio de tres mecanismos, efectos tóxicos inmediatos como por ejemplo intoxicación o sobredosis, efectos acumulativos que llevan a desarrollar enfermedad crónica y dependencia de sustancia cuando el individuo

pierde el autocontrol sobre el consumo. El daño asociado al consumo de sustancias también depende del patrón, forma, cantidad y contexto de uso de las sustancias. Los efectos adversos en la salud pueden dividirse en cuatro grandes categorías, enfermedades crónicas, enfermedades agudas (lesiones o accidentes), problemas sociales agudos y problemas sociales crónicos (32). Las personas adictas generalmente poseen uno o varios problemas de salud como mayor riesgo de contraer cáncer, daño multiorgánico y riesgo de contraer infecciones. Por otro lado, el consumo ocasional de drogas no es inocuo. El consumo de drogas como opioides, pueden generar consecuencias graves e incluso fatales, como muerte por sobredosis, tras un solo consumo (34).

- **Cuestionario ASSIST**

El Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) es una herramienta de evaluación desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Su propósito principal es detectar el uso de sustancias psicoactivas y proporcionar una intervención breve adecuada para prevenir y reducir los problemas relacionados con el uso de estas sustancias.

El ASSIST está diseñado para identificar el consumo de diferentes sustancias, evaluar el riesgo asociado con dicho consumo y proporcionar una base para intervenciones breves y orientación. Evalúa el uso de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas o estimulantes similares, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opioides y otras sustancias no médicamente indicadas. El cuestionario consta de 8 preguntas que abarcan aspectos como la frecuencia de uso en los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, deseos de reducir o detener el uso, y las consecuencias del uso de sustancias (25, 57).

Cada sustancia tiene una serie de preguntas específicas y las respuestas se puntúan de acuerdo a una escala predefinida. La puntuación total para cada sustancia permite categorizar el nivel de riesgo en bajo, moderado o alto. Los resultados se interpretan de la siguiente manera: un bajo riesgo indica que el consumo de sustancias no es problemático y no se requiere una intervención adicional. Un riesgo moderado sugiere que el uso de sustancias puede estar asociado con consecuencias negativas y se recomienda una intervención breve. Un alto riesgo indica un uso problemático de sustancias que probablemente requiere una

intervención más intensiva, posiblemente incluyendo una derivación a servicios especializados (25,57).

El ASSIST se puede completar en aproximadamente 5-10 minutos y puede ser administrado por profesionales de la salud en diversos entornos, incluyendo consultorios médicos, clínicas, hospitales y programas comunitarios de salud. Está diseñado para ser utilizado en diferentes contextos culturales y ha sido validado en múltiples países y lenguas.

El cuestionario depende de la sinceridad y precisión del auto-reporte de los participantes, lo cual puede estar influenciado por el estigma o la falta de conciencia sobre el uso de sustancias.

En un estudio del 2016 titulado “Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios” se concluye que la versión autoaplicable del ASSIST es un instrumento de cribado aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias, pues se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables (prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach) para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73). La subescala de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT ($r = 0,71$)(25).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

- **Tipo de estudio**

Estudio observacional, analítico y transversal (correlacional), de enfoque cuantitativo, no experimental, con muestreo aleatorio simple.

- **Población y muestra**

El universo de la población a estudiar comprende estudiantes de pregrado modalidad presencial de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador del 2do periodo académico 2025. Se realizó un muestreo aleatorio simple utilizando los datos de estudiantes matriculados proporcionados por la Dra, Pilar Olmos hacia nuestra investigación. El tamaño muestral se calculó considerando el total de estudiantes de la facultad ($N = [1780]$), utilizando una fórmula de muestreo para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, lo que garantiza representatividad para esta población específica. ($N = 1780$ estudiantes, $Z = 1.96$, nivel de confianza del 95% $e = 0.05$ y margen de error $p = 0.5$.)

Dando como resultado la muestra de 317 estudiantes. En la práctica se amplía el número de encuestados a 397 estudiantes para mejorar la potencia estadística del estudio.

Si bien esta muestra es adecuada para representar a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, no necesariamente refleja las características de la totalidad de estudiantes de Medicina a nivel nacional o en otras instituciones. Esta limitación implica que los hallazgos del estudio deben interpretarse dentro del contexto específico de la facultad analizada.

- **Criterios de inclusión y exclusión**

- *Criterios de inclusión*

- Estudiantes de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que estén matriculados en la carrera de medicina modalidad presencial durante el periodo 2024-2025, que acepten participar en el estudio y el consentimiento informado.

- ***Criterios de exclusión***

- Estudiantes menores de 18 años.
- Individuos con condiciones físicas que impidan la resolución del cuestionario, tales como: Trastornos motores graves que dificulten o impidan el uso de dispositivos electrónicos, deficiencias visuales severas que no puedan ser corregidas adecuadamente con lentes, condiciones auditivas severas que dificulten la comunicación y comprensión de instrucciones esenciales o cualquier otra condición médica que, a criterio del equipo de investigación, pueda comprometer la capacidad del participante para completar el cuestionario de manera efectiva.
- Individuos con trastornos mentales previamente diagnosticados.

Se decidió la exclusión de estudiantes con trastornos mentales previamente diagnosticados ya que hay una alta incidencia de comorbilidad psiquiátrica en personas con Trastornos de la Personalidad, muchos de los cuales no son diagnosticados formalmente. Lo cual sería un sesgo en el estudio, el cual se centra en estudiar a población general.

- **Procedimientos de recolección de información**

Los dos primeros objetivos específicos consisten en la descripción de la prevalencia de rasgos de personalidad y nivel de riesgo por consumo del alcohol y otras drogas en la muestra. El tercer objetivo busca asociación entre la variable rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo. Para su consecución se diseñó una la herramienta de recolección de datos en Google Forms trasladando el Cuestionario de Salamanca y la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Se solicitó a las autoridades la de estudiantes de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Posteriormente se seleccionó el número de estudiantes por medio de un muestreo aleatorio simple.

Se aplicó la herramienta de recolección de datos a los participantes por medio de correo institucional via link los estudiantes de la facultad. Además, se acudió a aulas al azar para la solicitud y acompañamiento de los estudiantes en la resolución del cuestionario en sus dispositivos móviles hasta lograr un número de respuestas satisfactorio.

La encuesta cuenta con una sección de advertencia donde se indica que, de producirse malestar emocional se finalice la resolución del mismo y contacte al investigador para recibir

apoyo emocional. Se diseñó un plan de contingencia de haber algún evento adverso secundario a la resolución del cuestionario, en la práctica no hubo ninguno. Además, en el apartado inicial se señala que, existir diagnóstico de algún trastorno mental, finalice la encuesta. Cabe realcar que no se registraron datos personales de ningún participante, solo aquellos recolectados por los cuestionarios y demográficos (edad y sexo).

La confidencialidad de la información se garantizó mediante un protocolo de seguridad multinivel que consta en: Acceso exclusivo al investigador principal y director de tesis. Almacenamiento en una computadora personal del investigador con contraseña. Cifrado de la base de datos mediante contraseña robusta (mínimo 12 caracteres alfanuméricos). Eliminación segura postestudio (3 años), utilizando herramientas de borrado permanente. No se tiene registros físicos de los resultados.

- **Plan de análisis de datos**

- **Herramientas de medición**

La herramienta Cuestionario de Salamanca evalúa 11 rasgos de personalidad. El cuestionario evalúa cada tipo de rasgo/trastorno mediante dos ítems, cada ítem puntúa en una escala de 0 a 3. De esta forma, la puntuación máxima para cada rasgo es de 6 puntos y mínima 0 puntos. Para la presentación de resultados se acude a un modelo tripartito descriptivo con agrupación de las puntuaciones en tres niveles que incluyen el punto de corte de 2: 0–2: rasgo no presente, 3–4: rasgo presente (nivel 2), 5–6: rasgo presente (nivel 3).

Por otro lado, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) determina el nivel de riesgo de consumo (bajo, moderado o alto) por cada sustancia (Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes, Alucinógenos, Opiáceos y Otras drogas) según los siguientes puntos de corte:

- Bajo Riesgo: 0 – 3 (0 - 10 para alcohol)
- Moderado Riesgo: 4 – 26 (11 - 26 para alcohol)
- Alto Riesgo: 27+

- **Descripción de la muestra**

Para la presentación de características sociodemográficas de la muestra estudiada, se elaboró tablas, diagrama de barras y su correspondiente descripción. Se mostraron frecuencias

absolutas y relativas correspondientes a sexo. Se calculó la media de edad y la desviación estándar en relación a la edad de la muestra y según el sexo.

Los rasgos de personalidad se clasificaron en los grupos A, B y C. Para cada grupo se presentaron tablas, diagramas de barras y su correspondiente descripción. Dado que las puntuaciones no siguieron una distribución normal, se reportó la mediana de cada rasgo a nivel global y estratificada por sexo. Además, se incluyó el rango intercuartílico (IQR) y los percentiles 25 y 75 como medidas de referencia.

Se presentó la distribución porcentual de los rasgos de personalidad agrupando los puntajes en tres rangos (0–2, 3–4 y 5–6). Para cada rasgo se elaboraron diagramas de barras acompañados de su respectiva descripción. Finalmente, se mostraron tablas con las frecuencias absolutas de cada puntaje (0–6) y en tres rangos (0–2, 3–4 y 5–6) por rasgo. Estas tablas fueron complementadas con una interpretación escrita y con diagramas de barras agrupadas que facilitan la comparación entre los rangos de puntaje para cada rasgo.

La descripción del nivel de riesgo de consumo de sustancias se inició con la caracterización del riesgo general. Se presentó una tabla con frecuencias absolutas y relativas de sustancias consumidas al menos una vez en la vida (respuesta a la pregunta 1 del cuestionario ASSIST). Asimismo, se incluyó gráficos y tablas con frecuencias absolutas y relativas del nivel de riesgo general por consumo de sustancias, estratificada por sexo. Estos elementos fueron acompañados de una descripción escrita que interpreta las principales tendencias y hallazgos.

Se presentó la descripción de riesgo específico de consumo de sustancias por medio de gráficos y tablas que presentan frecuencias absolutas y relativas de riesgo bajo, moderado y alto según cada sustancia. Se presentó la descripción de riesgo específico de consumo de sustancias por sexo donde se amplió con la estratificación por sexo de los diferentes niveles de riesgo por sustancias. Se complementó con la descripción escrita de los elementos.

- **Resultados analíticos**

Se realizaron pruebas analíticas para controlar el efecto de las variables demográficas (edad y sexo) y determinar su influencia en la relación entre los rasgos de personalidad anómala y el nivel de riesgo de consumo de sustancias. Para el análisis por sexo se aplicó la prueba Wilcoxon Rank-Sum, con el objetivo de identificar posibles diferencias en los rasgos de personalidad entre hombres y mujeres. En el caso de la edad, se empleó la correlación de

Spearman para evaluar la asociación entre esta variable y los rasgos de personalidad, a fin de establecer el grado de independencia entre ambas.

Para evaluar la relación entre los rasgos de personalidad y el nivel de riesgo de consumo de sustancias, se aplicaron dos métodos complementarios: el coeficiente de correlación de Spearman, para medir la fuerza y dirección de la asociación, y la regresión logística ordinal, para cuantificar el incremento del riesgo por cada nivel del rasgo. Los resultados se presentaron mediante gráficos, tablas y descripciones, tanto para el consumo general como para las sustancias de mayor prevalencia (tabaco, alcohol y cannabis).

En el caso de las sustancias de baja frecuencia, la presencia de menos de cinco casos en las categorías de alto riesgo genera distribuciones asimétricas que comprometen la solidez de las estimaciones, lo que obliga a interpretar los resultados con cautela. Este patrón caracterizado por proporciones de riesgo moderado inferiores al 5% y un riesgo alto marginal o inexistente sugiere que dichas sustancias tienen un papel accesorio en la población estudiada, limitando su análisis individual. Los resultados y análisis de las sustancias de baja frecuencia se adjuntan en la sección de anexos.

- **Aspectos bioéticos**

- *Consideraciones éticas*

El presente estudio se realizó en concordancia con los principios éticos de investigación. Se garantizó el respeto a la autonomía de los participantes, quienes recibieron información completa sobre los antecedentes, objetivos, propósitos, procesos y etapas del estudio, así como sobre su derecho a decidir libremente su participación, sin riesgo de persuasión ni represalias en caso de negativa. Se hizo especial énfasis en la confidencialidad del manejo de los datos, implementando un protocolo de protección multinivel que contempló acceso exclusivo para el investigador principal y el director de tesis, sin conservar registros físicos de los resultados. En cuanto al principio de beneficencia, este estudio tiene como propósito generar conocimiento aplicable al diseño de estrategias de prevención primaria y secundaria en torno a problemáticas de gran impacto en salud pública, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas. Dichas estrategias resultan especialmente relevantes en una población que se formará como personal sanitario y desempeñará un rol activo en la atención y promoción de la salud comunitaria.

El principio de justicia se garantizó en la selección de los participantes, incluyendo en el sorteo a todos los paralelos de la universidad, sin establecer distinciones por sexo,

orientación sexual, raza, nivel socioeconómico o lugar de procedencia. Asimismo, los datos fueron presentados de manera clara y transparente, considerando la totalidad de la información recopilada. La aceptación del consentimiento informado se realizó tras brindar a los participantes información suficiente sobre el proyecto de investigación, asegurando así una decisión libre y consciente respecto a su participación. Finalmente, se diseñó un plan de contingencia para la atención de posibles eventos emocionales adversos derivados de la resolución del cuestionario, sin embargo, este no tuvo que ser activado durante el estudio.

El estudio consideró a todos los estudiantes de la universidad, sin discriminar por género, sexo, orientación sexual, raza, estrato económico ni procedencia. Además, el presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

- **Características sociodemográficas**

La muestra final incluyó 397 estudiantes de la Facultad de Medicina, con una distribución por sexo que mostró predominio femenino: mujeres (66%, n=262) frente a hombres (34%, n=135). La edad promedio de los participantes fue de 21.19 años (DE = ± 2.004) (tabla 2).

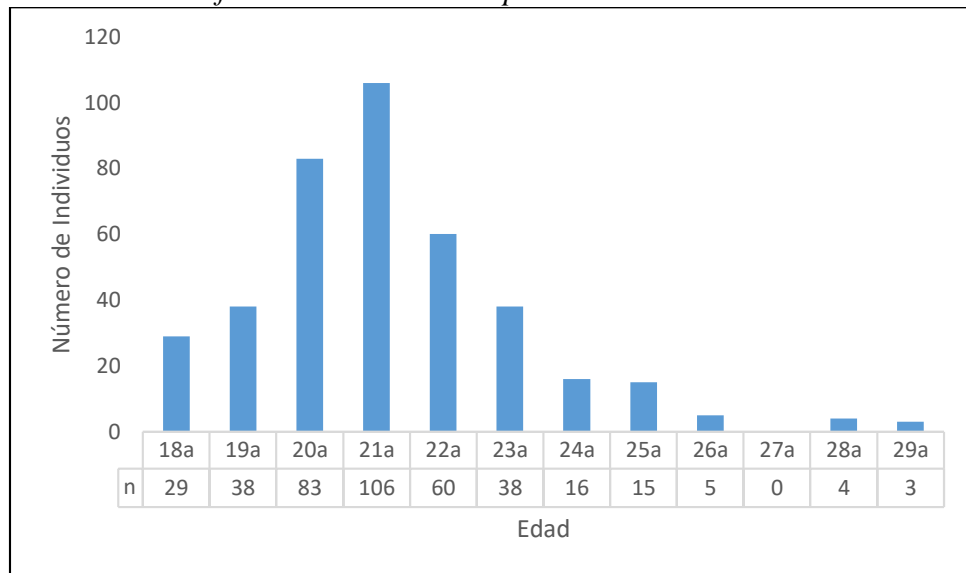
Tabla 2.
Características sociodemográficas de los participantes del estudio

Característica	n=397 (número %)
Sexo	
Masculino	135 (34,0)
Femenino	262 (66,0)
(media \pm DE)	
Edad (años)	21,19 (2,004)
Masculino	21,13 (1,968)
Femenino	21,22 (2,025)

Nota: Elaborado por el autor*

La distribución etaria de la muestra evidenció una marcada concentración en las edades más jóvenes. El grupo de 21 años constituyó la moda estadística (n=106), seguido por los estudiantes de 20 años (n=83) y 22 años (n=60). En el extremo opuesto, las frecuencias más reducidas correspondieron a los 29 años (n=3), 28 años (n=4) y 26 años (n=5), registrándose además una ausencia de participantes de 27 años (gráfico 1).

Gráfico 1.
Distribución de frecuencias absolutas por edad



Nota: Elaborado por el autor*

- **Descripción de rasgos de personalidad**

- **Rasgos del grupo A: Distribución porcentual por rangos de puntaje**

Los rasgos del Grupo A presentan patrones diferenciados por sexo. En el rasgo esquizoide, ambos sexos comparten una mediana de 3.0, con la mayoría concentrada en el rango 3-4 (48.9% hombres, 43.9% mujeres). No obstante, los hombres superan a las mujeres en el rango alto 5-6 (20.0% vs 17.6%). Destaca que más del 60% en ambos grupos supera el punto de corte >2 (68.9% hombres, 61.5% mujeres)(gráfico 3). El rasgo esquizotípico es el menos acentuado (mediana 1.0) del grupo. La gran mayoría tiene puntuaciones bajas ≤ 2 (80.7-87.8%), pero las mujeres triplican a los hombres en el rango 5-6 (3.8% vs 1.5%) (gráfico 3). Para el rasgo paranoide (mediana 2.0 en ambos), aunque la mayoría se ubica en ≤ 2 (59.19%), el 36.81% se encuentra sobre el punto de corte >2 y los hombres duplican a las mujeres en rango 5-6 (8.1% vs 3.4%). Globalmente, el esquizoide es el más presente (mediana 3.0; 19.1% en 5-6), seguido del paranoide (mediana 2.0; 5.0% en 5-6) y el esquizotípico (mediana 1.0; 3.0% en 5-6)(tabla 3)(gráfico 2), siendo este último el único donde las mujeres muestran mayor expresión alta. Pese a que las puntuaciones altas son minoritarias, se evidencian perfiles de vulnerabilidad distintos según el sexo.

Tabla 3.

Grupo A: Mediana y rango intercuartílico

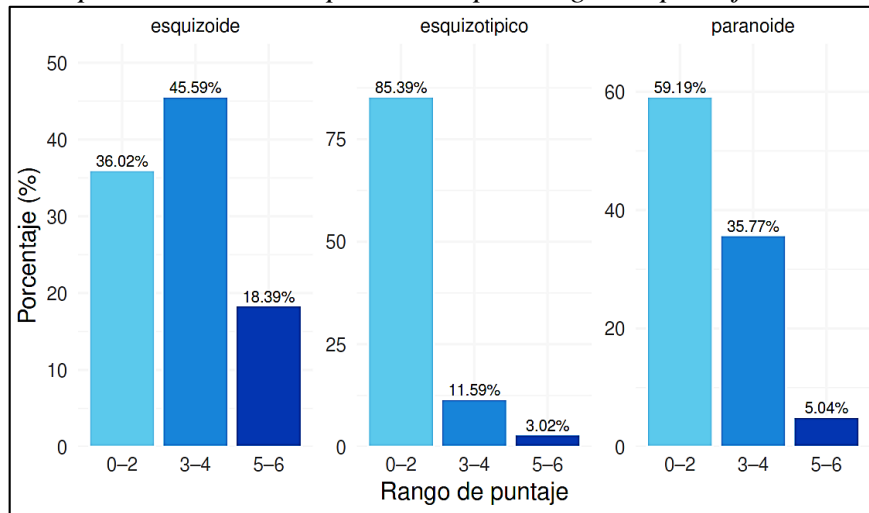
n	rasgo	mediana	IQR = P ₇₅ – P ₂₅
1	esquizoide	3.0	2.0 (4.0 – 2.0)
	masculino	3.0	2.0 (4.0 – 2.0)
	femenino	3.0	2.0 (4.0 – 2.0)
2	esquizotípico	1.0	2.0 (2.0 – 0.0)
	masculino	1.0	2.0 (2.0 – 0.0)
	femenino	1.0	1.75 (1.75 – 0.0)
3	paranoide	2.0	1.0 (2.0 – 3.0)
	masculino	2.0	1.0 (2.0 – 3.0)
	femenino	2.0	1.0 (2.0 – 3.0)

IQR: Rango intercuartil, P₇₅: percentil 75, P₂₅: percentil 25

Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 2.

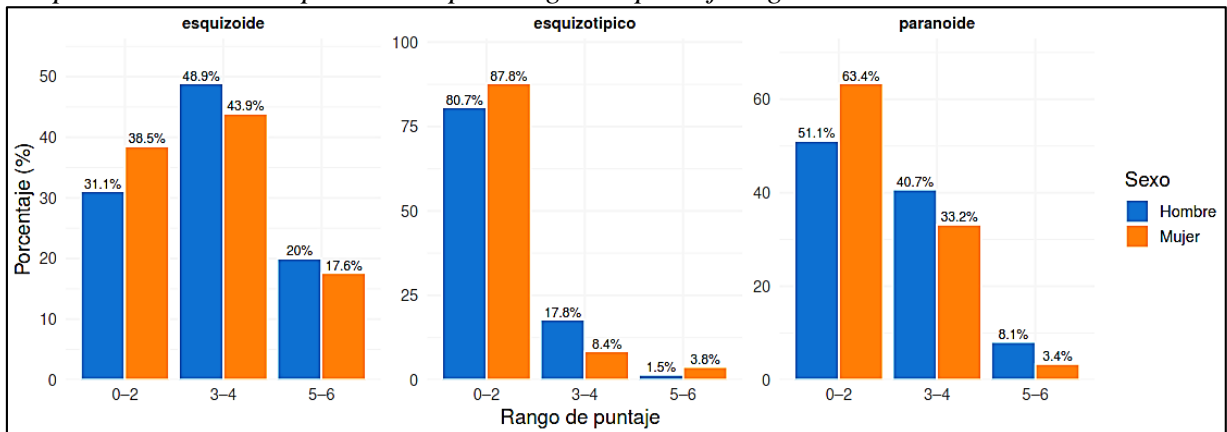
Grupo A: Distribución porcentual por rangos de puntaje



Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 3.

Grupo A: Distribución porcentual por rangos de puntaje según sexo



Nota: Elaborado por el autor*

- **Rasgos del grupo B: Distribución porcentual por rangos de puntaje**

Los rasgos del Grupo B revelan marcadas diferencias de género. El rasgo antisocial es el menos frecuente de todos los grupos, el 93.5% de la muestra se encuentra ≤ 2 , con mediana de 0.0 en ambos sexos, aunque las mujeres superan ligeramente a los hombres en el rango 5-6 (1.1% vs 0.7%)(tabla 3)(gráfico 5). En el rasgo histriónico evidencia la mayor frecuencia y disparidad entre sexos. Globalmente el 70.3% tiene una puntuación mayor a 2 (gráfico 4). Sin embargo, las mujeres tienen una mediana y dispersión mayor 4.0, IQR=3.0 (vs 3.0, IQR=2.0 en hombres) y duplican a los hombres en el rango 5-6 (32.1% vs 16.3%). En impulsivo, aunque la mayoría de individuos se ubican en rango ≤ 2 (69.6% en hombres vs 49.6% en mujeres), la mediana femenina es mayor 3.0 (vs 2.0 en hombres) con el doble de presencia en rango 5-6 (12.6% vs 5.2%)(tabla 4)(gráfico 5).

En rasgo límite se evidencia una distribución similar entre sexos. Solo la mitad de la muestra (51.13%) se ubica debajo del punto de corte ≤ 2 (gráfico 4). La mediana entre sexos es idéntica (2.0), sin embargo, las mujeres lideran en el rango 5-6 (16.4% vs 10.4%) y muestran menor dispersión (IQR=2.0 vs 3.0 en hombres) (tabla 4) (gráfico 5). En rasgo narcisista la distribución de los datos es similar entre sexos. Los hombres tienen mayor mediana que las mujeres (2.0 vs 1.0), pero ambos comparten similar distribución en todos los rangos (gráfico 5). Globalmente, el histriónico es el rasgo más prevalente (mediana general=3.0), seguido de impulsivo (mediana=2.0) y límite (mediana=2.0), mientras el antisocial es el menos expresado (mediana=0.0)(tabla 4).

Tabla 4.

Grupo B: Mediana y rango intercuartílico

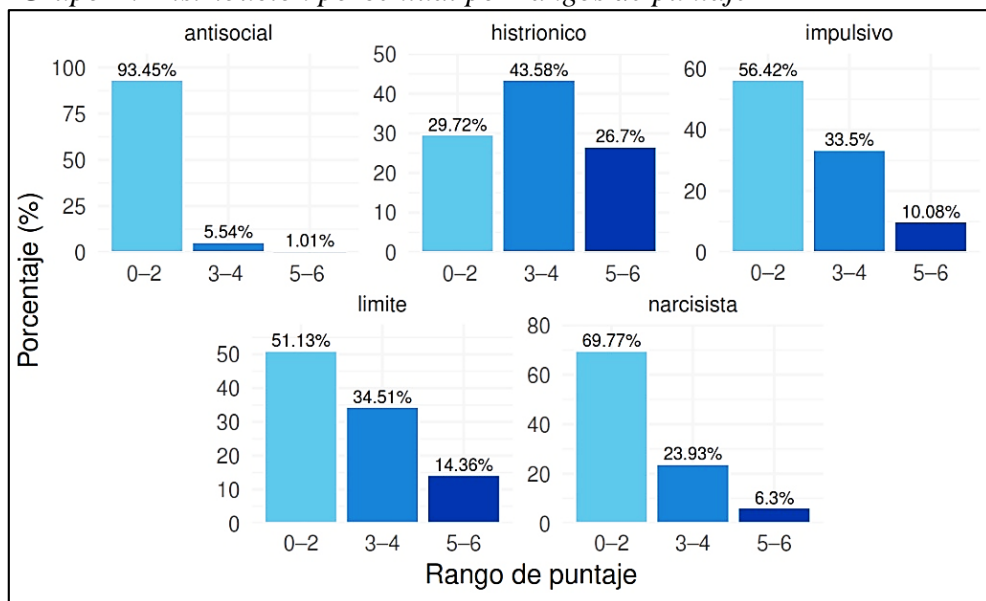
n	rasgo	mediana	IQR = P ₇₅ – P ₂₅
1	antisocial	0.0	1.0 (1.0 – 0.0)
	masculino	0.0	1.0 (1.0 – 0.0)
	femenino	0.0	0.0 (0.0 – 0.0)
2	histriónico	3.0	3.0 (5.0 – 2.0)
	masculino	3.0	2.0 (4.0 – 2.0)
	femenino	4.0	3.0 (5.0 – 2.0)
3	impulsivo	2.0	3.0 (4.0 – 1.0)
	masculino	2.0	2.0 (3.0 – 1.0)
	femenino	3.0	2.0 (4.0 – 2.0)
4	limite	2.0	2.0 (4.0 – 2.0)
	masculino	2.0	3.0 (4.0 – 1.0)
	femenino	2.0	2.0 (4.0 – 2.0)
5	narcisista	1.0	3.0 (3.0 – 0.0)
	masculino	2.0	3.0 (3.0 – 0.0)
	femenino	1.0	3.0 (3.0 – 0.0)

IQR: Rango intercuartil, P₇₅: percentil 75, P₂₅: percentil 25

Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 4.

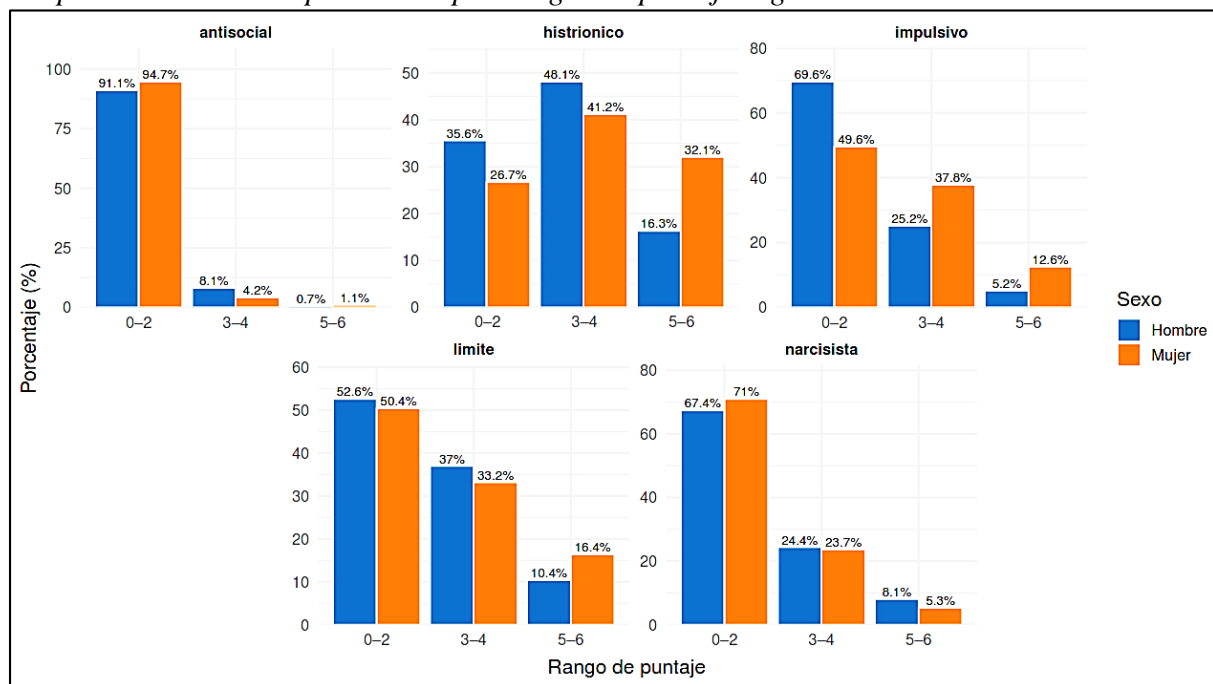
Grupo B: Distribución porcentual por rangos de puntaje



Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 5.

Grupo B: Distribución porcentual por rangos de puntaje según sexo



Nota: Elaborado por el autor*

- Rasgos del grupo C: Distribución porcentual por rangos de puntaje

Los rasgos del Grupo C muestran mayor frecuencia en mujeres. En anancástico (obsesivo), pese a mediana idéntica (3.0), las mujeres superan a los hombres en el rango 5-6 (19.5% vs 11.9%). En rasgo ansioso evidencia la brecha más marcada. Mientras el 52.6% de los hombres tiene puntuaciones ≤ 2 (vs 32.8% en mujeres), ellas triplican a los hombres en nivel alto (30.2% vs 13.3%) con mediana significativamente mayor (3.5 vs 2.0)(tabla 5)(gráfico 7).

En rasgo dependiente más de la mitad de la muestra (60.7%) se encuentra en ≤ 2 (gráfico 6). Sin embargo, la mediana femenina es el doble que la masculina (2.0 vs 1.0), con el triple de prevalencia en rango 5-6 (12.6% vs 4.4%)(tabla 5)(gráfico 7). Globalmente, el ansioso es el rasgo con mayor prevalencia (23.2% en rango 5-6), seguido de anancástico (16.9%) y dependiente (9.8%), configurando un perfil donde las mujeres concentran sus rasgos (gráfico 6).

Tabla 5.

Grupo C: Mediana y rango intercuartílico

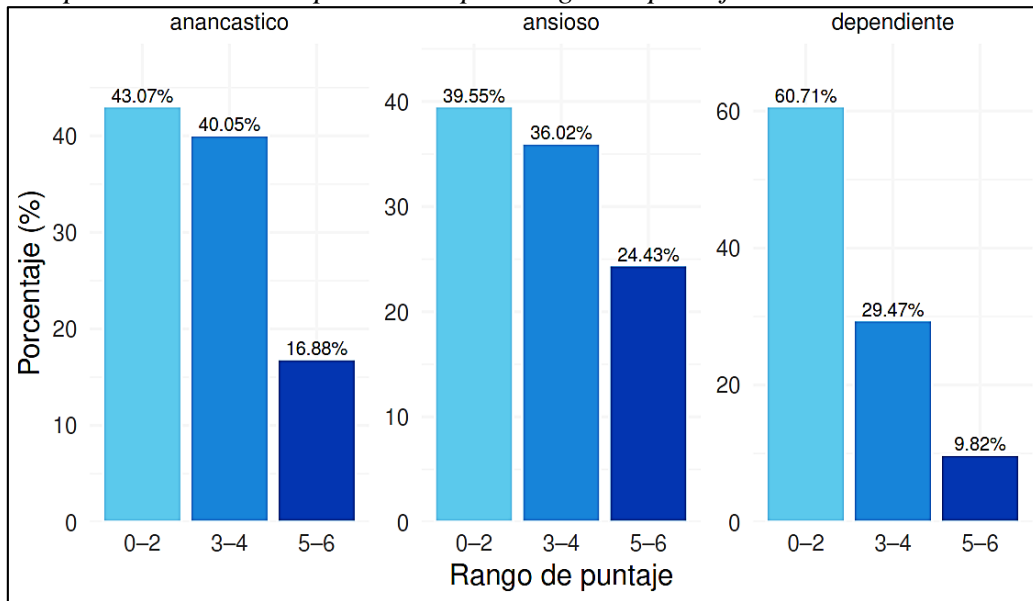
n	rasgo	mediana	IQR = P ₇₅ - P ₂₅
1	anancástico	3.0	2.0 (4.0 - 2.0)
	masculino	3.0	2.0 (4.0 - 2.0)
	femenino	3.0	2.0 (4.0 - 2.0)
2	ansioso	1.0	2.0 (4.0 - 2.0)
	masculino	2.0	3.0 (4.0 - 1.0)
	femenino	3.5	3.0 (5.0 - 2.0)
3	dependiente	2.0	2.0 (3.0 - 1.0)
	masculino	1.0	2.0 (2.0 - 0.0)
	femenino	2.0	3.0 (4.0 - 1.0)

IQR: Rango intercuartil, P₇₅: percentil 75, P₂₅: percentil 25

Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 6.

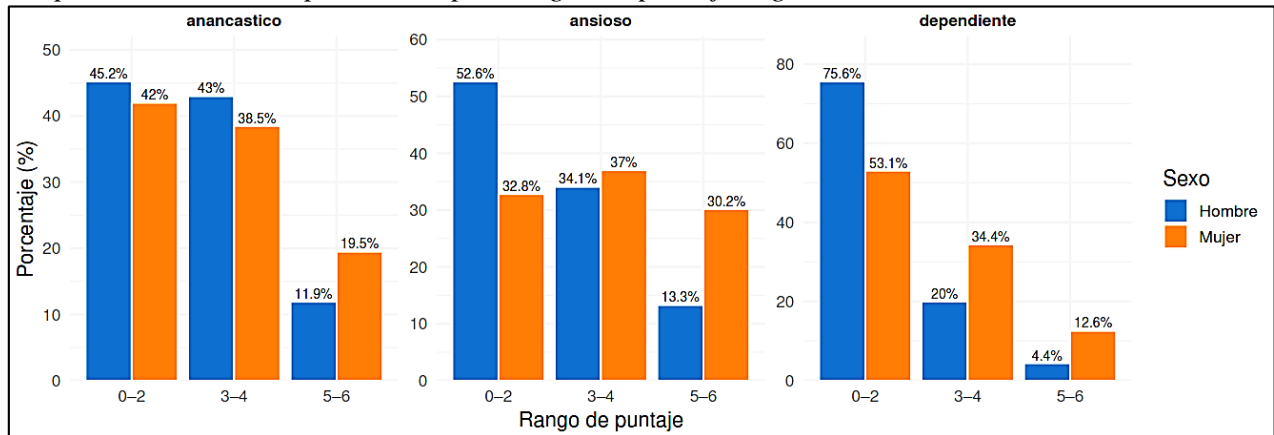
Grupo C: Distribución porcentual por rangos de puntaje



Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 7.

Grupo C: Distribución porcentual por rangos de puntaje según sexo



Nota: Elaborado por el autor*

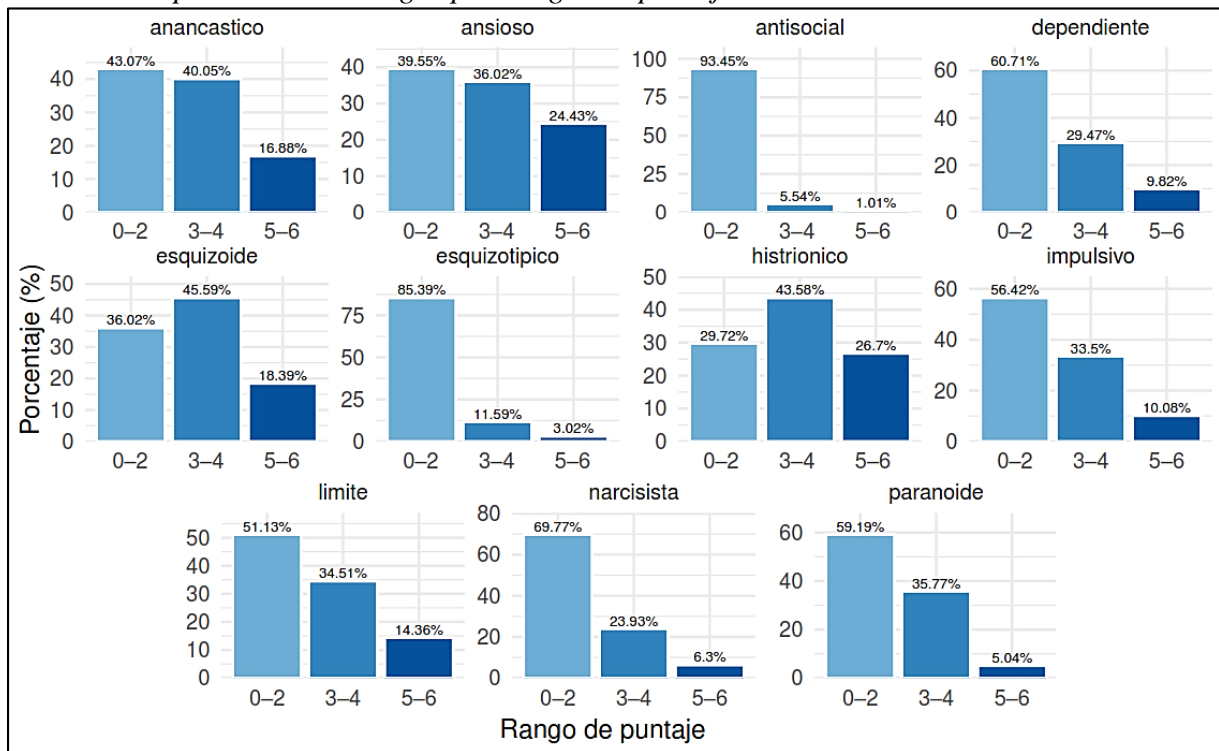
- Distribución porcentual de rasgos por rango de puntaje

La distribución de rasgos revela mayor prevalencia de puntuaciones altas en aquellos relacionados a desregulación emocional. El 70.3% tiene una puntuación mayor a 2 para rasgo histriónico, además el 26.7% se encuentra rango 5-6. Por otro lado, el 48.87% se encuentra por encima del punto de corte >2 para rasgo límite. Además, el rasgo ansioso destaca al presentar 24.4% de la muestra en rango 5-6. Por otro lado, hay una mínima expresión de rasgos disruptivos severos. El rasgo antisocial muestra solo 1.01% en rango 5-6 (con 93.45% puntuando ≤ 2), el rasgo esquizotípico alcanza apenas 3.02% en rango 5-6 (85.39% puntuando ≤ 2), y paranoide mantiene 5.04% en rango 5-6 (gráfico 8).

Por otro lado, el rasgo anancástico y esquizoide destacan por su concentración en rango moderado (3-4). El rasgo esquizoide muestra la mayor presencia en rango 3-4 de todos (45.6%) pero solo 18.39% en rango 5-6. El rasgo anancástico concentra el 40.1% en rango 3-4 (vs 16.9% en rango 5-6), sugiriendo rigidez cognitiva no patológica. La triada histriónico-ansioso-límite son los rasgos que más se expresan en el rango alto 5-6, mientras rasgos psicóticos representan una proporción significativamente menor, sugiriendo en la muestra la tendencia a la desregulación emocional más que a rasgos sugerentes de psicopatología grave (gráfico 8).

Gráfico 8.

Distribución porcentual de rasgos por rangos de puntaje



Nota: Elaborado por el autor*

- Distribución de puntajes por rasgo de personalidad

La distribución de rasgos en la muestra revela una estructura dividida en tres grupos claramente diferenciados. Un primer grupo de alta frecuencia conformado por rasgos de desregulación emocional como histriónico (26.7% en rango 5-6), ansioso (24.4%) y límite (14.4%). Estos rasgos muestran distribuciones con cola derecha pronunciada donde el histriónico alcanza su máxima densidad en puntajes 3-5 (n=242). Un segundo grupo de expresión intermedia está conformado por los rasgos esquizoide, anancástico y dependiente. Esquizoide presenta una distribución bimodal en puntajes 2 y 4, con 45.6% de la muestra en rango 3-4. El rasgo anancástico también presenta su mayor proporción (40.1%) en rango 3-4. El rasgo dependiente sigue la distribución de los otros rasgos sin embargo presenta su mayor proporción (60.7%) en rango 0-2, en contraste solo 9.8% en rango 5-6 (tabla 6)(gráfico 9). Finalmente, un grupo de mínima expresión clínica conformado por los rasgos antisocial, esquizotípico y narcisista. El rasgo antisocial muestra una asimetría extrema, el 93.5% en rango ≤ 2 , muestra una distribución decreciente y el menor número de individuos en rango 5-6 (n=4). El rasgo esquizotípico presenta 85.4% de la muestra en rango ≤ 2 y una distribución de cola izquierda con tendencia decreciente. El rasgo narcisista presenta el 69.8% en rango ≤ 2 y

al igual que los dos rasgos anteriores cuenta con una distribución de frecuencias decrecientes hacia puntajes altos (gráfico 9).

Entre todos los rasgos, histriónico presentó la mayor cantidad de individuos en rango 5-6 (n=106) en contraposición con su extremo, el rasgo antisocial (n=4). Estos datos reiteran la predominancia de desregulación emocional con expresión marginal de rasgos disruptivos severos (tabla 6).

Tabla 6.
Frecuencias por puntaje y rango de puntaje por rasgo de personalidad

n	rasgo	puntaje	n	rango	n
1	histriónico	0	12	0-2	118
		1	32		
		2	74		
		3	95	3-4	
		4	78		
		5	69	5-6	
		6	37		
2	antisocial	0	275	0-2	371
		1	67		
		2	29		
		3	16	3-4	22
		4	6		
		5	1	5-6	4
		6	3		
3	impulsivo	0	42	0-2	224
		1	77		
		2	105		
		3	66	3-4	133
		4	67		
		5	31	5-6	40
		6	9		
4	dependiente	0	77	0-2	241
		1	74		
		2	90		
		3	63	3-4	117
		4	54		
		5	23	5-6	39
		6	16		
5	ansioso	0	24	0-2	157
		1	41		
		2	92		
		3	69	3-4	143
		4	74		
		5	45	5-6	97
		6	52		
6	esquizotípico	0	152	0-2	339
		1	127		
		2	60		
		3	31	3-4	46
		4	15		
		5	10	5-6	12
		6	2		

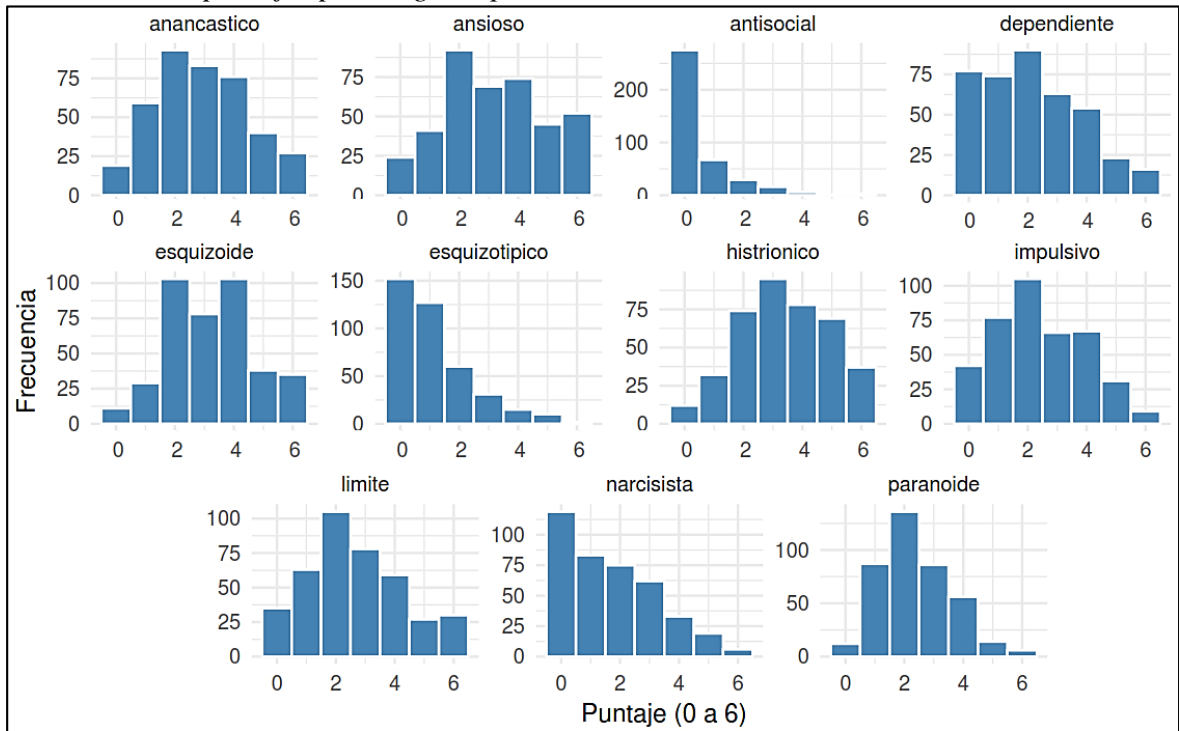
Tabla 6.

*Frecuencias por puntaje y rango de puntaje por rasgo de personalidad
(continuación)*

n	rasgo	puntaje	n	rango	n
7	paranoide	0	12	0-2	235
		1	87		
		2	136		
		3	86	3-4	
		4	56		
		5	14	5-6	
6	6				
8	anancastico	0	19	0-2	171
		1	59		
		2	93		
		3	83	3-4	
		4	76		
		5	40	5-6	
6	27				
9	limite	0	35	0-2	203
		1	63		
		2	105		
		3	78	3-4	
		4	59		
		5	27	5-6	
6	30				
10	esquizoide	0	11	0-2	143
		1	29		
		2	103		
		3	78	3-4	
		4	103		
		5	38	5-6	
6	35				
11	narcisista	0	119	0-2	277
		1	83		
		2	75		
		3	62	3-4	
		4	33		
		5	19	5-6	
6	6				

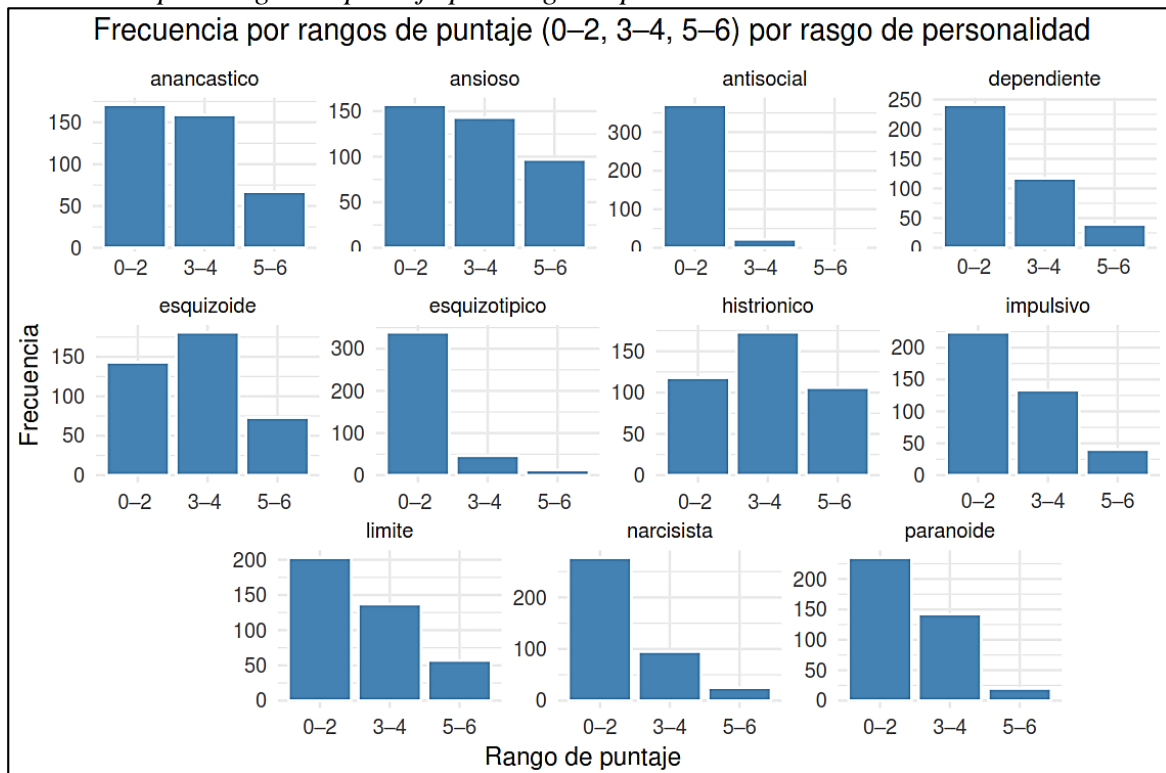
*Nota: Elaborado por el autor**

Gráfico 9.
Distribución de puntajes por rasgo de personalidad



Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 10.
Frecuencia por rangos de puntaje por rasgo de personalidad



Nota: Elaborado por el autor*

- **Descripción de nivel de riesgo de consumo de sustancias**

- Descripción de riesgo general de consumo de sustancias

El alcohol emerge como la sustancia de mayor prevalencia entre los estudiantes de medicina, con un 93.2% que reporta haberlo consumido al menos una vez en la vida. Le sigue el tabaco (49.6%) y el cannabis (30.5%), mientras otras sustancias presentan prevalencias significativamente menores: sedantes (9.8%), inhalantes (4.0%), alucinógenos (5.0%), cocaína (3.8%), estimulantes (3.8%) y opiáceos (3.3%). Este patrón refleja un consumo centrado en sustancias socialmente normalizadas, con presencia moderada de cannabis y uso marginal de drogas controladas (tabla 7).

Respecto al riesgo global, más de la mitad de la muestra (54.4%) se ubica en riesgo moderado de consumo según criterios ASSIST. El 39.6% presenta riesgo bajo, reflejando consumo ocasional sin consecuencias graves y solo el 6.1% alcanza riesgo alto sugiriendo requerir tratamiento especializado (tabla 8).

Se observa una clara distribución diferencial por sexo. Las mujeres predominan en riesgo bajo (43.9% vs 31.1% en hombres), mientras los hombres muestran mayor representación en riesgo moderado (61.5% vs 50.8% en mujeres) y alto (7.4% vs 5.3% en mujeres)(gráfico 11). Es notable la marcada disparidad entre la alta prevalencia de alcohol (93.20%) y el bajo porcentaje en riesgo alto (6.05%), sugiriendo patrones de uso recreativo normalizado. Los hombres presentan mayor vulnerabilidad combinada en riesgo moderado-alto (68.89% vs 56.10% en mujeres). Además, dentro de drogas ilegales destacan el cannabis (30.48%) y los sedantes (9.82%) dada su mayor prevalencia relativa frente a otras drogas. El perfil general indica accesibilidad a sustancias legales con minorías en riesgo alto, aunque la proporción en riesgo moderado, especialmente en hombres, es notable (tabla 7) (tabla 8).

Tabla 7.

Sustancias consumidas una vez a lo largo de la vida

n	sustancia	n	porcentaje (%)
1	tabaco	197	49,62
2	alcohol	370	93,20
3	cannabis	121	30,48
4	cocaína	15	3,78
5	estimulantes	15	3,78
6	inhalantes	16	4,03
7	sedantes	39	9,82
8	alucinógenos	20	5,04
9	opiáceos	13	3,27

Cuestionario ASSIST: Pregunta 1

*Nota: Elaborado por el autor**

Tabla 8.

Nivel de riesgo general de consumo de sustancias por sexo

n	riesgo general*	n	porcentaje (%)
1	riesgo bajo**	157	39,55
	masculino	42	31,11
	femenino	115	43,89
2	riesgo moderado**	216	54,41
	masculino	83	61,48
	femenino	133	50,76
3	riesgo alto**	24	6,05
	masculino	10	7,41
	femenino	14	5,34

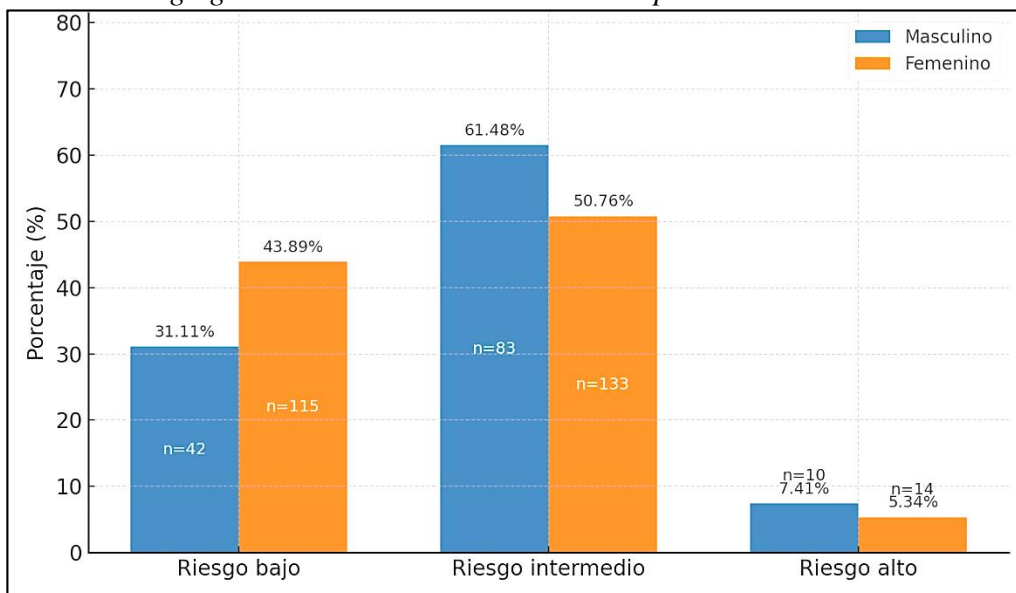
** Nivel de riesgo más alto para cualquier sustancia por participante.*

***Puntuaciones: Riesgo bajo: 0-3(alcohol:0-10), riesgo moderado: 4-26(alcohol: 11-26). Riesgo alto (27+).*

*Nota: Elaborado por el autor**

Gráfico 11.

Nivel de riesgo general de consumo de sustancias por sexo



*Nota: Elaborado por el autor**

- Descripción de riesgo específico de consumo de sustancias

El tabaco y el alcohol presentan perfiles de riesgo similares, con predominio de riesgo bajo (74.8% y 72.8% respectivamente), seguido de proporciones significativas en riesgo moderado (21.9% para tabaco, 22.2% para alcohol), y minorías en riesgo alto (3.3% y 5.0%). Este patrón sugiere consumo extendido, pero mayoritariamente controlado en ambas sustancias (gráfico 12).

En contraste, el cannabis muestra una marcada disociación entre su alta prevalencia (30.5%) y su perfil de riesgo, donde el 87.9% se ubica en bajo riesgo y solo el 0.3% en alto, sugiriendo patrones de uso esporádico (gráfico 12). Las restantes sustancias exhiben perfiles homogéneos con más del 95% de casos en riesgo bajo, menos del 5% en moderado y riesgo alto marginal o nulo ($\leq 0.5\%$)(gráfico 13)(tabla 9).

Destaca la concentración del riesgo alto casi exclusivamente en sustancias legales: tabaco y alcohol. Estas abarcan la mayoría de los casos en riesgo moderado-alto. Las drogas comúnmente consideradas "duras" (cocaína, opiáceos) muestran riesgo mínimo, con solo 1-2 casos en riesgo alto ($\leq 0.5\%$). Esta distribución enfoca la atención a patrones de riesgo moderado en sustancias legales donde podrían prevenirse evoluciones hacia patrones problemáticos. El carácter marginal de riesgo alto en otras sustancias refuerza su uso accesorio en esta población (tabla 9).

Tabla 9.
Nivel de riesgo por sustancia específica

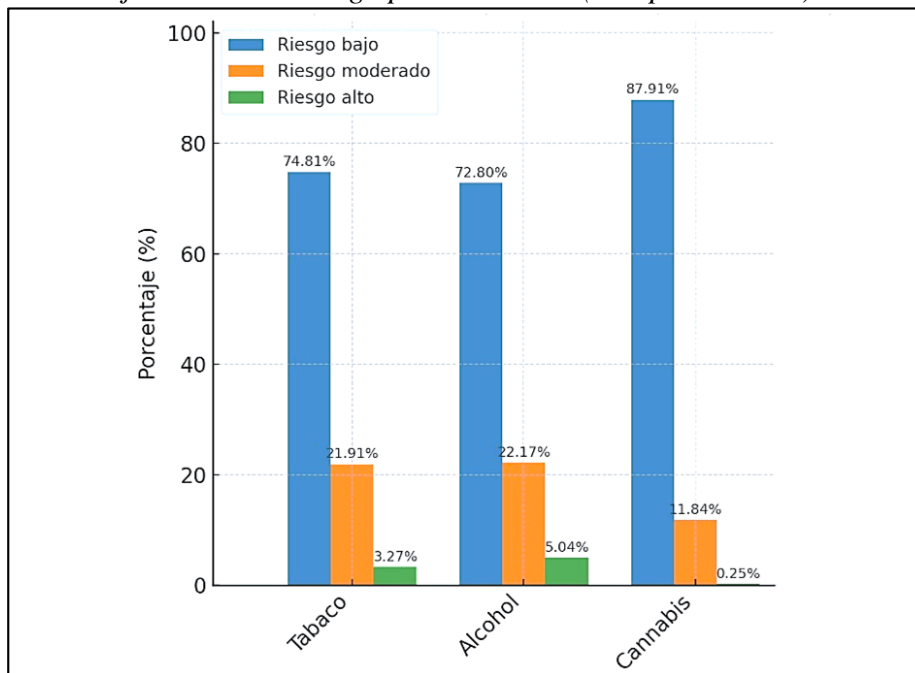
n	nivel riesgo*	n	porcentaje (%)
1	tabaco		
	riesgo bajo	297	74,81
	riesgo moderado	87	21,91
	riesgo alto	13	3,27
2	alcohol		
	riesgo bajo	289	72,80
	riesgo moderado	88	22,17
	riesgo alto	20	5,04
3	cannabis		
	riesgo bajo	349	87,91
	riesgo moderado	47	11,84
	riesgo alto	1	0,25
4	cocaína		
	riesgo bajo	385	96,98
	riesgo moderado	10	2,52
	riesgo alto	2	0,50
5	estimulantes		
	riesgo bajo	386	97,23
	riesgo moderado	10	2,52
	riesgo alto	1	0,25
6	inhalantes		
	riesgo bajo	384	96,73
	riesgo moderado	12	3,02
	riesgo alto	1	0,25
7	sedantes		
	riesgo bajo	378	95,21
	riesgo moderado	19	4,79
	riesgo alto	0	0,00
8	alucinógenos		
	riesgo bajo	384	96,73
	riesgo moderado	12	3,02
	riesgo alto	1	0,25
9	opiáceos		
	riesgo bajo	386	97,23
	riesgo moderado	10	2,52
	riesgo alto	1	0,25

*Puntuaciones: Riesgo bajo: 0-3(alcohol:0-10), riesgo moderado: 4-26(alcohol: 11-26). Riesgo alto (27+).

Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 12.

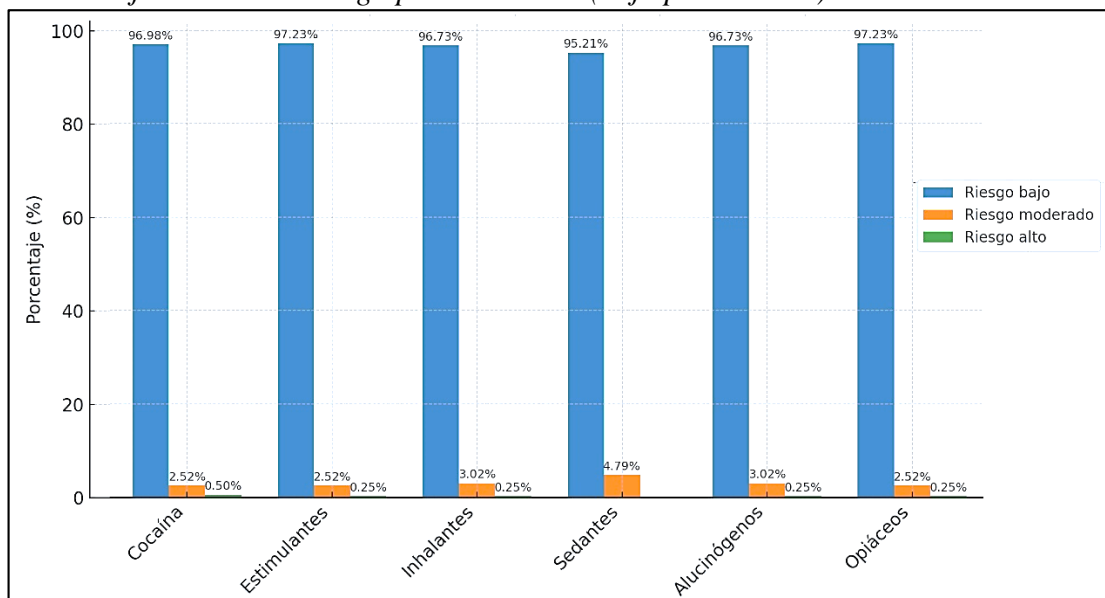
Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias (alta prevalencia)



Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 13.

Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias (baja prevalencia)



Nota: Elaborado por el autor*

- Descripción de riesgo específico de consumo de sustancias por sexo

Los hombres presentan mayores niveles de riesgo en la mayoría de sustancias. En tabaco, muestran mayor riesgo moderado (28.9% vs 18.3% mujeres) y alto (4.4% vs 2.7%). Para el alcohol, ambos sexos tienen riesgo alto similar (5.9% hombres vs 4.6% mujeres), aunque los hombres exhiben mayor riesgo moderado (25.2% vs 20.6%)(gráfico 14)(tabla 9).

En cannabis, los hombres triplican a las mujeres en riesgo moderado (20.7% vs 7.3%) y son los únicos con riesgo alto (0.7% vs 0%). En sustancias como cocaína, inhalantes y opiáceos, ambos géneros mantienen perfiles mayoritariamente de bajo riesgo (>96%), aunque con ligero predominio masculino en riesgo alto (0.7% vs ≤0.4%)(gráfico 15)(tabla 10). En estimulantes y alucinógenos los hombres superan por múltiples unidades a las mujeres en riesgo moderado (4.4% vs 1.5% y 5.9% vs 1.5% respectivamente), además de abarcar la totalidad de los casos de riesgo alto para estas sustancias. Los sedantes son la única excepción, presentando mayor riesgo moderado femenino (3.0% vs 1.3%) y ausencia de riesgo alto en ambos.

Los hombres lideran el consumo problemático en sustancias psicoactivas (cannabis, alucinógenos, estimulantes), mientras las mujeres muestran mayor riesgo solo en sedantes. La mayor diferencia cualitativa por sexo se da en cannabis (92.8% riesgo bajo en mujeres vs 78.5% en hombres) sugiriendo diferencias en los patrones de consumo (tabla 10).

Tabla 10.
Nivel de riesgo por sustancia específica por sexo

n	nivel riesgo	n	porcentaje (%)
1	tabaco		
	riesgo bajo	297	74,81
	masculino	90	66,67
	femenino	207	79,01
	riesgo moderado	87	21,91
	masculino	39	28,89
	femenino	48	18,32
	riesgo alto	13	3,27
	masculino	6	4,44
femenino	7	2,67	
2	alcohol		
	riesgo bajo	289	72,80
	masculino	93	68,89
	femenino	196	74,81
	riesgo moderado	88	22,17
	masculino	34	25,19
	femenino	54	20,61
	riesgo alto	20	5,04
	masculino	8	5,93
femenino	12	4,58	

Tabla 10.

Nivel de riesgo por sustancia específica por sexo(continuación)

n	nivel riesgo	n	porcentaje (%)
3	cannabis		
	riesgo bajo	349	87,91
	masculino	106	78,52
	femenino	243	92,75
	riesgo moderado	47	11,84
	masculino	28	20,74
	femenino	19	7,25
	riesgo alto	1	0,25
	masculino	1	0,74
femenino	0	0,00	
4	cocaína		
	riesgo bajo	385	96,98
	masculino	130	96,30
	femenino	255	97,33
	riesgo moderado	10	2,52
	masculino	4	2,96
	femenino	6	2,29
	riesgo alto	2	0,50
	masculino	1	0,74
femenino	1	0,38	
5	estimulantes		
	riesgo bajo	386	97,23
	masculino	128	94,81
	femenino	258	98,47
	riesgo moderado	10	2,52
	masculino	6	4,44
	femenino	4	1,53
	riesgo alto	1	0,25
	masculino	1	0,74
femenino	0	0,00	
6	inhalantes		
	riesgo bajo	384	96,73
	masculino	130	96,30
	femenino	254	96,95
	riesgo moderado	12	3,02
	masculino	4	2,96
	femenino	8	3,05
	riesgo alto	1	0,25
	masculino	1	0,74
femenino	0	0,00	

Tabla 10.

Nivel de riesgo por sustancia específica por sexo(continuación)

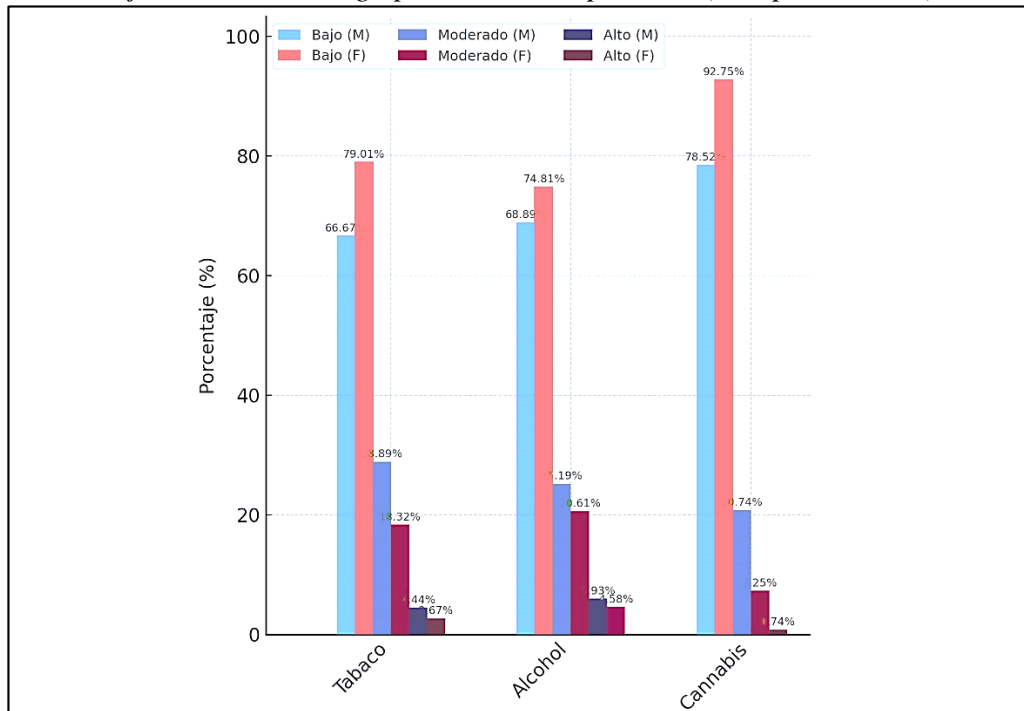
n	nivel riesgo	n	porcentaje (%)
7	sedantes		
	riesgo bajo	378	95,21
	masculino	130	96,30
	femenino	248	94,66
	riesgo moderado	17	4,28
	masculino	5	1,26
	femenino	12	3,02
	riesgo alto	0	0,00
	masculino	0	0,00
	femenino	0	0,00
8	alucinógenos		
	riesgo bajo	384	96,73
	masculino	126	93,33
	femenino	258	98,47
	riesgo moderado	12	3,02
	masculino	8	5,93
	femenino	4	1,53
	riesgo alto	1	0,25
	masculino	1	0,74
	femenino	0	0,00
9	opiáceos		
	riesgo bajo	386	97,23
	masculino	130	96,30
	femenino	256	97,71
	riesgo moderado	10	2,52
	masculino	4	2,96
	femenino	6	2,29
	riesgo alto	1	0,25
	masculino	1	0,74
	femenino	0	0,00

*Puntuaciones: *Riesgo bajo: 0-3(alcohol:0-10), riesgo moderado: 4-26(alcohol: 11-26). Riesgo alto (27+).*

*Nota: Elaborado por el autor**

Gráfico 14.

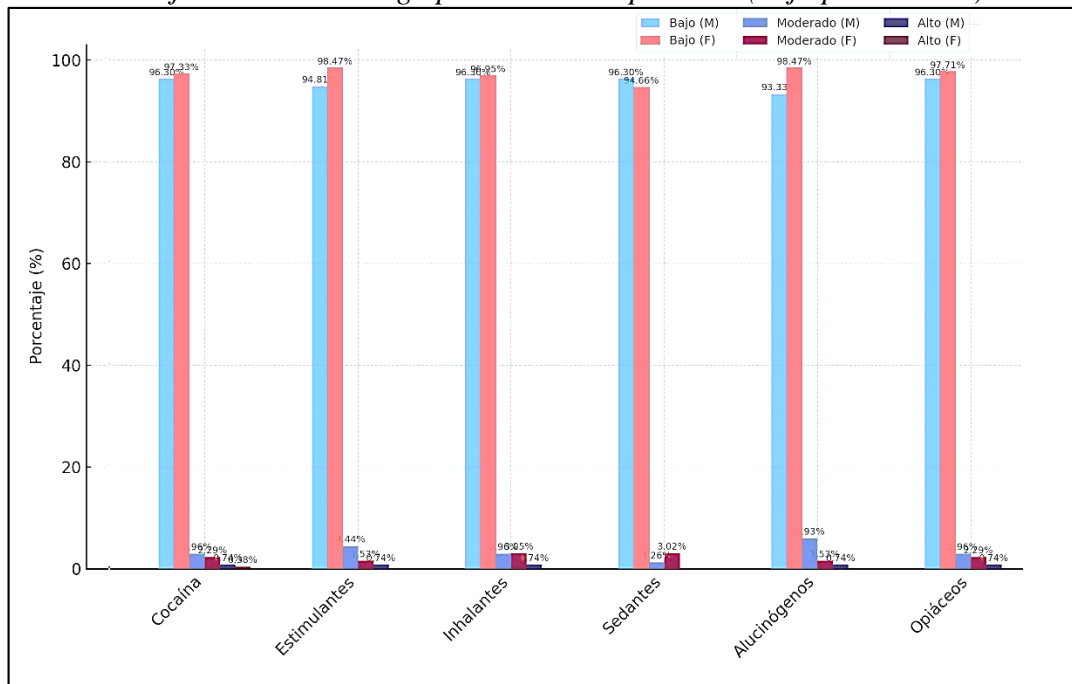
Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias por sexo (alta prevalencia)



Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 15.

Porcentaje de nivel de riesgo por sustancias por sexo (baja prevalencia)



Nota: Elaborado por el autor*

- **Resultados analíticos**

- Diferencia de rasgos de personalidad por sexo

El análisis de diferencias por sexo mediante la prueba de Wilcoxon Rank-Sum reveló un patrón distintivo en los rasgos de personalidad. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas con efectos pequeños en cinco rasgos: dependiente ($r = 0.300$, $p < 0.001$), impulsivo ($r = 0.260$, $p < 0.001$), ansioso ($r = 0.243$, $p < 0.001$), antisocial ($r = 0.209$, $p < 0.001$) e histriónico ($r = 0.183$, $p < 0.001$)(tabla 11).

En todos estos rasgos, las mujeres presentaron medianas consistentemente superiores, con diferencias de al menos una unidad entera, excepto en el rasgo antisocial, donde a pesar de compartir la misma mediana ($Me = 0.0$), las distribuciones mostraron variaciones significativas. Adicionalmente, se detectó una diferencia marginalmente significativa en el rasgo esquizotípico ($r = 0.107$, $p = 0.033$), aunque su magnitud práctica fue mínima. Los rasgos restantes (paranoide ($p = 0.066$), anancástico ($p = 0.112$), límite ($p = 0.160$), esquizoide ($p = 0.206$) y narcisista ($p = 0.268$)) no alcanzaron significación estadística, con efectos nulos ($r < 0.10$), indicando perfiles comparables entre ambos sexos en estos rasgos de personalidad (tabla 12).

Tabla 11.

Diferencias por sexo en rasgos de personalidad (prueba de Wilcoxon Rank-Sum)

n	rasgo	p_valor	mediana(hombres)	mediana(mujer)	Δ interpretación
1	histriónico	0.000	3.0	4.0	+1.0 mayor en mujeres
2	antisocial	0.000	0.0	0.0	+1.5 mayor en mujeres
3	impulsivo	0.000	2.0	3.0	+1.0 mayor en mujeres
4	dependiente	0.000	1.0	2.0	+1.0 mayor en mujeres
5	ansioso	0.000	2.0	3.5	Sin diferencia práctica
6	esquizotípico	0.033	1.0	1.0	Estadísticamente débil
7	paranoide	0.066	2.0	2.0	Sin diferencia significativa
8	anancástico	0.112	3.0	3.0	Sin diferencia significativa
9	limite	0.160	2.0	2.0	Sin diferencia significativa
10	esquizoide	0.206	3.0	3.0	Sin diferencia significativa
11	narcisista	0.268	2.0	1.0	Sin diferencia significativa

Diferencias muy significativas ($p < 0.001$), Diferencias significativas ($p < 0.05$), No significativo ($p \geq 0.05$)

*Nota: Elaborado por el autor**

Tabla 12.

Magnitud de efecto en diferencia entre rasgos de personalidad por sexo

n	rasgo	p_valor	r_efecto	interpretación
1	dependiente	0.000	0.300	pequeño
2	impulsivo	0.000	0.260	pequeño
3	ansioso	0.000	0.243	pequeño
4	antisocial	0.000	0.209	pequeño
5	histriónico	0.000	0.183	pequeño
6	esquizotípico	0.033	0.107	pequeño
7	paranoide	0.066	0.092	nulo
8	anancastico	0.112	0.080	nulo
9	limite	0.160	0.071	nulo
10	esquizoide	0.206	0.063	nulo
11	narcisista	0.268	0.056	nulo

r(valor): Nulo:(0.00–0.09) Pequeño:(0.10 0.29) Moderado:(0.30-0.49) Grande (≥ 0.50)

*Nota: Elaborado por el autor**

- Diferencia de rasgos de personalidad por edad

El análisis de correlación de Spearman entre la edad y los rasgos de personalidad evidenció una notable independencia de estas variables. Salvo una excepción, no se identificaron asociaciones significativas entre la edad y los rasgos evaluados. Únicamente el rasgo esquizoide mostró una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa ($\rho = 0.119$, $p = 0.017$), sugiriendo una mínima tendencia a puntuaciones más elevadas conforme aumenta la edad. No obstante, la baja magnitud de este efecto ($r < 0.12$) obliga a interpretar este hallazgo con cautela (tabla 13).

Para los diez rasgos restantes (antisocial, esquizotípico, paranoide, dependiente, impulsivo, límite, ansioso, narcisista, anancástico e histriónico) los coeficientes de correlación no alcanzaron significación estadística ($p > 0.05$), con magnitudes nulas o triviales ($\rho < 0.10$). Este patrón global indica que la edad no constituye un factor determinante en la expresión de estos rasgos de personalidad en la muestra estudiada (tabla 13).

Tabla 13.

Correlación de Spearman para evaluar diferencia entre rasgos de personalidad por edad

n	rasgo	rho	p_valor	interpretación
1	esquizoide	+ 0.119	0.017	débil
2	antisocial	+ 0.092	0.066	nula
3	esquizotípico	+ 0.083	0.101	nula
4	paranoide	+ 0.070	0.164	nula
5	dependiente	- 0.062	0.219	nula
6	impulsivo	- 0.052	0.297	nula
7	limite	+ 0.052	0.300	nula
8	ansioso	- 0.048	0.341	nula
9	narcisista	- 0.044	0.377	nula
10	anancastico	- 0.033	0.517	nula
11	histriónico	- 0.024	0.634	nula

p(rho) indica dirección y fuerza de asociación ($p < 0.05$ estadísticamente significativa)

*Nota: Elaborado por el autor**

- **Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias**

Para evaluar la relación entre cada rasgo de personalidad y el nivel de riesgo de consumo de sustancias, se utilizaron dos métodos complementarios. El coeficiente de correlación de Spearman para medir la fuerza y dirección de la asociación y la regresión logística ordinal para cuantificar el aumento de riesgo por cada nivel de rasgo.

Para sustancias de baja frecuencia, el hecho de contar menos de 5 casos en categorías de alto riesgo genera distribuciones asimétricas que comprometen la fiabilidad de las estimaciones, requiriendo cautela en la interpretación de efectos. Este patrón, donde el riesgo moderado no supera el 5% y el alto riesgo es marginal o nulo, sugiere que estas sustancias tienen un carácter accesorio en la población estudiada, limitando su análisis individual.

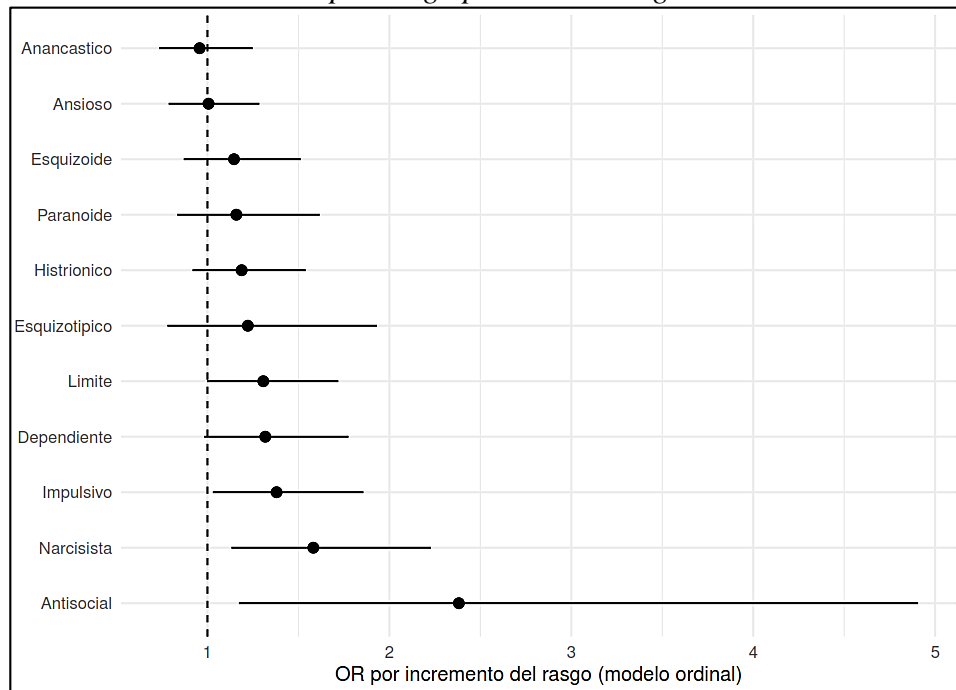
- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo general de sustancias

El análisis reveló que tanto el rasgo narcisista, antisocial e impulsivo mantienen una asociación positiva y estadísticamente significativa con el riesgo general de consumo de sustancias, donde niveles más altos del rasgo predicen una mayor probabilidad de ubicarse en categorías de riesgo elevado. El rasgo narcisista mostró una asociación positiva y significativa (OR = 1.58), indicando que, a mayor nivel de este rasgo (0-2, 3-4 y 5-6), aumenta un 58% la probabilidad de pertenecer a una categoría superior de riesgo de consumo. El rasgo antisocial cuenta con la asociación más pronunciada (OR = 2.38), por cada nivel de este rasgo aumenta

en más del doble la probabilidad de tener mayor nivel de riesgo de consumo general. Finalmente, el rasgo impulsivo presentó una vinculación significativa, aunque de menor magnitud (OR = 1.38). El resto de rasgos mantuvieron asociaciones no significativas (gráfico 16 y 17)(tabla 14).

Gráfico 16.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo general de sustancias.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 14.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo general de sustancias

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
narcisista	0,131	0,00895	0,459	1,582	(1,132 - 2,228)	0,00785
antisocial	0,115	0,0215	0,868	2,382	(1,173 - 4,906)	0,0175
impulsivo	0,099	0,048	0,322	1,38	(1,03 - 1,857)	0,0321
limite	0,105	0,036	0,268	1,307	(0,998 - 1,719)	0,0533
dependiente	0,081	0,107	0,276	1,318	(0,982 - 1,775)	0,0673
histriónico	0,066	0,188	0,172	1,188	(0,918 - 1,54)	0,192
esquizoide	0,044	0,378	0,137	1,146	(0,87 - 1,513)	0,333
paranoide	0,047	0,350	0,148	1,159	(0,834 - 1,617)	0,381
esquizotípico	0,056	0,264	0,200	1,222	(0,78 - 1,932)	0,385
anancastico	-0,011	0,827	-0,043	0,957	(0,734 - 1,249)	0,748
ansioso	0,002	0,963	0,006	1,006	(0,787 - 1,285)	0,964

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: exp(β), cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

Nota: Elaborado por el autor*

Gráfico 17.

Nivel de riesgo de consumo general por nivel de rasgo de personalidad



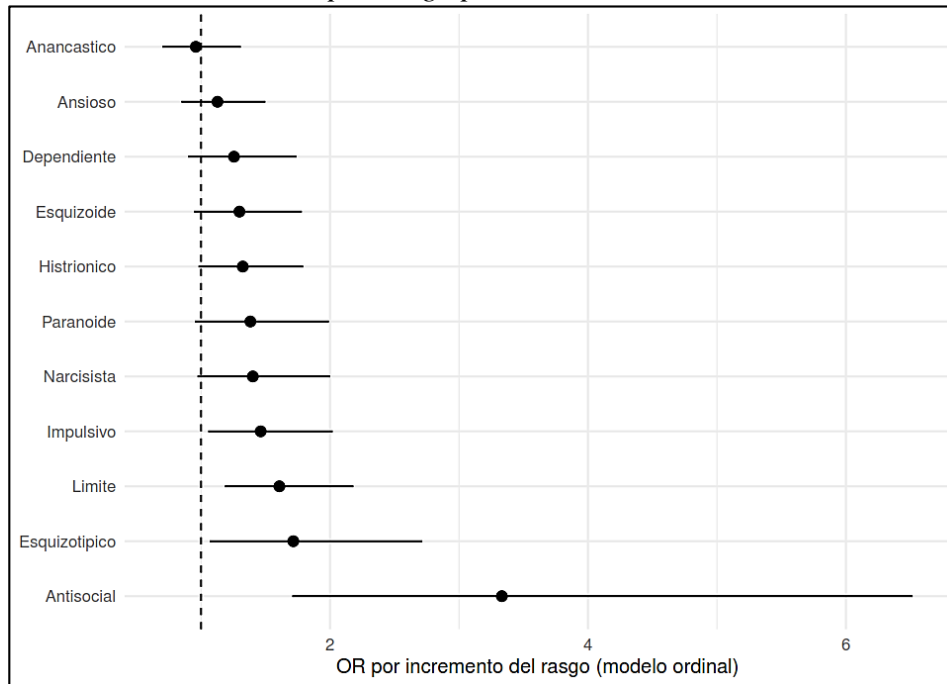
Nota: Elaborado por el autor*

- **Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias específicas (tabaco, alcohol y cannabis)**

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de tabaco

Se hallaron cuatro rasgos con efectos particularmente robustos en relación al consumo de tabaco. El rasgo antisocial muestra la asociación más fuerte. El aumento en cada nivel para este rasgo incrementa más del triple la probabilidad ubicarse en una categoría superior de consumo (OR=3.33). Los rasgos límite (OR=1.61), esquizotípico (OR=1.72) e impulsivo (OR=1.46) también presentan tendencias positivas significativas, indicando aumentos del 61%, 72% y 46% en la probabilidad de mayor consumo, respectivamente. Otros rasgos muestran correlaciones positivas, sin embargo, sus tendencias no alcanzan significación estadística ($p > 0.05$). Destaca el rasgo anancástico como el único con efecto negativo, aunque no significativo (OR=0.96; $p = 0.794$). Estos resultados subrayan que los rasgos externalizantes (antisocial, impulsivo) y de desregulación emocional (límite, esquizotípico) se asocian a un mayor riesgo de consumo tabáquico (gráfico 18)(tabla 15).

Gráfico 18.
Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de tabaco.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 15.
Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de tabaco

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
antisocial	0,172	0,000597	1,204	3,332	(1,707 - 6,517)	0,000393
limite	0,168	0,00077	0,474	1,607	(1,184 - 2,181)	0,0023
impulsivo	0,1	0,0474	0,38	1,462	(1,055 - 2,02)	0,0216
esquizotípico	0,121	0,0155	0,539	1,715	(1,067 - 2,715)	0,0225
narcisista	0,096	0,0569	0,337	1,401	(0,972 - 2,001)	0,0661
histriónico	0,092	0,0667	0,28	1,323	(0,98 - 1,792)	0,0687
paranoide	0,067	0,181	0,323	1,382	(0,952 - 1,991)	0,0849
esquizoide	0,075	0,134	0,26	1,297	(0,945 - 1,781)	0,108
dependiente	0,067	0,186	0,227	1,255	(0,899 - 1,74)	0,176
ansioso	0,041	0,421	0,12	1,127	(0,847 - 1,498)	0,41
anancástico	-0,005	0,925	-0,042	0,959	(0,699 - 1,308)	0,794

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: $\exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

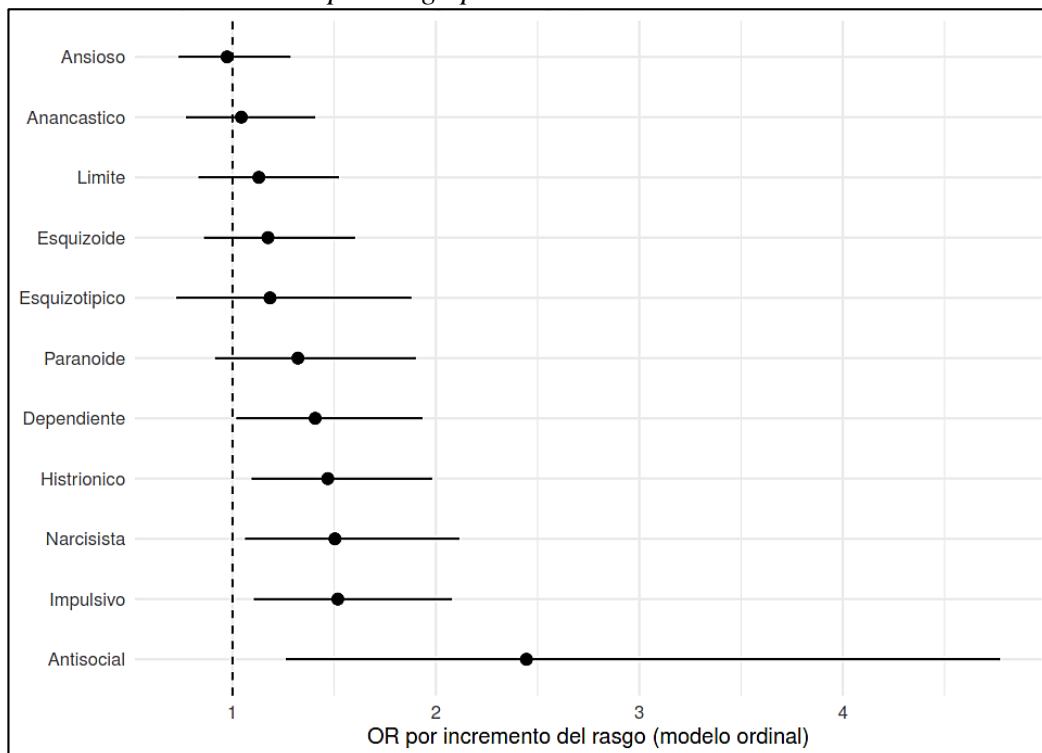
Nota: Elaborado por el autor*

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de alcohol

Cinco rasgos de personalidad muestran asociaciones positivas y estadísticamente significativas con mayores niveles de consumo de alcohol. El rasgo antisocial destaca con el efecto más fuerte. Por cada rango de aumento, la probabilidad de ascender a una categoría superior de consumo aumenta más del doble (OR=2.45) corroborado por una correlación de Spearman significativa. Le siguen el rasgo impulsivo (OR=1.52), histriónico (OR=1.47) y dependiente (OR=1.41) indicando aumentos del 52%, 47% y 41% de la probabilidad de mayor consumo, respectivamente. Todos cuentan con efectos consistentes en ambos métodos. Por el contrario, aunque el rasgo narcisista muestra significación en regresión logística (OR=1.50; $p=0.0196$) indicando probabilidad del 50% de mayor consumo, su correlación es marginal y no significativa ($\rho=0.097$; $p=0.0541$). Los demás rasgos no presentan asociaciones significativas en relación al consumo de alcohol (gráfico 19)(tabla 16).

Gráfico 19.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de alcohol.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 16.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de alcohol

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β_trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
antisocial	0,17	0,000662	0,894	2,445	(1,263 - 4,773)	0,00775
impulsivo	0,13	0,00979	0,417	1,518	(1,106 - 2,079)	0,00937
histriónico	0,129	0,0101	0,385	1,469	(1,095 - 1,981)	0,0108
dependiente	0,116	0,021	0,342	1,407	(1,02 - 1,934)	0,0358
narcisista	0,097	0,0541	0,408	1,504	(1,063 - 2,115)	0,0196
paranoide	0,085	0,0901	0,279	1,322	(0,915 - 1,901)	0,133
esquizoide	0,048	0,345	0,161	1,175	(0,861 - 1,602)	0,308
limite	0,053	0,296	0,122	1,13	(0,834 - 1,524)	0,426
esquizotípico	0,057	0,254	0,17	1,185	(0,724 - 1,879)	0,481
anancástico	0,024	0,638	0,043	1,044	(0,772 - 1,407)	0,779
ansioso	-0,008	0,876	-0,027	0,974	(0,736 - 1,285)	0,852

1) *Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: exp(β), cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.*

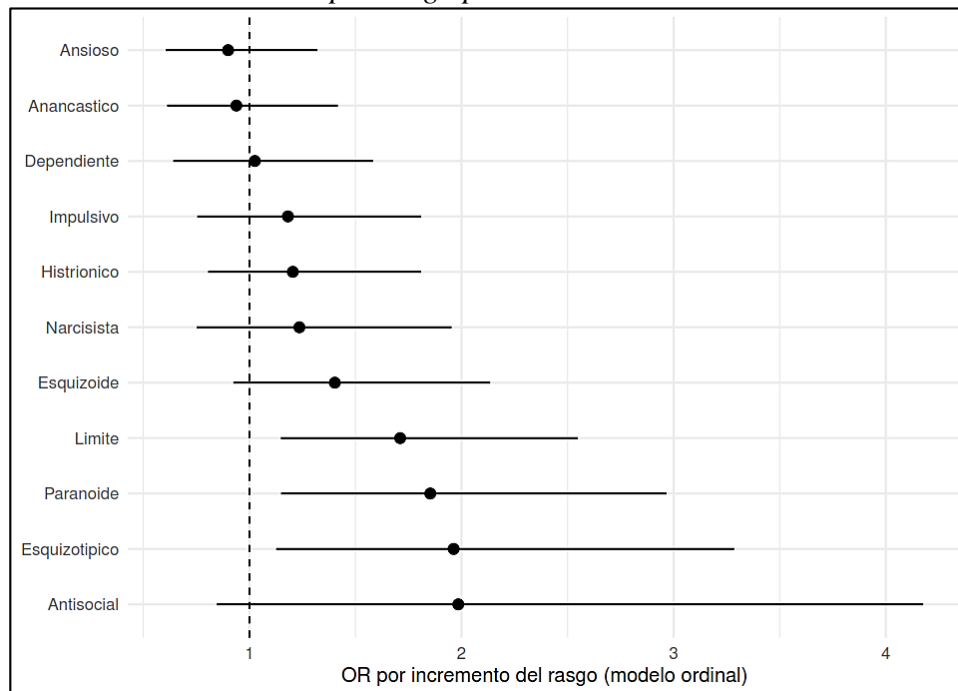
*Nota: Elaborado por el autor**

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de cannabis

El rasgo esquizotípico muestra el mayor efecto (OR=1.96), casi duplicando la probabilidad de mayor consumo por rango de rasgo, respaldado por la correlación más fuerte ($\rho=0.17$; $p=0.0007$). Le siguen el rasgo paranoide (OR=1.85) y límite (OR=1.71), ambos con consistencia metodológica en ambas pruebas. Contrario a lo observado en otras sustancias, rasgos externalizantes como antisocial (OR=1.99) e impulsivo (OR=1.18) no alcanzan significación, mientras rasgos internalizantes (ansioso, dependiente) y de rigidez (anancástico) muestran efectos neutros o levemente protectores no significativos. Por lo que se puede inferir que el consumo de cannabis se asocia con rasgos del espectro psicótico y desregulación emocional en la muestra (gráfico 20)(tabla 17).

Gráfico 20.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de cannabis.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 17.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de cannabis

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
limite	0,138	0,00592	0,537	1,711	(1,149 - 2,548)	0,00791
paranoide	0,109	0,0295	0,617	1,853	(1,15 - 2,966)	0,0102
esquizotípico	0,169	0,000702	0,674	1,963	(1,127 - 3,285)	0,0125
antisocial	0,093	0,0653	0,686	1,985	(0,847 - 4,176)	0,0834
esquizoide	0,083	0,0994	0,339	1,403	(0,925 - 2,135)	0,111
histriónico	0,047	0,354	0,187	1,205	(0,806 - 1,81)	0,364
narcisista	0,033	0,518	0,212	1,236	(0,752 - 1,953)	0,381
impulsivo	0,044	0,384	0,167	1,182	(0,755 - 1,81)	0,451
ansioso	-0,028	0,582	-0,105	0,9	(0,606 - 1,321)	0,595
anancastico	-0,005	0,922	-0,062	0,939	(0,613 - 1,417)	0,769
dependiente	-0,003	0,949	0,025	1,026	(0,642 - 1,583)	0,911

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: $\exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

Nota: Elaborado por el autor*

- **Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias específicas de baja frecuencia.**

En contraste con tabaco, alcohol y cannabis que muestran una alta frecuencia en nivel de riesgo de consumo moderado y alto, las sustancias restantes exhiben perfiles homogéneos con más del 95% de casos en riesgo bajo, menos del 5% en moderado y riesgo alto marginal o nulo ($\leq 0.5\%$) (tabla 9). Las drogas comúnmente consideradas "duras" (cocaína, opiáceos) muestran riesgo mínimo, con solo 1-2 casos en riesgo alto ($\leq 0.5\%$). En el caso de sedantes, no hay población en riesgo alto de consumo ($n=0$). La baja frecuencia en categorías de alto riesgo genera distribuciones asimétricas que comprometen la fiabilidad de las estimaciones, requiriendo cautela en la interpretación de efectos. Este patrón, donde el riesgo moderado no supera el 5% y el alto riesgo es marginal o nulo, sugiere que estas sustancias tienen un carácter accesorio en la población estudiada, limitando su análisis individual.

Los resultados y su respectivo análisis se pueden encontrar en anexos (Anexo 1. Interpretación de resultados de sustancias con baja frecuencia.)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Dentro de la muestra de estudio, hay un predominio marcado de rasgos relacionados con desregulación emocional: el rasgo histriónico se presenta en el 70,3% de la muestra con puntuaciones >2 y 26,7% en el rango alto, el rasgo límite registra 48,9% >2 y 14,4% en rango alto y el rasgo ansioso afecta al 60,5% >2 con 24,4% en rango alto (gráfico 10). En contraste, rasgos del espectro psicótico y conductas disruptivas muestran escasa expresión: 85,4% ≤ 2 en esquizotípico, 93,5% ≤ 2 en antisocial y 69,8% ≤ 2 en narcisista (tabla 6). Por su parte, los rasgos paranoide, anancástico y esquizoide concentran frecuencias relevantes en rango moderado 3-4 (35,8%, 40,1% y 45,6% respectivamente), lo que podría sugerir tendencia a rigidez cognitiva con escaso indicio de psicopatología severa en la mayoría de los casos (gráfico 10).

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Arévalo et al. en estudiantes del sector salud en Colombia, donde se describió un predominio de rasgos emocionales y de rigidez cognitiva, con alta frecuencia de histriónico (62,1%), esquizoide (51,5%), ansioso (51%) y anancástico (46,5%), y muy baja presencia de rasgos del espectro psicótico y disruptivos: narcisista (19,7%), esquizotípico (4,5%) y antisocial (3,5%) (51). En contraste, Prado et al. en estudiantes españoles del mismo ámbito académico hallaron mayor prevalencia de rasgos asociados a rigidez cognitiva y ansiedad: esquizoide (53,3%), anancástico (49,1%), ansioso (41,2%), dependiente (36,2%), mientras que los de desregulación emocional mostraron menores frecuencias: histriónico (23,3%) y límite (14,1%). También en este estudio se observó baja frecuencia de rasgos disruptivos: antisocial (7,9%)(36).

En conjunto, los resultados podrían sugerir que en contextos latinoamericanos podría existir un predominio de rasgos de desregulación emocional, posiblemente asociado a la menor disponibilidad o utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas frente al estrés académico y social. En cambio, la ansiedad, rigidez cognitiva y la baja frecuencia de rasgos disruptivos y psicopatología grave parecen ser una constante en población universitaria del sector salud, independientemente del país. Este perfil es compatible con un entorno de alta exigencia académica y social, donde la necesidad de desempeño y pertenencia podría exacerbar rasgos de desregulación emocional. Esta asociación encuentra respaldo en la literatura. Se ha documentado que la exposición prolongada al estrés académico y a la presión

competitiva en entornos formativos de ciencias de la salud se asocia con mayor vulnerabilidad a problemas emocionales y conductas de riesgo (37). De manera similar, Newbury-Birch et al. encontraron que, en estudiantes de medicina y carreras afines, el consumo de alcohol y otras drogas puede actuar como un mecanismo de escape frente a la carga académica, reforzando el vínculo entre desregulación emocional, presión académica y conductas de riesgo (38).

Dentro de diferencias por sexo, las mujeres presentan medianas superiores en rasgos relacionados a internalización y desregulación emocional (rasgos dependiente, ansioso, impulsivo e histriónico). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas según la prueba de Wilcoxon Rank-Sum con efectos de pequeña magnitud en varios rasgos: dependiente $r = 0,300$, impulsivo $r = 0,260$, ansioso $r = 0,243$, antisocial $r = 0,209$, histriónico $r = 0,183$, todos $p < 0,001$ (tabla 11). Los rasgos restantes no alcanzaron significación estadística, con efectos nulos, indicando perfiles comparables entre sexos. En conjunto, los resultados sugieren que las mujeres tienden, aunque con un efecto reducido, a expresar con mayor frecuencia rasgos internalizantes y de desregulación emocional, los cuales podrían asociarse a mayor vulnerabilidad ante ansiedad, necesidad de aprobación y expresividad emocional.

Esta caracterización es consistente con la literatura sobre diferencias de personalidad por sexo. El metaanálisis de Costa et al. mostró que las mujeres puntúan significativamente más alto en neuroticismo, dimensión del FFM que incluye ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés. Este hallazgo se ha replicado en múltiples culturas y se mantiene incluso tras ajustar posibles sesgos estadísticos (39). Asimismo, el metaanálisis de Cross et al. evidenció que las mujeres presentan mayor sensibilidad al castigo, lo que se traduce en una tendencia a reaccionar impulsivamente ante estados emocionales negativos. En contraste, los hombres exhiben niveles superiores de búsqueda de sensaciones y mayor inclinación a conductas de riesgo (40). En conjunto, la mayor impulsividad femenina reportada en nuestro estudio parecería estar relacionada con desregulación emocional de tipo internalizante, y no con búsqueda de sensaciones y conductas de riesgo.

En cuanto al patrón de consumo, la tendencia está centrada en sustancias legales (alcohol y tabaco) con moderada presencia de cannabis. Más de la mitad de la muestra (54.4%) se ubica en riesgo moderado de consumo general según criterios ASSIST. El alcohol es la sustancia más consumida (93.2% al menos una vez), sin embargo, solo un 6.1% de la muestra está en riesgo alto global. Sucede algo similar con el tabaco (49,6% al menos una

vez; 3,3% riesgo alto)(gráfico 12)(tabla 10). Esto es compatible con un patrón de consumo recreativo y socialmente normalizado en la mayoría de estudiantes. El consumo de otras sustancias es marginal. Aparte de cannabis, las demás drogas ilegales muestran un consumo marginal y riesgo bajo, lo que las sitúa como sustancias accesorias o experimentales, no como el foco principal del problema. La revisión sistemática del uso de sustancias en estudiantes de medicina a nivel mundial realizada por Roncero et al. apoya el patrón de consumo encabezado por alcohol (24%), tabaco (17,2%) y cannabis (11,8%). Además, también destaca el uso de hipnóticos y sedantes como sustancias de uso común en esta población (9.9%) (41). En otras facultades de medicina de la región se replica el patrón de consumo de alcohol, los estudios muestran un patrón de consumo predominantemente social y recreativo (42,43). Esta información en conjunto podría indicar mayor accesibilidad y aceptación social de drogas legales en nuestro entorno, más que una búsqueda activa de drogas ilegales con presencia normalizada de sedantes.

En nuestro estudio el riesgo alto de consumo está casi exclusivamente concentrado en tabaco y alcohol. Los hombres destacan más en patrones de riesgo moderado-alto de consumo general y en todas las sustancias con excepción de sedantes. Con excepción de cannabis, los sedantes son la segunda sustancia ilegal más consumida (9,82%) y la única donde las mujeres superan a los hombres en riesgo de consumo (3,0% vs 1,3% riesgo moderado; 0.0% vs 0.0% riesgo alto) (gráfico 15)(tabla 10). El metanálisis de Brady et al. confirma el patrón universal mayores tasas de consumo y abuso de sustancias en hombres para la mayoría de las sustancias, incluyendo alcohol, tabaco, cannabis y drogas ilegales. Además, también confirma una tendencia mayor de las mujeres de usar sustancias (alcohol, sedantes y tranquilizantes) como forma de automedicación ante estados de ánimo negativos (44). Este mayor uso de sedantes en mujeres es coherente con su perfil de internalización y ansiedad. Finalmente, considerando la alta frecuencia de estudiantes en riesgo moderado, surge la oportunidad de intervención temprana y estrategias de prevención enfocadas a evitar la progresión hacia patrones problemáticos.

Las asociaciones entre rasgos y riesgo revelaron patrones específicos según cada sustancia. El consumo general de sustancias se asocia a rasgos antisocial (OR=2.38), narcisista (OR=1.58) e impulsivo (OR=1.38), los cuales mantienen una asociación positiva y estadísticamente significativa (gráfico 16)(tabla 14). El rasgo antisocial se asocia fuertemente con mayor nivel de riesgo a pesar de no ser frecuente en la muestra. Cuenta con la asociación

más pronunciada (OR = 2.38), por cada nivel de este rasgo aumenta en más del doble la probabilidad de mayor nivel de riesgo de consumo general. La asociación positiva entre los rasgos antisocial, narcisista e impulsivo y el riesgo de consumo de sustancias refleja un patrón consistente con la literatura, donde la desinhibición y los rasgos externalizantes son predictores clave de comportamientos de riesgo y consumo problemático. Una revisión de 66 metaanálisis que incluyó muestras de hasta 75,229 participantes encontró que, los rasgos altos de desinhibición (componente de rasgos impulsivo/antisocial en modelos dimensionales) y bajos niveles de amabilidad (rasgo relacionado con el componente antagonista del narcisismo) se relacionan consistentemente con trastornos por consumo de sustancias (45). Esto puede ser sugestivo que la propensión a desafiar normas sociales, falta de remordimientos y búsqueda de sensaciones que se podría canalizar en conductas de consumo problemático. Se puede concluir que el consumo general de sustancias se asocia con rasgos externalizantes, de desinhibición y no a aquellos sugestivos de patología severa. En el contexto de estudiantes de medicina, podría relacionarse a una forma de liberar presión ante el estrés del entorno académico y clínico (38). Además, rasgos de personalidad antisocial y narcisista podrían asociarse a una ilusión de invulnerabilidad y ausencia de consecuencias, subestimando los riesgos asociados al consumo (3).

El consumo de tabaco se asocia con rasgos externalizantes (antisocial e impulsivo) y de desregulación emocional (límite y esquizotípico en menor medida). El rasgo antisocial muestra la asociación más fuerte (OR = 3,3; IC 95% 1,7–6,5; $p < 0,001$). Los rasgos límite (OR = 1,6; IC 95% 1,2–2,2; $p = 0,0023$), esquizotípico (OR = 1,7; IC 95% 1,1–2,7; $p = 0,0225$) e impulsivo (OR = 1,5; IC 95% 1,1–2,0; $p = 0,0216$) también presentan tendencias positivas significativas (gráfico 18)(tabla 15). Los rasgos externalizantes podrían reflejar, similar al riesgo general, una necesidad de desinhibición y un posible componente de integración en grupos sociales (38,45). Por su parte, estudios han demostrado que la afectividad negativa, característica de los rasgos de desregulación emocional, puede favorecer el uso de nicotina como estrategia para manejar estados emocionales adversos (44,46). Por otro lado, la asociación entre el rasgo antisocial y el tabaco ha sido ampliamente documentada. Un estudio realizado en 1.660 individuos con trastorno antisocial y 6.640 controles mostró que las personas con este trastorno tienen mayor probabilidad de desarrollar trastorno por uso de tabaco y de participar en patrones de consumo riesgosos (OR = 1,88), incluso al considerar simultáneamente criterios de otros trastornos por uso de sustancias (47).

El consumo de alcohol muestra el patrón de asociación más amplio. Se asocia significativamente con rasgos externalizantes como antisocial (OR = 2,45; IC 95% 1,26–4,77; $p = 0,0078$), impulsivo (OR = 1,52; IC 95% 1,11–2,08; $p = 0,0094$) e histriónico (OR = 1,47; IC 95% 1,10–1,98; $p = 0,0108$), sin embargo, también se asocia con rasgos internalizantes como dependiente (OR = 1,41; IC 95% 1,02–1,93; $p = 0,0358$) (gráfico 19)(tabla 16). Esto refleja un motivo dual de consumo: Estos hallazgos sugieren un motivo dual para el consumo de alcohol. En relación con los rasgos externalizantes, el consumo podría estar impulsado por la búsqueda de sensaciones placenteras, desinhibición, ruptura de normas e impulsividad. Por otro lado, los individuos con rasgos dependientes podrían recurrir al alcohol como mecanismo para mitigar la ansiedad en contextos sociales, aumentando su seguridad, facilitando la conexión y pertenencia al grupo.

Hallazgos en la literatura refuerzan estas hipótesis. El modelo teórico propuesto por Cooper et al. plantea dos motivos principales para beber: por refuerzo positivo, para incrementar emociones agradables, como la búsqueda de sensaciones y la desinhibición social (asociado a rasgos externalizantes) y por refuerzo negativo, para reducir emociones negativas, como la ansiedad o la tristeza (asociado a rasgos internalizantes como el dependiente) (48). Además, el rasgo impulsivo es un clásico factor de riesgo de consumo de alcohol. Shin et al. identificaron dos facetas de la impulsividad (urgencia y búsqueda de sensaciones) fueron identificados como factores consistentemente asociados mayor frecuencia de consumo, problemas y trastornos por consumo de alcohol (49). Sin embargo, hay que recordar que la impulsividad en mujeres está más relacionada con desregulación emocional de tipo internalizante como se indicó anteriormente (40). Finalmente, en individuos con rasgo histriónico, el alcohol puede cumplir un rol de desinhibidor que facilita la interacción social (3).

La relación entre rasgos de personalidad y consumo de cannabis muestra un patrón particularmente llamativo. A diferencia de otras sustancias, su uso no se vincula a rasgos externalizantes, sino a rasgos del espectro psicótico como el esquizotípico (OR = 1,96; IC 95% 1,13–3,29; $p = 0,0125$) y el paranoide (OR = 1,85; IC 95% 1,15–2,97; $p = 0,0102$), así como a rasgos de desregulación emocional como el límite (OR = 1,71; IC 95% 1,15–2,55; $p = 0,0079$) (gráfico 20)(tabla 17). Esto plantea la interrogante de si el cannabis constituye una estrategia de afrontamiento para modular experiencias internas caóticas y angustiantes, o si, por el contrario, actúa como un factor que potencia dichas vulnerabilidades. La literatura

respalda esta preocupación: múltiples estudios epidemiológicos (caso-control, transversales y longitudinales) evidencian una asociación entre consumo de cannabis y psicosis, siendo los estudios longitudinales los que sugieren una relación temporal donde el consumo precede al inicio de síntomas psicóticos. Un metaanálisis confirma que los consumidores presentan un 46% más de riesgo de psicosis respecto a no consumidores (OR: 1,46). Se ha propuesto que esta relación se explica por una susceptibilidad genética y un sustrato neurobiológico que aumentarían la sensibilidad a los efectos psicoactivos del THC (50). En este sentido, la asociación observada podría reflejar una vulnerabilidad compartida: predisposición tanto a rasgos esquizotípicos/paranoides como a experimentar los efectos del cannabis como particularmente significativos o atractivos.

En contraste con tabaco, alcohol y cannabis, las sustancias restantes exhiben perfiles homogéneos con más del 95% de casos en riesgo bajo, menos del 5% en moderado y riesgo alto marginal o nulo ($\leq 0.5\%$). Este patrón, donde el riesgo moderado no supera el 5% y el alto riesgo es marginal o nulo, sugiere que estas sustancias tienen un carácter accesorio en la población estudiada, limitando su análisis individual. Estos hallazgos son consistentes con patrones de consumo de sustancias por estudiantes de medicina a nivel mundial, donde el uso de drogas ilegales distintas al cannabis es sustancialmente menor (41). Los resultados y su respectivo análisis se pueden encontrar en anexos (Anexo 1).

Estas asociaciones deben interpretarse como asociaciones dado el diseño transversal del estudio, no permiten establecer direccionalidad ni causalidad. Es necesario realizar más estudios para conocer si estos rasgos predisponen al consumo o si el consumo modifica la expresión de rasgos.

Si bien esta muestra es adecuada para representar a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, no necesariamente refleja las características de la totalidad de estudiantes de medicina a nivel nacional o en otras instituciones. Esta limitación implica que los hallazgos del estudio deben interpretarse dentro del contexto específico de la facultad analizada. No obstante, esta investigación sienta las bases para futuros estudios con muestras más amplias y diversas que permitan una mayor generalización de los resultados a otras poblaciones estudiantiles. Si bien el cuestionario de Salamanca presenta una adecuada sensibilidad para la detección de rasgos de personalidad en población general, su carácter de prueba de screening limita la posibilidad de generalizar los resultados frente a métodos más específicos, como la entrevista clínica realizada por un

profesional entrenado. Asimismo, la clasificación tripartita de los rasgos, aunque respaldada por manuales y estudios previos y útil en este trabajo para caracterizar la población y establecer asociaciones significativas con niveles de riesgo, aún requiere validación. En particular, es necesario corroborar si una puntuación más alta se traduce efectivamente en una mayor presencia o gravedad del rasgo cuando se compara con métodos de referencia más rigurosos. Esta hipótesis cuenta con un sustento teórico sólido, dado el vínculo demostrado entre las categorías del DSM-5 y la CIE-10 con el Modelo de los Cinco Grandes (FFM) y la concepción de los rasgos como un continuo dimensional en la población. No obstante, se requieren investigaciones adicionales que pongan a prueba esta relación y fortalezcan la evidencia empírica.

Otra posible limitación del estudio es la sobrerrepresentación femenina en la muestra (66% mujeres frente al 34% de hombres), lo cual refleja la composición real de la facultad. Esta distribución podría enmascarar ciertos rasgos de personalidad y patrones de consumo más característicos en hombres. No obstante, se realizaron pruebas para controlar este posible sesgo: la prueba de Wilcoxon Rank-Sum permitió explorar diferencias entre sexos en los rasgos de personalidad. De este modo, aunque el desbalance por sexo constituye un aspecto a considerar, el control analítico realizado reduce su impacto sobre la interpretación de los resultados. En cuanto a la edad, la correlación de Spearman indicó que la edad no constituye un factor determinante en la expresión de rasgos de personalidad en la muestra estudiada.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- **Conclusiones del estudio**

En conclusión, este estudio identifica un perfil de personalidad distintivo en los estudiantes de medicina de la PUCE, caracterizado por una elevada presencia de rasgos de desregulación emocional (rasgos histriónico, límite y ansioso) y una baja expresión de rasgos disruptivos o psicóticos severos. Este perfil más que indicar psicopatología, parece ser una maladaptación a un entorno de alta exigencia académica y social propia de la formación médica, exacerbado por vulnerabilidades como rigidez cognitiva y la labilidad emocional. Este hallazgo es consistente con la literatura internacional en población universitaria del área de la salud.

En cuanto al consumo de sustancias, se confirma un patrón de consumo centrado en sustancias legales (alcohol y tabaco) y cannabis, de carácter predominantemente recreativo y socialmente normalizado. Este patrón refleja mayor accesibilidad y aceptación social, más que una búsqueda activa de drogas ilegales. La ubicación de más de la mitad de la muestra en riesgo moderado representa una ventana de oportunidad crítica para intervenciones preventivas tempranas, antes de que se establezcan patrones problemáticos. El consumo de cannabis, aunque menos prevalente, mostró asociaciones diferenciales y de mayor relevancia clínica.

La investigación demuestra que la relación entre personalidad y consumo es sustancia-específica y mediada por mecanismos psicológicos diferenciales. El consumo general se asocia a una triada de desinhibición (antisocial, narcisista, impulsivo), lo que sugiere conductas de riesgo vinculadas a transgresión de normas y búsqueda de sensaciones. El uso de alcohol presenta un patrón dual: refuerzo positivo en rasgos externalizantes (desinhibición social, búsqueda de sensaciones) y refuerzo negativo en rasgos internalizantes como el dependiente (reducción de ansiedad social). El tabaco se asocia con un perfil mixto con un componente de externalización (antisocial, impulsivo) posiblemente relacionado a desinhibición y búsqueda de sensaciones y otro componente de desregulación emocional (límite, esquizotípico). Se sugiere que la afectividad negativa propia de la desregulación emocional, refuerza el papel del tabaco como regulador de estados emocionales adversos, especialmente en mujeres. Por su parte, el cannabis mostró una asociación única y robusta con

rasgos esquizotípico, paranoide y límite, lo que concuerda con la evidencia epidemiológica que vincula su consumo con un mayor riesgo de psicosis, y plantea la interrogante de si actúa como estrategia maladaptativa de afrontamiento o como factor que exacerba una vulnerabilidad preexistente.

Estos hallazgos, aunque limitados por el diseño transversal y la especificidad de la muestra, brindan una evidencia empírica crucial para el contexto ecuatoriano. Justificados plenamente desde las perspectivas clínica, académica y de salud pública, los resultados sientan las bases para el diseño de programas de prevención temprana y acompañamiento estudiantil, específicos y culturalmente adaptados. Estas intervenciones deben estar dirigidas a manejar la desregulación emocional, proveer estrategias de afrontamiento saludables ante el estrés y desnormalizar el consumo recreativo, especialmente en grupos de mayor vulnerabilidad identificados. Así, este trabajo no solo contribuye al conocimiento científico, también aporta a la creación de herramientas prácticas para proteger el bienestar de los futuros médicos y, por extensión, garantizar la calidad y seguridad de la atención que brindarán a la sociedad.

- **Recomendaciones y perspectivas a futuro**

Los hallazgos de este estudio, aunque condicionados por las limitaciones de un diseño transversal y la especificidad de la muestra, aportan evidencia empírica valiosa para el contexto ecuatoriano. Si bien no es posible establecer direccionalidad ni causalidad, las asociaciones identificadas permiten generar hipótesis relevantes que deberán ser contrastadas mediante estudios longitudinales, con el fin de esclarecer si ciertos rasgos de personalidad predisponen al consumo de sustancias o si, por el contrario, es el consumo el que modifica la expresión de los rasgos.

En cuanto a la población, los resultados reflejan con precisión a los estudiantes de Medicina de la PUCE, pero no necesariamente son extrapolables a otras facultades o universidades del país. Por ello, se recomienda la ampliación de futuras investigaciones a muestras más diversas y representativas a nivel nacional, que permitan consolidar la generalización de los hallazgos y fortalecer su aplicabilidad en distintos contextos académicos.

Respecto al instrumento utilizado, el cuestionario de Salamanca demostró utilidad en la caracterización de rasgos de personalidad en población normal, sin embargo su naturaleza

de herramienta de screening lo limita a comparación con métodos de referencia más específicos, como la entrevista clínica estructurada. Asimismo, la clasificación tripartita empleada, aunque respaldada por estudios previos y efectiva para caracterizar la población y establecer asociaciones significativas, requiere aún procesos de validación y contrastación empírica en nuestro medio. En particular, es necesario corroborar si una puntuación más alta se traduce efectivamente en una mayor presencia o gravedad del rasgo cuando se compara con métodos de referencia más rigurosos. Esta hipótesis cuenta con un sustento teórico sólido, dado el vínculo demostrado entre las categorías del DSM-5 y el CIE-10 con el Modelo de los Cinco Grandes (FFM) y la concepción de los rasgos como un continuo dimensional en la población. Este tema puede ser motivo de nuevos estudios, necesarios para robustecer la evidencia empírica que respalde su aplicación en este tipo de contextos.

Este trabajo trasciende el simple hecho de confirmar asociaciones universales: su originalidad radica en caracterizar cómo estas se expresan en una población latinoamericana de alto rendimiento académico, un grupo con particularidades socioculturales y psicosociales propias. En este sentido, los resultados justifican plenamente el diseño de programas de prevención culturalmente adaptados y específicos que prioricen: El fortalecimiento de habilidades de regulación emocional y afrontamiento del estrés, para mitigar la desregulación internalizante. La desnormalización del consumo recreativo de alcohol y tabaco como estrategias únicas de socialización o alivio. La detección temprana de estudiantes con rasgos esquizotípicos y paranoides, a fin de brindar psicoeducación sobre los riesgos específicos del consumo de cannabis. El abordaje diferencial por sexo, ofreciendo a las mujeres espacios seguros donde puedan recibir apoyo frente a la ansiedad y el estrés sin recurrir a la automedicación.

En conjunto, este estudio no solo contribuye al conocimiento científico al refinar la comprensión de la personalidad como factor de riesgo contextualmente modulado, sino que también constituye una herramienta práctica y éticamente necesaria para proteger el bienestar de los futuros médicos. Sus resultados respaldan la implementación de programas de acompañamiento estudiantil y prevención temprana, con implicaciones directas en la calidad de la formación médica y, en consecuencia, en la seguridad y eficacia del sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iglesia, A. J. V., Lezcano, C. A. V., Martínez, D. H., Gómez, A. E. Á., & Pita, G. D. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 1-5.
2. Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
3. Stern, T. A., Fava, M., Wilens, T. E., & Rosenbaum, J. F. (Eds.). (2017). *Tratado de psiquiatría clínica*. Hospital General de Massachusetts: Ciencias de la Salud Elsevier.
4. Vélez, A. (2004). *Fundamentos de medicina: psiquiatría*.
5. Noroña Salcedo, D. R., Mosquera Hernández, V. C., & Laica Hernández, V. G. (2022). Análisis del consumo de drogas en estudiantes universitarios en Quito (Ecuador). *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), 83-98.
6. Mejía, C. R., Vargas, M., Talledo-Ulfe, L., Rodríguez, C. A., Benites-López, K. E., Payano-Chumacero, K., et al. (2016). Factores asociados a la dependencia del alcohol y el tabaco en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas, 2015. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 54(4). <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000400004>
7. Piloso Delgado, G. E. (2024). Estrés académico y uso inadecuado de medicamentos en estudiantes en la carrera de medicina de la ULEAM, años 2023-2024 [Tesis de licenciatura, Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí]. Repositorio institucional.
8. Campaña Granda, C. M. (2019). Identificación del consumo de alcohol y su relación con el rendimiento académico y apoyo familiar en estudiantes de la Facultad de Medicina de la PUCE, primero a cuarto semestre [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/6cd7d6ca-5325-4f61-ae7e-c8b63e019125/content>
9. Barba Guzmán, C. V., García Ramos, D. C., & Jiménez Sánchez, A. (2022). Características de los trastornos de personalidad y consumo de alcohol. *Mediciencias UTA*.
10. Organización Panamericana de la Salud. (2023). Abuso de sustancias.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023). Estadísticas vitales: Registro estadístico de defunciones generales de 2022. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Principales_resultados_EDG_2022.pdf
12. Phinder-Puente, M. E., Sánchez-Cardel, A., Romero-Castellanos, F., Vizcarra-García, J., & Sánchez-Valdivieso, E. A. (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Invertir Educa Med*, 3(11), 139-146.
13. Cruz, C. (2019). Teorías de la personalidad a lo largo de la historia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 36(3/4), 119-130.
14. Sinisterra, M. M., Cruz, J. P., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad: Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 3(2), 81-107.
15. Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 606-613.
16. Gamba, F., Graziola, M., Marino, J., Urgorri, M., & Castellaro, M. A. (2020). Los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, 23, 11-20.
17. Vásquez, E. (2020). Rasgos y personalidad: Conceptos generales y su papel en los trastornos de personalidad. *Revista Latinoamericana de Personalidad*, 1(1), 42-53.
18. Del Valle, M., Zamora, E. V., Khalil, Y., & Altamirano, M. (2020). Rasgos de personalidad y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Revista Psicodebate*, 20(1), 56-67.
19. Caballo, V., Guillén, J., & Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: Interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.
20. Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1326-1342.
21. Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Zimmerman, M. (2017). La taxonomía jerárquica de la psicopatología

- (HiTOP): Una alternativa dimensional a las nosologías tradicionales. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-468.
22. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890.
23. De la Fuente, G. H. (2018). *Salud mental y medicina psicológica*. McGraw-Hill.
24. Chagua Alcántara, M. G., & Hinostraza Félix, S. P. (2024). Propiedades psicométricas del cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de la personalidad en estudiantes de educación superior de Huancayo [Tesis de licenciatura, Facultad de Humanidades, Escuela Académico Profesional de Psicología].
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14244/1/IV_FHU_501_TE_Chagua_Hinostraza_2024.pdf
25. Muñoz, I., Toribio, E., Carod-Artal, F. J., Peñas-Martínez, M. L., Ruiz, L., Domínguez, E., & Pedraza, I. (2013). Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: Estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Revista de Neurología*, 57(12), 529-534.
26. Alonso, A. C. (2014). Estudio de los rasgos de personalidad normal con el Cuestionario de Salamanca [Internet].
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/127314/DPPMMLHM_CalderoAlonsoA_RasgospersonalidadcuestionarioSalamanca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Pérez Urdániz, A., Rubio Larrosa, V., & Gómez Gazol, M. E. (2007). Cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de la personalidad [Instrumento].
<https://seetp.org/wp-content/uploads/2024/10/C>
28. Maldonado Marrugo, J. P. (2014). Caracterización de los trastornos de personalidad, impulsividad y riesgo de violencia en jóvenes de 18 a 20 años de edad en una fundación de reeducación de la ciudad de Cartagena [Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura].
<https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/ad3d4988-29a9-43a5-913b-ecbc0dc8e8fe/content>
29. Arévalo-Moreno, R. S., Meza-Rivera, O. A., & Méndez-Molina, Y. G. (2023). Rasgos de trastornos de personalidad en estudiantes de medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Santander y su relación con la escogencia de la especialidad médica en el lapso 2022-2023.

30. Mensalus. (2017). Conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes.
<https://mensalus.es/blog/infanto-juvenil/2017/11/conductas-de-riesgo-en-adolescentes-y-jovenes>
31. Dierker, L., & Mermelstein, R. (2010). Early emerging nicotine-dependence symptoms: A signal of propensity for chronic smoking behavior in adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 156(5), 818-822.
32. EL, I. P. (2010). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.
33. Díaz, M. M., Contreras, A. E. R., Gómez, B. P., Romano, A., Caynas, S., & García, O. P. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*, 33(5), 451-456.
34. National Institute on Drug Abuse. (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: Bases científicas de la adicción.
35. Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., Rey, G. N., Vélez, N. A. M., García, S. C., & Cisneros, D. P. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.
36. Robles, V. P., Iglesias, J. C., González, J. B., & Fernández, M. P. (2007). Relación entre consumo de alcohol y rasgos patológicos de personalidad en una muestra de alumnos universitarios. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 126-131.
37. Cabanach, R. G., Fernández-Cervantes, R., Souto-Gestal, A., & Suárez-Quintanilla, J. A. (2018). Regulación emocional y estrés en estudiantes universitarios de fisioterapia. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 167-178.
38. Newbury-Birch, D., White, M., & Kamali, F. (2000). Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(2), 125-130.
39. Costa, P. T. Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-331.
40. Cross, C. P., Copping, L. T., & Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137(1), 97-130.
41. Roncero, C., Egido, A., Rodríguez-Cintas, L., Perez-Pazos, J., Collazos, F., & Casas, M. (2015). Substance use among medical students: A literature review 1988–2013. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 109-121.

42. Torres, L. (2012). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de enfermería. *Medicina, Odontología y Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM*.
43. Cruz, J. S. (2020). Niveles de riesgo por consumo de alcohol en estudiantes de medicina en una universidad pública de México. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 7(14), 224-239.
44. Brady, K. T., & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 241-252.
45. Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
46. McLeish, A. C., Zvolensky, M. J., Marshall, E. C., & Leyro, T. M. (2009). Negative affectivity as a moderator of the association between smoking status and anxiety sensitivity, anxiety symptoms, and perceived health among young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(2), 111-116.
47. Low, A., Stiltner, B., Nunez, Y. Z., Adhikari, K., Deak, J. D., Pietrzak, R. H., ... Polimanti, R. (2024). Association patterns of antisocial personality disorder across substance use disorders. *Translational Psychiatry*.
48. Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990-1005.
49. Shin, S. H., Hong, H. G., & Jeon, S. M. (2012). Personality and alcohol use: The role of impulsivity. *Addictive Behaviors*, 37(1), 102-107.
50. Gage, S. H., Hickman, M., & Zammit, S. (2016). Association between cannabis and psychosis: Epidemiologic evidence. *Biological Psychiatry*, 79(7), 549-556.
51. Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2019). *Manual de medicina de Harrison (20.ª ed.)*. McGraw-Hill Education.
52. Corona, H. F., & Peralta, V. E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-conductas-riesgo-S0716864011703947>

53. Garofalo, C., & Wright, A. G. C. (2017). Abuso de alcohol, trastornos de la personalidad y agresión: La búsqueda de un mecanismo subyacente común. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.03.004>
54. Franco, R. G. A., & González, C. M. R. (2023). Trastornos de la personalidad en estudiantes de las carreras de salud de una universidad pública de Paraguay, año 2021. *Arandu Poty*, 2(2), 2-7.
55. Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
56. Moreno, L. (2017). Prevalencia de trastornos de personalidad en estudiantes de quinto año de la Facultad de Ciencias [Tesis]. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10679.pdf
57. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). http://www.seccatid.gob.gt/images/Docs_CTA/Assist-la-prueba-de-deteccion.pdf
58. Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., et al. (2002). El diagnóstico limítrofe: Implicaciones para la investigación y el tratamiento. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 205-214.
59. Keyes, K. M., Hasin, D. S., Ogburn, E., et al. (2011). Evidencia de una disminución de la brecha de género en el consumo, abuso y dependencia del alcohol en Estados Unidos. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 83-90.
60. Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Schinka, J. A. (2008). Patología externalizante y el modelo de cinco factores: Un metaanálisis de los rasgos de personalidad asociados con el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por consumo de sustancias y su coexistencia. *Revista de Trastornos de la Personalidad*, 22(4), 365-388.

ANEXOS

Anexo 1.

Interpretación de resultados de sustancias con baja frecuencia

- **Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sustancias específicas de baja frecuencia.**

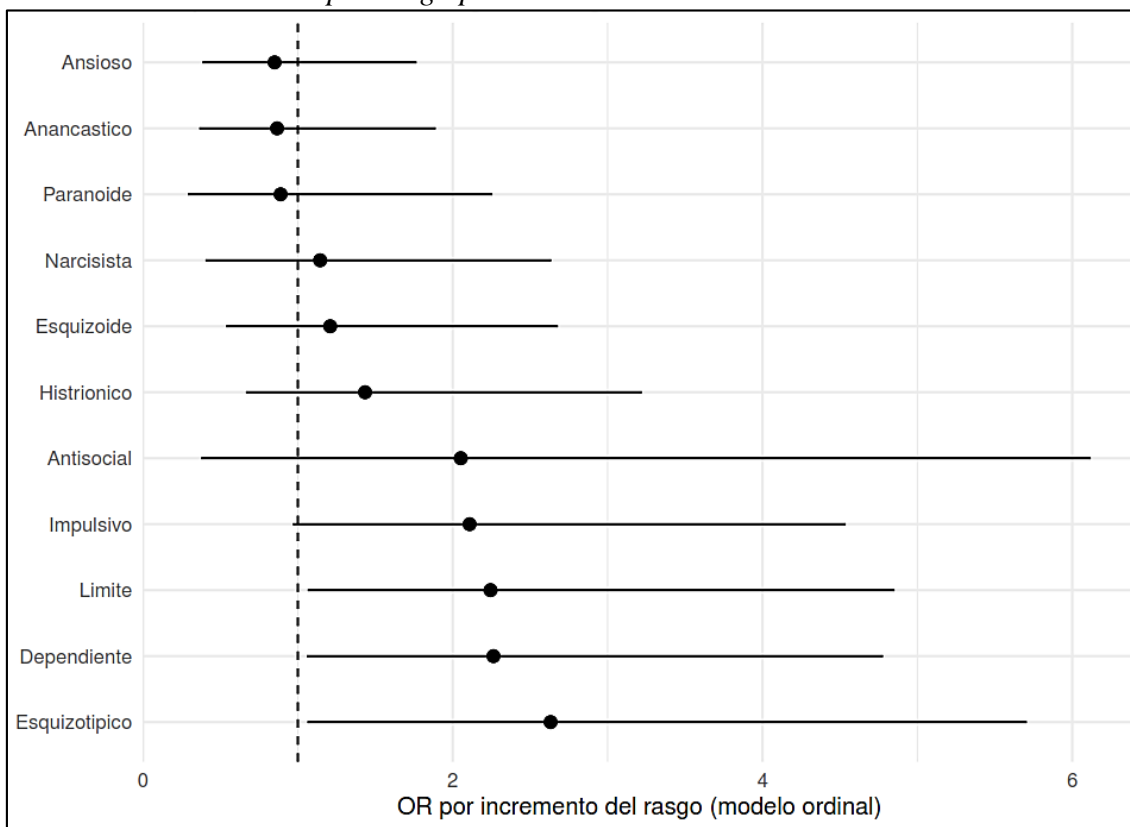
En contraste con tabaco, alcohol y cannabis que muestran una alta frecuencia en nivel de riesgo de consumo moderado o alto, las sustancias restantes exhiben perfiles homogéneos con más del 95% de casos en riesgo bajo, menos del 5% en moderado y riesgo alto marginal o nulo ($\leq 0.5\%$) (tabla 8). Las drogas comúnmente consideradas "duras" (cocaína, opiáceos) muestran riesgo mínimo, con solo 1-2 casos en riesgo alto ($\leq 0.5\%$). En el caso de sedantes, no hay población en riesgo alto de consumo ($n=0$). La baja frecuencia en categorías de alto riesgo genera distribuciones asimétricas que comprometen la fiabilidad de las estimaciones, requiriendo cautela en la interpretación de efectos. Este patrón, donde el riesgo moderado no supera el 5% y el alto riesgo es marginal o nulo, sugiere que estas sustancias tienen un carácter accesorio en la población estudiada, limitando su análisis individual.

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de cocaína

Se obtuvieron tres posibles rasgos asociados a un mayor nivel de riesgo de consumo de cocaína. Los rasgos esquizotípico ($OR=2,63$), dependiente ($OR=2,26$) y límite ($OR=2,24$), mostraron un aumento mayor al doble de ascender a una categoría superior de consumo por cada rasgo. Estos rasgos cuentan con efectos consistentes en ambos métodos y significancia estadística. Los hallazgos deben interpretarse con precaución debido a posibles distorsiones en la magnitud de los efectos, ya que la prevalencia de consumidores en riesgo moderado es del 2,52% y en alto riesgo es marginal (0.5%; $n=2$).

Gráfico 21.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de cocaína.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 18.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de cocaína

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
esquizotípico	0,135	0,0071	0,968	2,632	(1,062 - 5,706)	0,0202
dependiente	0,094	0,0612	0,817	2,263	(1,058 - 4,778)	0,0306
limite	0,118	0,0192	0,808	2,244	(1,064 - 4,852)	0,0336
impulsivo	0,108	0,0316	0,746	2,109	(0,968 - 4,537)	0,0541
antisocial	0,074	0,141	0,719	2,052	(0,376 - 6,119)	0,273
histriónico	0,046	0,356	0,36	1,434	(0,665 - 3,221)	0,363
esquizoide	0,017	0,733	0,19	1,209	(0,537 - 2,679)	0,638
ansioso	-0,024	0,636	-0,162	0,85	(0,384 - 1,766)	0,671
anancastico	-0,012	0,805	-0,143	0,866	(0,364 - 1,89)	0,728
narcisista	0,013	0,8	0,135	1,144	(0,404 - 2,636)	0,772
paranoide	-0,019	0,702	-0,118	0,889	(0,29 - 2,256)	0,817

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05 . 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: $\exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05 .

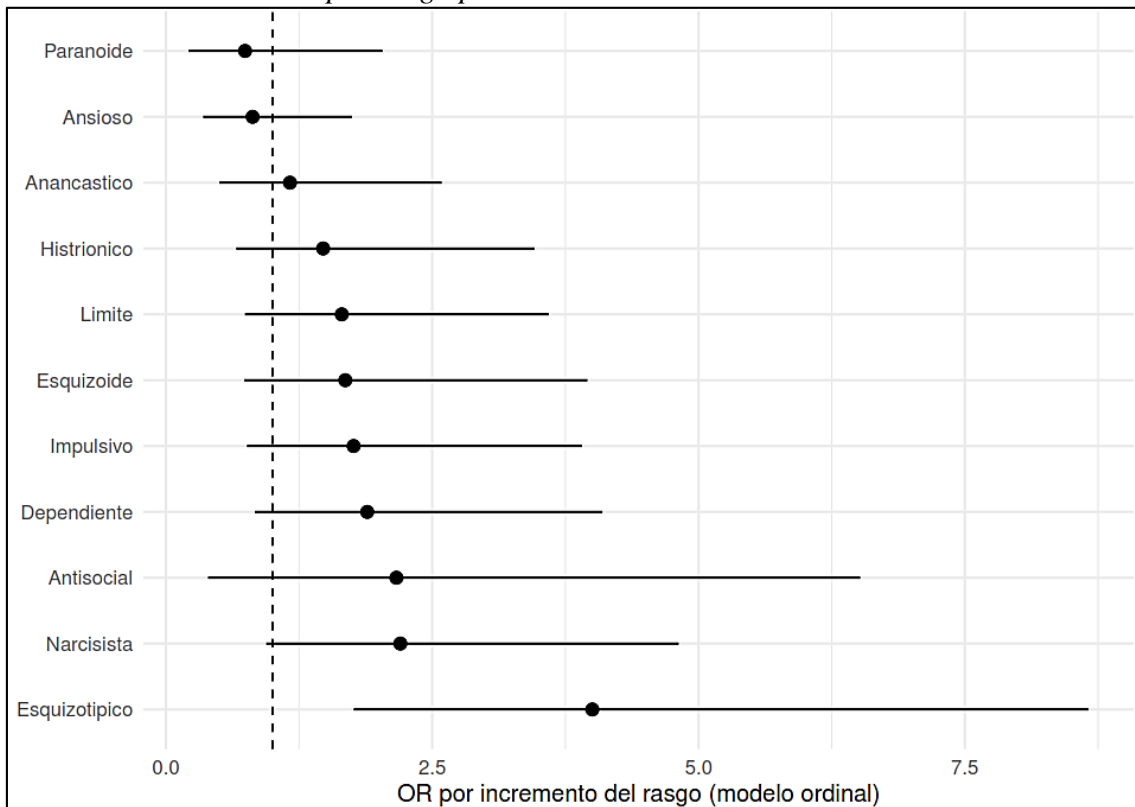
Nota: Elaborado por el autor*

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de estimulantes

Se obtuvo un posible rasgo asociado a un mayor nivel de riesgo de consumo de estimulantes. El rasgo esquizotípico (OR=4,00) exhibió un aumento en cuatro veces de ascender a una categoría superior de consumo, contando con efectos consistentes en ambos métodos y significancia estadística. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a posibles distorsiones en la magnitud de los efectos, ya que la prevalencia de consumidores en riesgo moderado es del 2,52% y en alto riesgo es marginal (0.25%; n=1).

Gráfico 22.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de estimulantes.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 19.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de estimulantes

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
esquizotípico	0,196	0,0000861	1,387	4,003	(1,764 - 8,661)	0,000468
narcisista	0,095	0,0575	0,789	2,201	(0,943 - 4,812)	0,0524
dependiente	0,07	0,165	0,636	1,89	(0,836 - 4,097)	0,109
impulsivo	0,072	0,155	0,566	1,762	(0,762 - 3,905)	0,166
límite	0,072	0,152	0,501	1,651	(0,743 - 3,595)	0,204
esquizoide	0,054	0,283	0,521	1,684	(0,736 - 3,956)	0,217
antisocial	0,079	0,114	0,772	2,164	(0,396 - 6,517)	0,241
histrionico	0,048	0,344	0,389	1,476	(0,661 - 3,46)	0,348
paranoide	-0,037	0,458	-0,297	0,743	(0,212 - 2,033)	0,597
ansioso	-0,03	0,553	-0,206	0,814	(0,351 - 1,746)	0,606
anancastico	0,028	0,582	0,153	1,165	(0,501 - 2,588)	0,71

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: $\exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

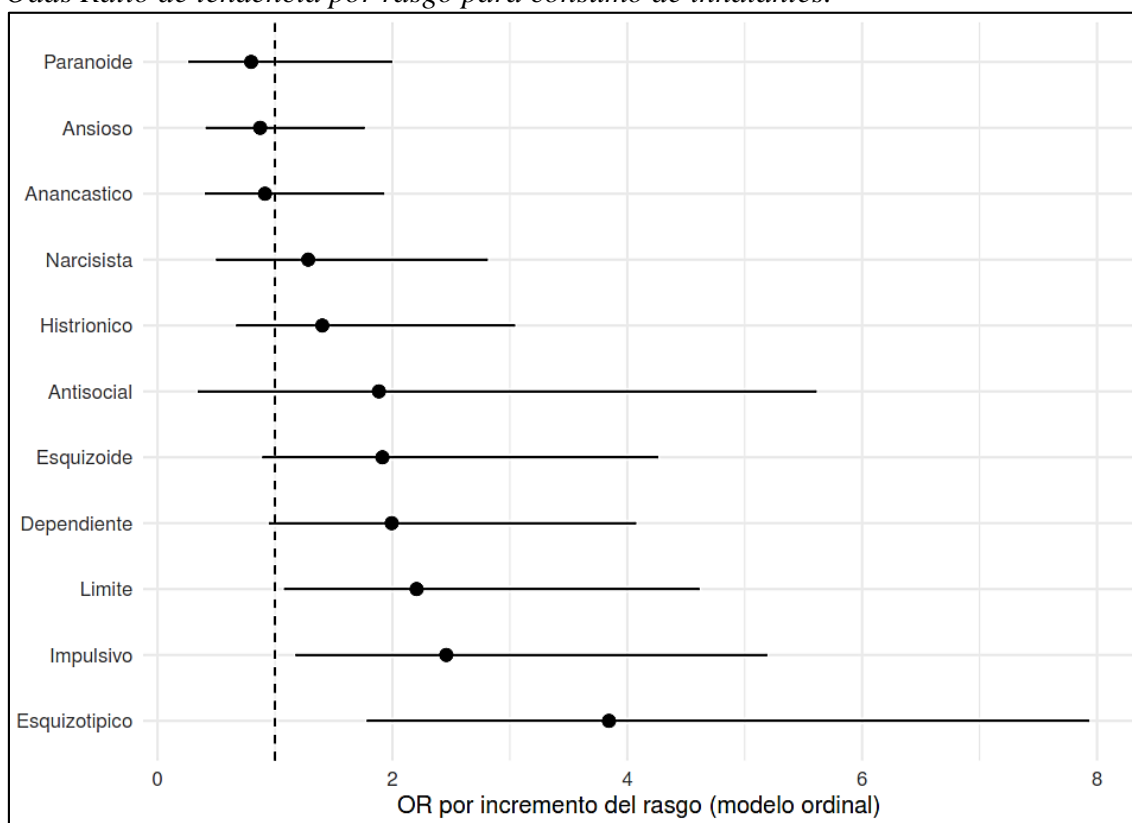
Nota: Elaborado por el autor*

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de inhalantes

Se obtuvieron tres posibles rasgos asociados a un mayor nivel de riesgo de consumo de inhalantes. El rasgo esquizotípico (OR=3,84) exhibió un aumento en casi tres veces de ascender a una categoría superior de consumo. Por su parte los rasgos: impulsivo (OR=2.46) y límite (OR=2,21) mostraron un aumento de más del doble en un mayor consumo de inhalantes. Ambos rasgos contaron con efectos consistentes en ambos métodos y significancia estadística. Estos hallazgos deben interpretarse con precaución debido a posibles distorsiones en la magnitud de los efectos, ya que la prevalencia de consumidores en riesgo moderado es del 3,02% y el alto riesgo es marginal (0.25%; n=1).

Gráfico 23.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de inhalantes.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 20.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de inhalantes

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β_{trend}	OR_trend	IC 95%	p_trend
esquizotípico	0,208	0,0000302	1,346	3,844	(1,782 - 7,934)	0,000309
impulsivo	0,129	0,0103	0,9	2,459	(1,175 - 5,192)	0,0159
limite	0,113	0,0248	0,791	2,206	(1,078 - 4,615)	0,0302
dependiente	0,093	0,0635	0,69	1,994	(0,948 - 4,075)	0,0591
esquizoide	0,081	0,108	0,65	1,915	(0,893 - 4,264)	0,0987
antisocial	0,066	0,189	0,634	1,885	(0,343 - 5,611)	0,336
histriónico	0,046	0,365	0,339	1,403	(0,67 - 3,044)	0,373
narcisista	0,032	0,527	0,25	1,283	(0,499 - 2,811)	0,562
paranoide	-0,015	0,762	-0,227	0,797	(0,262 - 1,999)	0,654
ansioso	-0,024	0,64	-0,134	0,874	(0,411 - 1,763)	0,713
anancastico	-0,005	0,928	-0,089	0,915	(0,404 - 1,93)	0,964

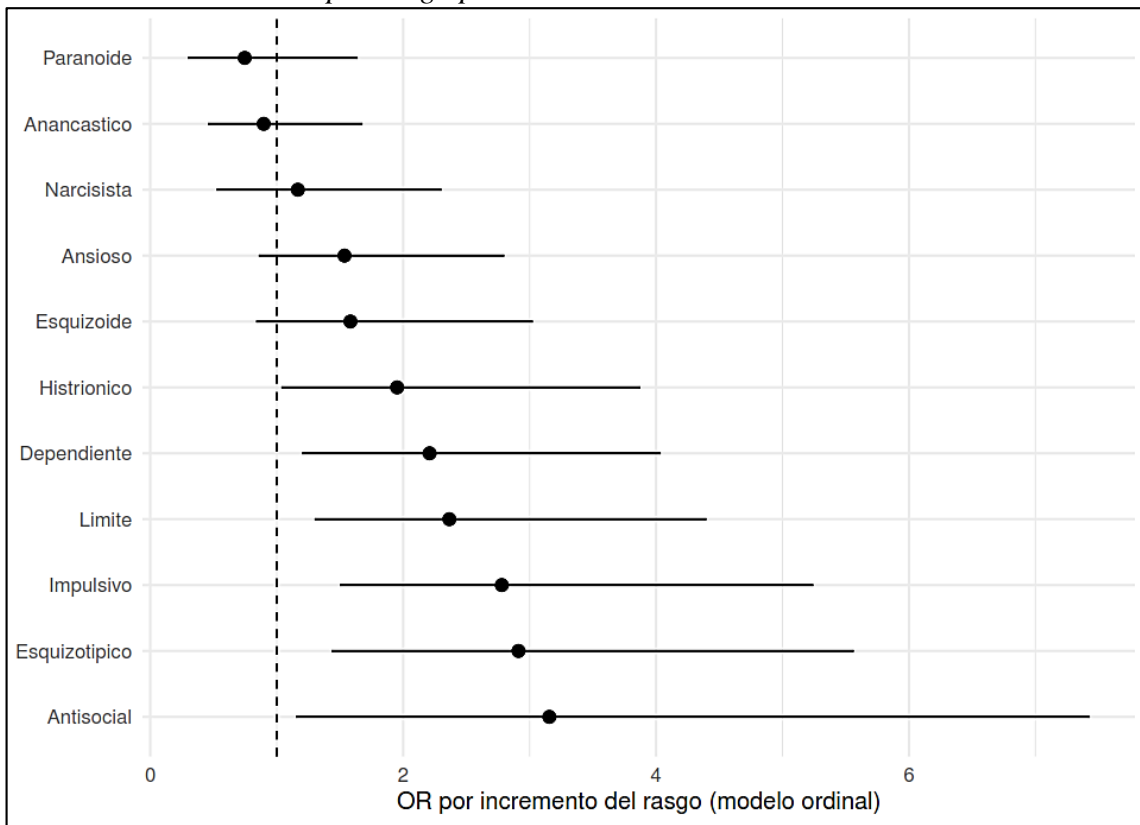
1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β_{trend} : coeficiente estimado. OR_trend: $exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

Nota: Elaborado por el autor*

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de sedantes

Se obtuvieron seis posibles rasgos asociados a un mayor nivel de riesgo de consumo de sedantes. El rasgo impulsivo (OR=2.78), límite (OR=2,37), dependiente (OR=2,21) y esquizotípico (OR=2,91) mostraron un aumento de más del doble en un mayor consumo de inhalantes. Por su parte el rasgo antisocial (OR=3,16) y el rasgo histriónico (OR=1,95) mostraron un aumento mayor al triple y de casi el doble en mayor consumo, respectivamente. Todos los rasgos contaron con efectos consistentes en ambos métodos y significancia estadística. Estos hallazgos deben interpretarse con suma precaución debido a ausencia de consumidores en riesgo alto (n=0) y prevalencia de consumidores en riesgo moderado de apenas el 4,28%, que puede predisponer a la distorsión de en la magnitud de los efectos.

Gráfico 24.
Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de sedantes.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 21.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de sedantes

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
impulsivo	0,16	0,00138	1,022	2,78	(1,5 - 5,244)	0,00121
esquizotípico	0,148	0,00304	1,069	2,912	(1,434 - 5,564)	0,00165
limite	0,155	0,002	0,861	2,365	(1,3 - 4,399)	0,00513
dependiente	0,15	0,00281	0,793	2,209	(1,2 - 4,037)	0,0096
antisocial	0,133	0,00816	1,149	3,156	(1,151 - 7,43)	0,0122
histrionico	0,104	0,038	0,669	1,952	(1,037 - 3,876)	0,0443
ansioso	0,073	0,149	0,429	1,536	(0,858 - 2,8)	0,15
esquizoide	0,069	0,171	0,459	1,583	(0,837 - 3,026)	0,157
paranoide	-0,026	0,603	-0,292	0,747	(0,296 - 1,64)	0,497
narcisista	0,012	0,807	0,155	1,167	(0,523 - 2,304)	0,677
anancastico	-0,018	0,726	-0,108	0,897	(0,456 - 1,678)	0,741

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: $\exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

Nota: Elaborado por el autor*

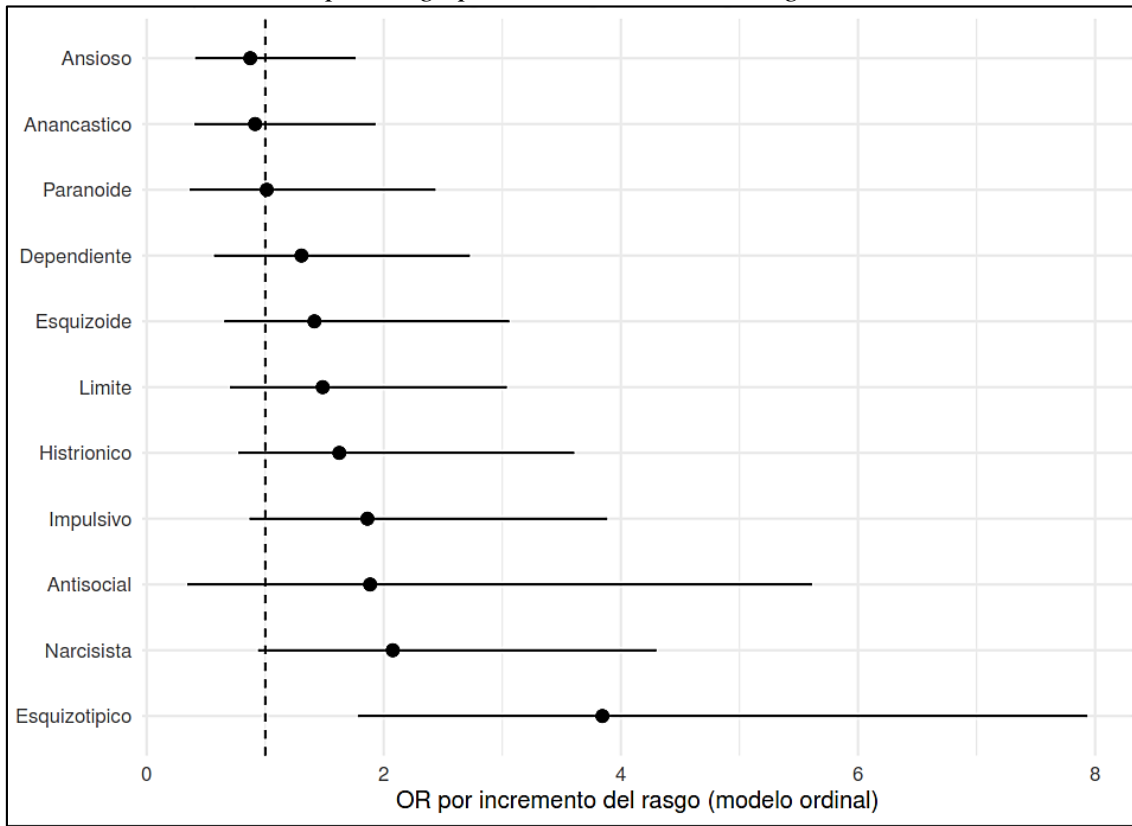
- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de alucinógenos

Se obtuvo un posible rasgo asociado a un mayor nivel de riesgo de consumo de estimulantes.

El rasgo esquizotípico (OR=3,84) exhibió un aumento mayor a tres veces de ascender a una categoría superior de consumo, contando con efectos consistentes en ambos métodos y significancia estadística. Estos hallazgos deben interpretarse con precaución debido a posibles distorsiones en la magnitud de los efectos, ya que la prevalencia de consumidores en riesgo moderado es del 3,02% y el alto riesgo es marginal (0.25%; n=1).

Gráfico 25.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de alucinógenos.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 22.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de alucinógenos

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β _trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
esquizotípico	0,208	0,000302	1,346	3,844	(1,782 - 7,934)	0,000309
narcisista	0,098	0,0509	0,731	2,076	(0,941 - 4,299)	0,0547
impulsivo	0,092	0,068	0,622	1,862	(0,869 - 3,884)	0,0981
histriónico	0,064	0,204	0,485	1,625	(0,773 - 3,606)	0,21
limite	0,063	0,209	0,395	1,485	(0,704 - 3,037)	0,281
antisocial	0,066	0,189	0,634	1,885	(0,343 - 5,611)	0,336
esquizoide	0,038	0,456	0,347	1,415	(0,656 - 3,058)	0,37
dependiente	0,031	0,535	0,267	1,306	(0,57 - 2,725)	0,495
ansioso	-0,02	0,697	-0,134	0,874	(0,411 - 1,763)	0,713
anancastico	-0,005	0,928	-0,089	0,915	(0,404 - 1,93)	0,821
paranoide	-0,019	0,705	0,013	1,013	(0,364 - 2,435)	0,978

1) Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: $\exp(\beta)$, cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.

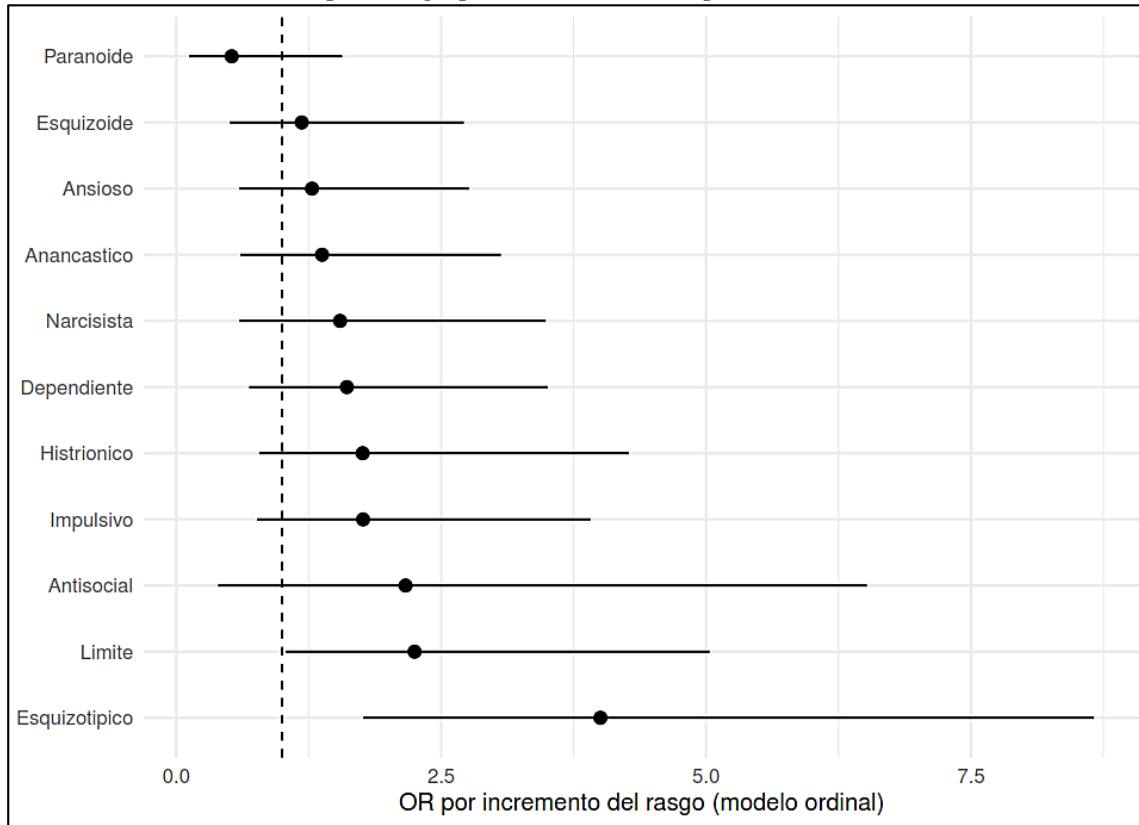
Nota: Elaborado por el autor*

- Relación entre rasgos de personalidad y nivel de riesgo de consumo de opiáceos

Se obtuvieron dos posibles rasgos asociados a un mayor nivel de riesgo de consumo de opiáceos. El rasgo limite (OR=2.25) y esquizotípico (OR=4,00) mostraron un aumento de más del doble y del cuádruple en un mayor consumo de inhalantes, respectivamente. Ambos rasgos contaron con efectos consistentes en ambos métodos y significancia estadística. Los hallazgos para consumo de opioides deben interpretarse con precaución debido a posibles distorsiones en la magnitud de los efectos, ya que la prevalencia de consumidores en riesgo moderado es del 2,52% y el alto riesgo es marginal (0.25%; n=1).

Gráfico 26.

Odds Ratio de tendencia por rasgo para consumo de opiáceos.



Nota: Elaborado por el autor*

Tabla 23.

Relación entre rasgos de personalidad y nivel de consumo de opiáceos

rasgo	spearman_rho	spearman_p	β_trend	OR_trend	IC 95%	p_trend
esquizotipico	0,196	0,0000861	1,387	4,003	(1,764 - 8,661)	0,000468
limite	0,111	0,0265	0,81	2,249	(1,035 - 5,032)	0,0406
impulsivo	0,085	0,0891	0,567	1,763	(0,763 - 3,909)	0,166
histrionico	0,068	0,173	0,565	1,759	(0,783 - 4,271)	0,184
antisocial	0,079	0,114	0,772	2,164	(0,396 - 6,517)	0,241
dependiente	0,058	0,25	0,476	1,61	(0,689 - 3,505)	0,241
paranoide	-0,05	0,322	-0,649	0,523	(0,121 - 1,565)	0,303
narcisista	0,034	0,504	0,435	1,546	(0,595 - 3,486)	0,322
anancastico	0,052	0,305	0,319	1,376	(0,605 - 3,062)	0,432
ansioso	0,034	0,495	0,247	1,281	(0,594 - 2,763)	0,52
esquizoide	0,017	0,732	0,169	1,184	(0,506 - 2,713)	0,688

1) *Correlación ordinal(Spearman): spearman_rho: fuerza y dirección de asociación. spearman_p: significativa si < 0.05. 2) Regresión logística ordinal: β _trend: coeficiente estimado. OR_trend: exp(β), cambio relativo en odds en una categoría superior. p_trend: tendencia válida si < 0.05.*

*Nota: Elaborado por el autor**