

# Conducta y personalidad disociales en estudiantes de medicina: implicancias para la educación médica peruana

## Dyssocial behavior and personality in medical students: implications for Peruvian medical education

Alberto Perales<sup>1</sup>, Elard Sánchez<sup>1</sup>, Lorenzo Barahona<sup>1</sup>, Miguel Oliveros<sup>1</sup>, Eric Bravo<sup>1</sup>, Alfonso Mendoza<sup>1</sup>, William Aguilar<sup>1</sup>, Juan Carlos Ocampo<sup>2</sup>, Miguel Pinto<sup>3</sup>, Ivón Orellana<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Médico Residente, Programa de Segunda Especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

### Correspondencia:

Alberto Perales

Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Av. Grau 755, Lima 01, Perú.  
perales.alberto@gmail.com

**Recibido:** 10 de marzo 2018

**Aprobado:** 10 de agosto 2018

**Conflictos de interés:** ninguno.

### Fuentes de financiamiento:

Proyecto "Salud Mental en alumnos recién ingresados a la Facultad de Medicina". Consejo Superior de Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Código 150120141.

**Citar como:** Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Mendoza A, Aguilar W, Ocampo JC, Pinto M, Orellana I. Conducta y personalidad disociales en estudiantes de medicina: implicancias para la educación médica peruana. *An Fac med.* 2018;79(3):238-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i3.15018>

*An Fac med.* 2018;79(3):238-43. / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i3.15018>

### Resumen

Investigaciones previas sobre conducta suicida realizadas en estudiantes de medicina hallaron, como variable asociada, una alta prevalencia de vida (PV) de indicadores de conducta disocial. Tal resultado obliga a sospechar presencia de personalidad de este tipo en dicha población. Con el objetivo de aportar nuevos elementos que complementen los estudios previos, el presente artículo analiza el concepto de personalidad disocial y discute los resultados de un estudio piloto que evaluó su presencia en una muestra de alumnos recién ingresados a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se encontró que de 175 estudiantes, 33 resultaron positivos a indicadores de conducta disocial (19% de PV) durante una primera evaluación; de este grupo, 30 se presentaron a una segunda evaluación diagnóstica, de los cuales cinco superaron el punto de corte para personalidad disocial, y 11 obtuvieron puntaje de sospecha de tal desarrollo. Sobre estos resultados sugerimos que la universidad debiera aceptar la responsabilidad de continuar investigando esta área, crear intervenciones preventivo-terapéuticas tempranas e innovaciones curriculares para reducir el riesgo de producir profesionales técnicamente bien entrenados pero con minusvalías morales.

**Palabras clave:** Estudiantes de medicina; Conducta; Trastorno de personalidad disocial

### Abstract

Previous studies on medical students' suicidal behavior found, as an associated variable, a high life-prevalence (LP) of dissocial behavior indicators. Such findings compel to suspect the presence of dissocial personality in that population. On the purpose to add knowledge to this problem, the present paper analyses the concept of dissocial personality and discusses the results of a pilot-study that evaluated its presence in recently admitted students to San Marcos University's School of Medicine. In the first evaluation, it was found that 33 out of 175 students resulted positive to dissocial behavior indicators (LP: 19%). From this group, 30 showed up for a second diagnostic evaluation; 5 exceeded the cut-off point to dissocial personality and 11 showed scores very close to it, raising suspiciousness of such development. Upon these results we claim the university must accept the responsibility to continue researching this area, create early preventive-therapeutic interventions and curricula innovations to reduce the risk of generating well trained professionals but morally handicapped.

**Keywords:** Students medical; Behavior; Antisocial personality disorder.

## INTRODUCCIÓN

Un estudio realizado el año 2010 sobre conducta suicida en estudiantes de la Facultad de Medicina (n=615) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)<sup>1</sup>, encontró una prevalencia de vida (PV) de intento suicida en el 4% de estudiantes, y entre las variables relacionadas al fenómeno suicida, un elevado porcentaje (19,2%) se presentó en aquellos con conductas disociales. Esta cifra está por encima de la registrada en población general, adolescentes (9,9%), y adultos jóvenes (15,4%) de Lima Metropolitana<sup>2</sup>. Estudios posteriores en las otras cuatro escuelas (enfermería, obstetricia, tecnología médica y nutrición) de la citada Facultad, bajo la misma metodología, obtuvieron también altas prevalencias de indicadores disociales<sup>3,4,5,6</sup>. Considerando que la población estudiantil médica, una vez finalizada su formación de pregrado asumirá la responsabilidad de atender vidas humanas, la presencia de conductas disociales podría convertirse en un riesgo para tal propósito.

En tal sentido, un posible planteamiento hipotético propondría que, de no modificar tales conductas disociales, dichos alumnos egresarían de la universidad con mayor probabilidad de incurrir en inconductas profesionales durante su desempeño laboral. De ser así, afectarían no sólo a los pacientes a su cargo sino, también, a la sociedad a la cual debieran servir. Bajo tal presunción y en vista de que tales indicios derivan de una encuesta de despistaje (primera medición), constituye una exigencia moral, científica y educativa, el evaluar si los datos de conducta disocial implican la presencia de personalidades disociales en la población estudiada.

Con el objetivo de aportar nuevos elementos que complementen los estudios previos, en el presente artículo se analiza el concepto de personalidad disocial y se discuten los resultados de un estudio piloto que evaluó su presencia en una muestra de alumnos de la UNMSM.

## PERSONALIDAD DISOCIAL, PSICOPÁTICA, ANTISOCIAL O SOCIOPÁTICA: DIFICULTAD CONCEPTUAL Y DE NOMENCLATURA

Las definiciones de trastorno de la personalidad anormal fueron sometidas a amplio debate a través de décadas, y

aún persiste actualmente; para unos como enfermedad, para otros como trastorno del desarrollo de la personalidad<sup>7</sup>. Los primeros avances, derivados de la clínica fenomenológica alemana, se acuñaron bajo la denominación de personalidad psicopática<sup>8</sup>.

Sobre el particular, Florenzano y Guerrero, apoyándose en los trabajos del psiquiatra alemán Kurt Schneider, destacan las dificultades de su comprensión diagnóstica y etiológica y señalan: "De acuerdo a los criterios de Schneider, los desórdenes de personalidad no constituyen enfermedades en sentido estricto por lo que no es posible etiquetarlas bajo un diagnóstico; no tienen una etiología en el sentido médico y su individualización sólo puede permitir o remitir a lo descriptivo"<sup>8</sup>. Sobre tal influjo de la psiquiatría europea, se advierte, desde la segunda mitad del siglo XX, la influencia de la psiquiatría americana. Inicialmente, tal diferencia se observa sobre la descripción clínica y, posteriormente, sobre los criterios diagnósticos exigidos para su identificación.

Dos autores han contribuido esencialmente a tal propósito. Primero, el psiquiatra americano Hervey M Cleckley, quién, en la Sección III de su libro "The Mask of Sanity", basado en estudios de casos, propone un perfil clínico distintivo describiendo sus principales características en la forma siguiente<sup>9</sup>:

1. Encanto superficial con "buen nivel de inteligencia"
2. Ausencia de delusiones u otros signos de pensamiento irracional
3. Ausencia de ansiedad u otras manifestaciones psiconeuróticas
4. Persona en quien no se puede confiar
5. Persona mentirosa o carente de sinceridad
6. Ausencia de remordimiento o vergüenza
7. Conducta antisocial sin motivos adecuados
8. Juicio pobre e incapacidad de aprender por experiencia
9. Egocentrismo patológico e incapacidad de amor (real)
10. Pobreza general en sus reacciones afectivas mayores
11. Incapacidad específica de insight
12. Incapacidad general de respuesta en sus relaciones interpersonales
13. Conductas repugnantes y con motivaciones fantásticas bajo efectos del alcohol y a veces sin ello

14. Intentos (o gestos suicidas manipulatorios) con excepcional desenlace fatal
15. Vida sexual impersonal, trivial, y pobremente integrada
16. Fracaso en seguir un proyecto de vida

El segundo autor, es el psicólogo canadiense Robert D Hare quién, basándose en la perspectiva clínica de Cleckley desarrolla un conjunto de instrumentos de evaluación diagnóstica, actualmente utilizados a nivel mundial. Entre ellos: la PCL (*Psychopathy CheckList* o lista de verificación de rasgos psicopáticos); la PCL-R (*Psychopathy CheckList Revised* o lista revisada de verificación de rasgos psicopáticos); la PCL- SV (versión de despistaje) y la PCL-YV (versión para población juvenil, 12-18 años)<sup>10</sup>.

Asimismo, Hare a través de cuestionarios específicos intenta deslindar el concepto de personalidad psicopática del trastorno de personalidad antisocial propuesto por la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana<sup>11</sup>. Para estos fines hay, sin embargo, autores que discuten el método de recojo de datos de investigación a través de autoreporte<sup>12</sup> mientras que otros sugieren incluir instrumentos de evaluación para informantes<sup>13</sup>.

Sobre la diferenciación clínica del concepto Douglas y Bore refieren que Karpman propuso un modelo bifactorial, para aclarar las diferencias entre psicopatía primaria y secundaria. En el primer factor, al cual llamó psicopatía primaria, destacó la insensibilidad hacia los otros, el egoísmo y las actitudes de manipulación; mientras que en el segundo, psicopatía secundaria, estaría caracterizado por alta impulsividad e inestabilidad emocional asociadas a un estilo de vida de auto-fracaso<sup>14</sup>.

Actualmente las clasificaciones internacionales de trastornos psiquiátricos han establecido criterios diagnósticos específicos aunque utilizando diversas denominaciones para su identificación. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, en el Capítulo de Enfermedades Mentales de su décima Clasificación Internacional de Enfermedades, lo denomina Trastorno disocial de la personalidad<sup>15</sup>. La Asociación Psiquiátrica de América Latina, en su Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, por su lado, la denomina Trastorno antisocial-psicopá-

tico de la personalidad<sup>16</sup>. Finalmente, en el 2013, la *American Psychiatric Association*, en su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5, utiliza el término personalidad antisocial; y al listar sus criterios diagnósticos destaca que sus características esenciales son: “sus menoscabos funcionales en las áreas del *self* e interpersonal, así como la presencia de rasgos patológicos de la personalidad”<sup>17</sup>.

Cabe precisar que para incrementar la dificultad conceptual ya existente, también se observa en algunas publicaciones especializadas la utilización del término personalidad sociopática<sup>18-22</sup> con lo cual el concepto y la nomenclatura del trastorno se complican aún más. Por ello, con propósito de uniformidad expositiva, consideraremos tales denominaciones como referidas a un mismo concepto nuclear.

## PERSONALIDAD DISOCIAL Y CONDUCTAS DISOCIALES EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

Respecto a estudios de prevalencia de personalidad disocial, antisocial, psicopática o sociopática y problemas de este tipo en población y escenarios universitarios, si bien la información específica no es muy abundante, es relevante para delimitar el problema.

Al respecto, Low *et al.*, determinó que una encuesta realizada el 2004 en universidades reveló la presencia de un alto número de hechos contra la ley y consumo de drogas ilícitas<sup>23</sup>. Muñoz *et al.*, reportó en población universitaria las siguientes prevalencias en hombres: 37,6% para psicopatía primaria, y 28% para psicopatía secundaria; por su parte, en mujeres se estima en 29,1% y 22,9%, respectivamente<sup>24</sup>. Asimismo, Hassall *et al.*, estudiaron 263 estudiantes de tercer año, 115 de la Escuela de Negocios y 148 de Psicología, empleando el *Self Report Hare Questionnaire* de Paulhus, Neuman y Hare. El estudio fue propuesto sobre la hipótesis de que los rasgos psicopáticos facilitaban el éxito profesional y académico, por lo cual las prevalencias serían mayores en los estudiantes de la Escuela de Negocios. Los resultados apoyaron esta tesis<sup>25</sup>.

Por su lado, Sinha y Watson estudiaron la prevalencia de trastornos de la

personalidad en universitarios de primer año. Utilizaron tres instrumentos: *Coolidge Axis II Inventory* (CATI); *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II); y *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Personality Disorder Scale* (MMPI-PD). Concluyeron que las prevalencias halladas son similares a las reportadas en población general<sup>26</sup>.

Michael *et al.* evaluó tendencias antisociales en 487 estudiantes universitarios a los cuales les aplicaron escalas de psicopatía primaria (PsP) y secundaria (PsS) a las que agregaron una escala de actos antisociales<sup>27</sup>. Los resultados de estas tres escalas fueron correlacionadas con otras dos: susceptibilidad al aburrimiento y a la desinhibición, pero sin búsqueda de experiencias de aventura y emoción. Los resultados mostraron asociación de PsS con rasgos de ansiedad, y que los predictores más fuertes de la acción antisocial fueron: la desinhibición, las PsP y PsS y el sexo, mientras que la búsqueda de aventura y emociones fueron predictores negativos. Con estos resultados los autores propusieron la tesis de que las psicopatías se expresan en una dimensión continua.

Entre las conductas asociadas a personalidades disociales se encuentra el abuso de alcohol y drogas. Patrick Sylvers *et al.*, estudiaron el episodio de ingesta alcohólica intensa definida como el consumo de cinco o más tragos en una sola reunión para los hombres y de cuatro o más para mujeres, a veces llamada convención 5/4 en estudiantes del Harvard College. Los resultados indicaron que casi el 44% reportó positivo a este tipo de episodios y el 19% haberlo hecho repetidas veces<sup>28</sup>.

En el Perú, hasta donde hemos podido conocer, no existen estudios sobre prevalencia de personalidad antisocial,

disocial, psicopática o sociopática en población universitaria. Por ello, nos permitimos comparar los resultados obtenidos de nuestros estudios<sup>1,3,4,5,6</sup> con los datos de las encuestas epidemiológicas realizadas en grupos etarios similares a la población universitaria en población general de Lima Metropolitana, por Savedra y col. el año 2002<sup>2</sup> (Tabla 1). Por otro lado, si bien es cierto que se dispone de una segunda encuesta epidemiológica realizada sobre la misma población en el 2012, la comparación con estos datos resulta más complicada por la decisión de los investigadores de analizar individualmente cada una de estas conductas y ya no globalmente<sup>29</sup>. En la tabla mostrada se aprecia que las PV de indicadores de conducta antisocial obtenidas en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, son mayores que las registradas en la Encuesta de Salud Mental en Lima Metropolitana.

Por otro lado, se ha informado que, en Estados Unidos, la prevalencia de personalidad antisocial es del 2% a 3% en la población general, tres a cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, así como, en niveles socioeconómicos bajos de áreas urbanas. En el contexto clínico también se señala una prevalencia del 2%, pero con la advertencia de que esta cifra puede incrementarse hasta 20% en hombres y 11% en mujeres de poblaciones clínicas especiales, tales como las drogodependientes y de centros de libertad condicional<sup>30</sup>. Por su parte, el DSM-IV, señala que la prevalencia puede variar entre 3% a 30% en poblaciones clínicas y aún a cifras más altas en poblaciones vinculadas a abuso de drogas, prisiones

Tabla 1. Salud mental en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana

	Medicina %	Enfermería %	Obstetricia %	Tecnología Médica %	Nutrición %	Encuesta Lima Adolescente %	Salud Mental Adultos %
Intento suicida	4	10,2	8,3	7,6	9,4	3,6	5,2
Ideación homicida	12,7	7,6	6,9	11	13,9	3,2	4,6
Indicadores de conducta antisocial	19,2	26,9	21,7	18,6	27,5	9,9	15,4
Riesgo de alcoholismo	7,3	4,2	3,1	4,7	5,2	-	-

y ámbitos forenses<sup>31</sup>. El DSM-5, por su lado, reporta que la más alta prevalencia de trastorno de personalidad antisocial (mayor a 70%) se encuentra entre hombres con trastornos por uso de alcohol y abuso de sustancias, de prisiones y otros ambientes forenses<sup>17</sup>.

## CONDUCTAS DISOCIALES EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNMSM

Un estudio piloto evaluó la conducta disocial en alumnos matriculados en el primer año de medicina de la UNMSM del periodo lectivo 2015 (n=175). Previo al inicio de clases se les informó sobre los resultados obtenidos en estudiantes de promociones anteriores respecto a conducta suicida. Se les invitó, luego, a participar en una encuesta similar, confidencial y previa firma del respectivo consentimiento informado. El total de alumnos aceptó responder el cuestionario de conducta suicida (ya validado y utilizado en los estudios previos)<sup>1</sup>. De este instrumento, estructurado en seis secciones, para el presente trabajo hemos extraído los datos correspondientes a la escala que examina PV de indicadores de conducta antisocial. Esta contiene 12 preguntas en total y su punto de corte es de cuatro o más respuestas positivas.

Los alumnos, que resultaron positivos en esta escala, fueron invitados a participar en una segunda evaluación separada de la primera por un periodo de dos semanas. En esta última, se utilizó un cuestionario más especializado para detectar conducta disocial. Tal instrumento, de 36 ítems (alfa de Cronbach: 0,725), nos fue proporcionado por el Instituto de Medicina Legal (IML) del Ministerio Público del Perú. Su puntaje puede variar, teóricamente, desde un mínimo de cero puntos hasta un máximo de 72. Los puntos de corte que utilizan en el referido instituto para evaluar los resultados son: 20 o menos= normal; 21 a 29= zona de sospecha indefinida del trastorno; y, 30 o más=compatible con personalidad psicopática o disocial. Se utilizó este cuestionario ante la falta de un cuestionario específico para universitarios que cumpla tarea de detección temprana de

conductas antisociales que alerten sobre un desarrollo moral riesgoso. Todo ello, con la intención preventiva de construir programas de ayuda *a posteriori*.

De los 175 estudiantes, 57% fue de sexo masculino; edad promedio: 19,5 (16-29 años); 72% provenía de Lima y el resto de diferentes localidades del interior del país; 77% vivía con familia nuclear, 17% con parientes y 6% solos o en otras condiciones. En cuanto a intentos de ingreso a la universidad, los porcentajes fueron variados, desde el 15% que lo había logrado a la primera tentativa hasta 23% luego del sexto examen. Un total de 33 (19%) estudiantes resultaron positivos a la escala de indicadores de conducta antisocial en la primera medición y a la segunda sólo se presentaron 30. La aplicación del cuestionario en la segunda medición, con los puntos de corte ya señalados, dio los siguientes resultados: 14 normales, 5 compatibles con personalidad psicopática o disocial, y 11 dentro del intervalo de 21-29 de sospecha indefinida del trastorno.

## IMPLICANCIAS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA Y LA SOCIEDAD

El inconsciente colectivo de nuestro país, nos atrevemos a pensar, asume que la población universitaria escogida con tanta exigencia en los exámenes de ingreso a la Facultad de Medicina de la UNMSM, asegura la calidad de su futura atención de salud. Desde el criterio de nivel intelectual es posible que así sea; desde el ético y de salud mental, los resultados del estudio piloto, a pesar de sus limitaciones, identifica problemas en esta área que urge verificar y a los cuales debe darse solución.

Empecemos, primero, por el resultado positivo a la Escala de Indicadores de Conducta Disocial utilizada en la primera medición, aproximadamente 1 de cada 5 estudiantes. Ciertamente, tal hecho constituye sólo un hallazgo indiciario que no autoriza un diagnóstico de personalidad disocial aunque sustenta fundada sospecha de ello y genera preocupación en virtud de la carrera profesional elegida por la población estudiada. Por otro lado,

aunque tal problema podría no ser responsabilidad de las autoridades y docentes de la Facultad de Medicina, recordemos lo señalado por De Clercq *et al.* que contrariamente a la estabilidad aceptada de los trastornos de personalidad, advierte que diversos estudios longitudinales destacan una plasticidad de cambio en perspectivas dimensionales<sup>32</sup>. Esto apoya la hipótesis de que la intervención terapéutica temprana puede evitar o disminuir que las conductas desadaptativas de la adolescencia se consoliden en la edad adulta en estilos disociales de actuación.

En línea con tal razonamiento, confirmar la posibilidad de tal sospecha con un instrumento de descarte más específico en una segunda medición, constituye el obligado segundo paso para evaluar la seriedad del problema aunque, al mismo tiempo, plantee problemas éticos para los autores. En efecto, diagnosticar a un alumno de medicina de trastorno de personalidad disocial (o cualquiera de sus sinónimos: antisocial, psicopática o sociopática) implica gran responsabilidad moral de parte del evaluador. Mucho más aún, si el participante no ha solicitado la consulta *motu proprio* aunque haya dado su consentimiento informado para ello. Un diagnóstico de esta naturaleza, de ser conocido por otros alumnos o profesores, generaría riesgo de discriminación del estudiante afectado. Tampoco podemos asegurar la calidad de la respuesta del propio estudiante o de su familia al conocer el resultado de la evaluación. La absoluta confidencialidad sobre los datos recogidos deviene, entonces, en requisito obligado de nuestro estudio.

Más aún, si consideramos las implicancias que nuestros hallazgos pudieran tener para la educación médica, nos sentimos obligados a repensar el rol de la universidad, si también le corresponde responsabilizarse por la salud moral y mental de sus estudiantes. Es decir, si más allá de formar profesionales competentes que ayuden a resolver los problemas sanitarios de la sociedad, debiera poner en el centro de su quehacer a la persona del estudiante, sobre la cual generalmente se conoce poco, pues más allá de evaluaciones académicas cognitivas y de aprendizaje, su salud mental y desarrollo moral suelen ser ignorados. Y de eso se trata,



particularmente en un país en desarrollo como el Perú, cuya sociedad, desde muchas décadas demuestra, cada vez con más crudeza, estar atravesada por variables de violencia, corrupción y pobreza<sup>33</sup>. En virtud de lo dicho, se trata además, de cumplir con la responsabilidad científica y moral que tiene la universidad de ayudar a los jóvenes así afectados en su esencia humana, creando un sistema de detección temprana para ofrecerles nuevos procedimientos educativos y apoyo terapéutico que faciliten su maduración moral-social al mismo tiempo que su debido adiestramiento académico.

Por otro lado, resulta pertinente comentar las hipótesis derivadas de trabajos realizados por investigadores de otros campos educativos; por ejemplo, de administración. Éstas señalan que en nuestra sociedad existen personalidades disociales o psicopáticas que no sólo pasan inadvertidas o son bien toleradas por la población general, sino que, astutamente, evaden ser detectadas por la justicia. Y que sus características, psicopáticas o disociales, pueden, incluso, ser adaptativas al entorno situacional, sobretodo cuando el éxito depende de su frialdad emocional frente al contendor para vencerlo con mayor facilidad. Y, por último, que asociadas a rasgos de narcisismo pueden impartir liderazgos patológicos, dañinos para la institución y personal a su cargo. Uno de estos escenarios parecería ser el sector negocios, en el cual, las características disociales o psicopáticas pueden facilitar el éxito laboral, pero al mismo tiempo, representar un serio riesgo para la sociedad<sup>34,35,36</sup>.

En conclusión, nuestro trabajo comprueba que la personalidad disocial está presente entre los alumnos ingresantes a la Escuela de Medicina de la UNMSM, y por tanto, se requiere diseñar intervenciones preventivo-terapéuticas e innovaciones curriculares orientadas a reducir o evitar la consolidación de sus conductas disociales en personalidades disociales establecidas en la medida que transcurran sus años de estudio en la Facultad. El objetivo sería intentar reducir el riesgo de producir profesionales con minusvalías morales que, de otro modo, lesionarían de diverso modo, no sólo el propósito de su carrera médica sino, tam-

bién, a la sociedad a la que deben servir, su institución, su propia familia y a ellos mismos. Finalmente, consideramos de máximo interés impulsar investigaciones en ética y salud mental de estudiantes universitarios, pues los problemas que más afectan a nuestra sociedad, tales como el subdesarrollo, la pobreza, la corrupción generalizada y la violencia, vinculan su dinámica al accionar de líderes inmorales que pudieran estar egresando, inadvertidamente, de nuestros centros universitarios.

### AGRADECIMIENTOS

A las autoridades y al Director de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Al Dr. Moisés Ponce Malaver del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público por proveernos el instrumento de medición e informarnos en su uso. Al Sr. Vittorio Brissolese de la Torre, delegado del primer año de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por su responsable asistencia y apoyo. A los doctores Renato Alarcón, Javier Saavedra, Akram Hernández, Juan Enrique Mezzich, Rubén Valle, Pablo Cano, y Psic. Yolanda Robles, por su valiosa revisión del texto. Al Sr. Ceferino Miranda, por su apoyo logístico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perales A, Alarcón J, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, Caballero J, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad nacional peruana. En: *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas*. I Bustamante, M Rivera, L Matos (Eds). Programa Trauma y Salud Global. Lima: McGill University, UPGH. 2013: 105-113
2. Saavedra J, et al. Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2002; 18(1y2):61-127
3. Perales A. Informe final sobre conducta suicida en estudiantes de medicina y enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Proyecto 2010. Lima: 2010.
4. Perales A, Sánchez E, Rosas M, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de Obstetricia de una universidad pública peruana. *Rev Peruana de Psiquiatría*. 2014;4(1):5-9
5. Alberto Perales, Elard Sánchez, María Arcaya, Esmeralda Cortez, Alejandra Parhuana, Rosa

6. Carrera, Harold Torres. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de Tecnología Médica de una universidad pública peruana. *El Antoniano*. 2014;126:11-15
7. Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Nutrición de una universidad pública peruana. *Rev de Neuro Psiquiatría*. 2013;76(4):231-235
8. Arrigo BA, Shipley S. The Confusion Over Psychopathy (I): Historical Considerations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2001;45(3): 325-344
9. Florenzano R, Guerrero J. DSM-5 nueva clasificación de los trastornos mentales. *Rev. chil. neuropsiquiatr*. 2014; 52(Supl. 1):38-49
10. Cleckley Hervey. *The Mask of Sanity*. Fifth edition. Georgia. 1988. (Fecha de acceso 31 de julio de 2018). Disponible en: [http://cassiopea.org/cass/sanity\\_1.Pdf](http://cassiopea.org/cass/sanity_1.Pdf).
11. Kiehl K, Lushing J. Psychopathy. *Scholarpedia*. 2014;9(5):30835. DOI:10.4249/scholarpedia.30835
12. Hare RD. Psychopathy and Antisocial Personality Disorder: A Case of Diagnostic Confusion. *Psychiatric Times*. 1996; 13(2)
13. Derefinko K, Lynam D. Convergence and Divergence Among Self-Report Psychopathy Measures: a Personality-Based Approach. *Journal of Personality Disorders*. 2006;20(3):261-280
14. Anderson JL, Selbom M, Wygant DB, Salekin RT, Krueger RF. Examining the Association Between DSM-5 Section III Antisocial Personality Disorder Traits and Psychopathy in Community and University Samples. *Journal of Personality Disorders*. 2014;28(5):675-97
15. Douglas H, Bore M, Munro D. Construct Validity of a Two-Factor Model of Psychopathy. *Psychology*. 2012;3(3):243-248. DOI:10.4236/psych.2012.33034
16. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. 1993.
17. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Versión Revisada*. Lima. 2012.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual (DSM-V)*. American. Washington D.C.: Psychiatric Press. 2013.
19. Thomas ME [Internet]. How to Spot a Sociopath. 16 key behavioral characteristics that define sociopaths/psychopaths and others with antisocial disorders. *Psychology Today*. [Fecha de acceso 31 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/articles/201305/how-spot-sociopath>.
20. Robins LN. *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1966.
21. Dinwiddie SH. Psychopathy Versus Sociopathy. *Psychiatric Annals*. 2015;45(4):165-166.
22. Crusio WE. The sociobiology of sociopathy: An alternative hypothesis. *Behavioral and Brain Sciences*. 2004;27(1):154-155
23. de Oliveira-Souza R, et al. Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *NeuroImage*. 2008;40(3):1202-1213
24. Low JM, Williamson D, Cottingham J. *Journal of College Student Development*. 2004;45(5):535-548

24. Muñoz Luna C, Khan Roxanne, Cordwell Laura. Sexually Coercive Tactic Used by University Students: a Clear Role for Primary Psychopathy. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 25(1):28-40
25. Hassall J, Boduszek D, Dhingra K. Psychopathic traits of business and psychology students and their relationship to academic success. *Personality and Individual Differences*. 2015;82:227-231
26. Sinha B, Watson D. Personality Disorder in University Students: A Multitrait-Multimethod Matrix Study. *Journal of Personality Disorders*. 2001;15(3):235-244. DOI: 10.1521/pedi.15.3.235.19205
27. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing Psychopathic Attributes in a Non institutionalized Population. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;68(1):151-158
28. Sylvers P, Landfield KE, Lilienfeld SO. Heavy Episodic Drinking in College Students: Associations with Features of Psychopathy and Antisocial Personality Disorder. *Journal of American College Health*. 2011; 59(5): 367-372.
29. Saavedra J, et al. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013;29(Supl. 1)
30. Gunderson JG y Phillips KA. Personality Disorders. Chapter 25. En: Harold I Kaplan y SadockBJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI edition*. Baltimore: Williams and Wilkins. 1995: 1442.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV.TM. Fourth Edition*. Washington D.C. 1994:648.
32. de Clercq Barbara; de Clercq Barbaravan Leeuwen, Karla; van den Noortgate, Wim;de Bolle, Marleen de Fruyt, Filip. Childhood personality pathology: Dimensional stability and change. *Development and Psychopathology*. 2009;21(3): 853-869.
33. Perales A. Salud Mental: Variables Socioeconómicas, Políticas y Culturales. *Anales de Salud Mental*. 1993;(1y2):83-107.
34. Boddy CR. *The corporate psychopaths theory of the global financial crisis*. UK: Palgrave Macmillan. 2011.
35. Wellons S. *The Devil in the Boardroom: Corporate Psychopaths and Their Impact on Business*. *Pure Insights*. 2012;1(1):42-45.
36. Ouimet G. Dynamics of narcissistic leadership in organizations: Towards an integrated research model. *Journal of Managerial Psychology*. 2010;25(7):713-726.