

2017-03-27

Evaluación de niveles de psicopatología en estudiantes universitarios: Estudio comparativo entre ingresantes y estudiantes avanzados

Bonavetti, Mario Marcelo

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/559>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Evaluación de niveles de psicopatología en estudiantes universitarios: estudio comparativo entre ingresantes y estudiantes avanzados”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS OCS 143/89

APELLIDO Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS, MATRÍCULA, DNI:

-Bonavetti, Mario Marcelo. Matrícula: 07591/06. D.N.I: 31227794

-Gargaglione Pereyra, Luisina. Matrícula: 08912/09. D.N.I: 35411902

-Sánchez, Micaela Ethel. Matrícula: 08970/09. D.N.I: 35899807

SUPERVISOR: Lic. del Valle, Macarena.

CO-SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Psicología Cognitiva - Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: SI

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de/ los alumno/s Bonavetti, Mario Marcelo, Gargaglione Pereyra, Luisina, Sánchez, Micaela Ethel de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autor/es”.

“El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por el/los alumno/s; Bonavetti, Mario Marcelo. Matrícula: 07591/06, Gargaglione Pereyra, Luisina. Matrícula: 08912/09, Sánchez, Micaela Ethel. Matrícula: 08970/09 conforme los objetivos y el Plan de Trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes de del año 2017”.

ÍNDICE

| | |
|---|----------------------|
| <u>1.Descripción Resumida</u> | <u>pág 5</u> |
| <u>1.1 Motivo y Antecedentes</u> | <u>pág 6</u> |
| <u>1.2 Marco Teórico</u> | <u>pág 7</u> |
| <u>2. Metodología</u> | <u>pág 22</u> |
| <u>2.1 Objetivo General</u> | <u>pág 22</u> |
| <u>2.2 Objetivos Particulares</u> | <u>pág 22</u> |
| <u>2.3 Hipótesis</u> | <u>pág 22</u> |
| <u>2.4 Métodos y técnicas</u> | <u>pág 22</u> |
| <u>3.Instrumento</u> | <u>pág 23</u> |
| <u>4.Resultados</u> | <u>pág 24</u> |
| <u>5. Conclusiones</u> | <u>pág 29</u> |
| <u>5. Referencias bibliográficas</u> | <u>pág 31</u> |
| <u>6. Anexo</u> | <u>pág 35</u> |
| <u>7. Agradecimientos</u> | <u>pág 41</u> |

DESCRIPCIÓN RESUMIDA:

La preocupación por la salud integral de los estudiantes universitarios se ha acrecentado con el correr de los años en las distintas universidades nacionales. La Universidad Nacional de Mar del Plata, a través del Servicio Universitario de Salud, y en forma conjunta con el grupo de investigación de “Psicología Cognitiva y Educativa”, dirigido por el Dr. Urquijo, se ha abocado a registrar los síntomas psicopatológicos de los ingresantes desde el año 2008. El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar a la muestra de estudiantes de Psicología y estudiar si los patrones de prevalencia de los síntomas psicopatológicos encontrados en los ingresantes a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata en el año 2015 difieren de los de estudiantes avanzados de la carrera que cursan el último año. Se trata de un estudio descriptivo-comparativo con un diseño no experimental, transversal, de dos grupos. Para ello, se conformó una muestra de conveniencia de 204 estudiantes regulares de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (126 ingresantes y 78 estudiantes avanzados; 162 mujeres y 42 hombres) a quienes se les administró el SCL-90-R Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado. Los resultados indicaron ausencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género excepto para la escala somatizaciones, en quienes las mujeres presentaron niveles más altos de sintomatología. A su vez, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del año de cursada a excepción del índice de Malestar Positivo (PSDI), el cual resultó mayor en los estudiantes de quinto año que en los ingresantes. Finalmente, los datos de la muestra de estudiantes de Psicología fueron comparados con otras muestras presentes en la literatura, y se encontró que los valores de escalas e índices resultaron menores en comparación con muestras españolas y chilenas, aunque mayores en comparación con el total de estudiantes de la UNMDP.

PALABRAS CLAVE: Síntomas psicopatológicos – Prevalencia – Psicología - ingresantes – estudiantes avanzados - SCL-90-R.

MOTIVOS Y ANTECEDENTES

En América Latina, existe una tendencia general a pugnar por un sistema público e irrestricto para el ingreso a las universidades, también conocido como *modelo de acceso de masas* (García Guadilla, 2010). Argentina no es la excepción, contando nuestro país con un grado de escolarización universitaria de los graduados de educación secundaria mayor al 35%. En este modelo, acceden al sistema universitario todas las personas que lo eligen y aprueban el nivel de educación secundaria.

Una de las herramientas para que esto suceda, es que la Educación Superior se encuentra disponible para todas las personas que así lo elijan, con sólo el requisito de tener aprobado el nivel de educación secundaria. Así versa el artículo 7º de la Ley de Educación Superior de la República Argentina (1995): “*Todas las personas que aprueben la educación secundaria pueden ingresar de manera libre e irrestricta a la enseñanza de grado en el nivel de educación superior*”. Este modelo responde a modificaciones sociales que han promovido durante las últimas décadas la formación universitaria como recurso de movilidad socio-económica, con lo cual año a año se ha visto incrementada la cantidad de estudiantes universitarios.

Conjuntamente con la demanda, se ha multiplicado la oferta de instituciones que ofrecen carreras universitarias. Según Vargas (2007), en 1950 existían en América Latina 75 instituciones universitarias; promediando la década del 90, estas instituciones ya eran más de 600, y en el 2003, más de 1500.

Sin embargo, existe una creciente brecha entre el número de los estudiantes que ingresan a las diferentes carreras de las universidades y el número de aquellos que se gradúan. Según Goldenhersch, Coria, Chiavassa, Moughty y Saino (2006), en Argentina, sólo alrededor de un 17% de los estudiantes que ingresan a una carrera universitaria, finaliza sus estudios. Diferentes autores demuestran que la deserción es mayor en el primer año de la universidad (e.g. Robinson, 1990; García-Valcárcel & Tejedor, 2007). Una vez superada esta primera etapa de estudio, existiría una estabilización en el rendimiento académico y decaería el número de desertores.

Durante los últimos años, se ha acrecentado el número de investigaciones que se proponen evaluar las causas de la deserción de los alumnos universitarios (Medrano, Galleano, Galera & del Valle Fernández, 2010). Actualmente, la literatura reporta evidencia científica de la existencia de diversas variables que influyen en las trayectorias académicas de los estudiantes, entre las cuales se pueden nombrar variables de género, psicológicas -como el funcionamiento ejecutivo, la inteligencia, la

atención, la motivación-, variables académicas, pedagógicas y socio-familiares (e.g. Almeida, Guisande, Primi & Lemos, 2015; Alsina i Pastells, 2007; Aparicio, Marsollier & Rodríguez, 2013; Biggio, Vázquez & García, 2015; Caso-Niebla & Hernández, 2007; Contreras, Corbalán y Redondo, 2007; Cu Balán, 2005; Díaz, 2009; Lopera Oquendo, 2008; Medrano et al, 2010; Tejedor-Tejedor, González & García-Señorán, 2008). Respecto del género, por ejemplo, los hombres suelen presentar mayor riesgo de deserción (Lopera Oquendo, 2008), mientras que en las mujeres suelen apreciarse niveles más altos de rendimiento académico, mejores niveles de ajuste, más motivación, autoestima más alta y más habilidades de estudio (Caso-Niebla & Hernández, 2007); dentro de las variables personales, podemos mencionar aquellas características psicológicas que también influyen favoreciendo el rendimiento académico, como las funciones ejecutivas (Clark & Woodward, 2007; McClelland & Cameron, 2011) o la inteligencia -que será diferente para cada estudiante, pero se esperara que facilite la habilidad de razonar, planear, resolver problemas y pensar de manera abstracta-, la atención, la motivación, variables académicas y pedagógicas (Tejedor Tejedor & García-Valcárcel Muñoz-Repiso, 2007). Sin embargo, resulta de interés para el ámbito de la Psicología el estudiar específicamente otras variables psicológicas, una de las cuales es la psicopatología y los síntomas psicopatológicos que padecen los estudiantes universitarios.

En primer lugar, para conceptualizar qué son los síntomas psicopatológicos, podemos empezar definiendo el concepto de síntomas; los mismos hacen referencia a determinados signos en las consideradas enfermedades mentales, los cuales son calificados por un profesional, quien los advierte, reconoce y clasifica (Malpica, Salas & Rojas, 2014) El síntoma tiene diversas explicaciones según la teoría de referencia; desde las teorías psicoanalíticas, la explicación proviene de la vida sexual de los sujetos; las teorías de corte sistémico, hallan el síntoma en la comunicación familiar; vertientes psiquiátricas o teorías cognitivas, sostienen la existencia de un sustrato biológico que los explica: los síntomas son una disfuncionalidad o anormalidad orgánica. En el el DSM-IV (APA, 2002) la definición de síntoma difiere de la de signo. Así, el signo sería una manifestación objetiva de un estado patológico, mientras que el síntoma sería la manifestación subjetiva de ese estado patológico. A su vez, parecería que los síntomas parecería que son aquellos que son descritos por el individuo afectado, más que observados por el examinador. (Martínez Hernández, 1998).

Por ejemplo, la depresión es descrita como un estado de tristeza profunda que perdura al menos dos semanas (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, & Lozano, 2005). Ahora bien, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2002, p.5), “el

trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas: (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico”.

Ahora bien, el término *psicopatología*, en su definición más cotidiana y coloquial, según la Real Academia Española es el “estudio de las enfermedades mentales” (RAE, 2016). Sin embargo, dentro del campo de la Psicología y la Psiquiatría, es difícil pensar a la Psicopatología alejada de los conceptos de normalidad y anormalidad, los cuáles han ido cambiando de acuerdo al momento histórico, sociológico y cultural.

El Psicoanálisis, sobre el concepto de psicopatología, plantea que este término posee diferentes grados que versan entre lo considerado “Normal” y aquello considerado “Anormal”. De manera similar, desde la antropología cultural, por ejemplo, la visión de la enfermedad es determinada según el concepto de normalidad en las diferentes culturas: el enfermo mental se encuentra relativizado según la cultura que se mire (Capponi, 1987). “Normalidad”, remite justamente a una determinada norma impuesta. Se considera por ende “Normal” a aquello que es similar a un modelo social y culturalmente aceptado. Este término remite a una “Perfección” que es irreal por sí misma, ya que no se puede alcanzar ese ideal. De aquí se desprende que el comportamiento anormal sería aquel que se desvía de la norma de una cierta cultura, en un momento histórico determinado (Belloch, Sandín & Ramos 2008).

Históricamente, en referencia al surgimiento de las nociones de salud y enfermedad psicológica, fueron los cuestionamientos de Nietzsche, Freud y Marx con respecto a la norma rígida de fines del siglo pasado, los que crearon las condiciones para el surgimiento de una postura relativista frente a la normalidad. Marx, Freud y Nietzsche, serán quienes quiebren las estructuras del pensamiento religioso de la

época e instauren una nueva versión de hombre. Nietzsche, con su teorización del superhombre, Marx observando al hombre a partir de las relaciones de producción y Freud instaurando la noción de Inconsciente (Capponi, 1987).

Para remitirnos a la historia de las perturbaciones mentales Capponi (1987) cita en su libro a Gregory quien considera que antes del término enfermedad mental se hablaba de perturbaciones mentales. Según el autor, en la época de la antigua Grecia el hombre enfermaba producto de los dioses, quienes castigaban a las personas sustrayéndoles su espíritu. Para poder curarse de esta situación, en esa época los enfermos recurrían a templos en los cuales los sacerdotes aplicaban ceremonias de carácter religioso. Platón particularmente clasificaba a la locura desde dos polos, locura e ignorancia, el primero producto de enfermedad mientras que el segundo es una forma de don celestial.

Desde la antigua tradición médica, la cual se inicia con Hipócrates en el 400 a.C., las enfermedades mentales estaban en manos de Dios y de Lucifer. Esta tradición es seguida por autores como: Asclepíades, Celso, Areteo de Capadocia, Celio Aureliano, Sorano y culmina con Galeno quien aporta teorías sobre la mente y el cuerpo (Belloch, Sandín & Ramos2008).

Siguiendo una perspectiva histórica durante el siglo XV y XVI se desarrolla la Inquisición. Autores como Johan Weyer relataban a la enfermedad mental como posesiones paganas, que se podían curar mediante un exorcismo. La enfermedad mental entonces era una posesión del diablo (Sarason & Sarason, 2006).

En 1409 se instala la primera institución que trata los padecimientos mentales. Esta institución fue creada por Gilabert Jofré. Willis, es uno de los primeros que sugiere la relación de la enfermedad mental con el sistema nervioso, aunque era un autor que creía en las posesiones demoniacas. En los siglos XVII a XIX se da a conocer la anatomopatología con referentes como Bonnet y Morgagni (Belloch, Sandín & Ramos 2008).

Uno de los precursores en plantear la organicidad de la enfermedad mental era Kahlbaum. Pensaba este autor en “complejos sintomáticos” y clasificaba las enfermedades en “las vesanías, las vecordias, las disfrenias y las parafrenias”. La psiquiatría en ese momento -con Kraepelin y otros psiquiatras- se abocaba a la neurología para abordar las enfermedades mentales; y en 1902, Ranschburg contaba con un laboratorio que investigaba anomalías mentales (Belloch, Sandín & Ramos 2008).

Werner (1965) sugiere que la Psiquiatría inicia en el Siglo XIX, con Pinel. A partir de allí se crearon los hospitales para enfermos mentales. Pinel inició en Francia la clasificación de las enfermedades mentales. La locura era considerada como producto de la herencia y se ubicaba en el cerebro de las personas (Belloch, Sandín & Ramos, 2008).

La Edad Moderna concibe a las enfermedades mentales a través del propio sujeto, de su capacidad de controlar su mundo, trayendo así una nueva visión de las patologías mentales. La época clásica para Foucault está marcada por la fuerza de las instituciones y el encierro del enfermo. De esta forma se crea la institución asilar, que empieza en Francia y luego se traslada a toda Europa. La enfermedad mental entonces se considera desde un juicio de valor, la enfermedad la atravesaban los vagos, insensatos o mendigos. Es donde intervienen instituciones de control, como la policía, tratando de mantener un orden monárquico y burgués, en el marco del desempleo y la crisis económica en el siglo XVII (Belloch, Sandín & Ramos, 2008). Foucault señala que la persona considerada anormal era despreciada, no correspondía a una norma establecida por la sociedad, cuestiona asuntos que justamente se encuentran en los pilares o bases de ese orden burgués (Capponi, 1987). Como ya fue mencionado, Nietzsche, Marx y Freud inician un nuevo proceso de pensamiento y con sus trabajos fructíferos, una visión que lleva consigo la posibilidad de liberar del contexto religioso la forma en la que antes se pensaba al hombre, considerando a la libertad como punto principal para la evolución cultural de nuestra sociedad.

Es a mediados del siglo XIX, que se relacionan la medicina, la fisiología, la biología evolucionista y la psicología. A partir de allí se estudió la psicopatología desde la etiología, patogenia y evolución de las enfermedades mentales (Belloch, Sandín & Ramos, 2008).

Resumiendo, desde la perspectiva histórica se puede decir, que en un comienzo la enfermedad mental era considerada como posesión demoníaca. Luego con la llegada de la perspectiva anatómica y fisiológica se logra un enfoque científico (Zilboorg y Henry 1941). Autores como Whytt y Cullen desarrollan una noción Fisiopatológica, y es a fines del siglo XVIII que surge un auge de los planteamientos médicos, con estudios centrados en el sistema nervioso o en el sujeto con un padecimiento mental. Planteos morales conviven mucho tiempo con planteos desde la medicina u orgánicos (Belloch, Sandín & Ramos 2008).

En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales - DSM IV- (APA, 2002) se refiere a los trastornos mentales como: *"...Un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica"* (p. 29).

Siguiendo esta línea, Jaspers (1966) delimita a la psicopatología como una ciencia del dominio de los conceptos y de las reglas generales del acontecer psíquico patológico. Según el autor, la psicopatología concibe el estudio del hombre en su generalidad y no en un caso particular; busca lo reconocible, aquello demostrable que lleva a la disciplina a tener en cuenta ciertos límites. Esos límites representan la imposibilidad de conocer todo del hombre, reconocer su infinitud; su objeto de estudio es el acontecer psíquico realmente consciente y estudia fundamentalmente las funciones psíquicas que presentan alteraciones (perturbaciones de la memoria, la afectividad, el pensamiento, la psicomotricidad, el lenguaje) y los trastornos mentales, (alteraciones complejas que comprometen áreas importantes de la conducta del sujeto, como la esquizofrenia, la bipolaridad, la neurosis, las demencias). Finalmente, la psicopatología utiliza la casuística, como el método que a partir de casos singulares, permite conocimientos generales psicopatológicos; y la técnica más utilizada es la exploración estadística y experimental.

Según Sánchez (2009), la psicopatología, es el conjunto de conocimientos en relación a las anormalidades que se producen en la vida mental. A través de ella, se pueden conocer las causas del enfermar psíquico. Asimismo, son considerados como patológicos, aquellos aspectos que condicionan el funcionamiento psíquico y perturban la adaptación del sujeto al mundo. El estudio de esta disciplina está representado por las respuestas patológicas que generan adaptación, respuestas emocionales que generan defensas adaptativas y reacciones psicológicas. Respecto de la psicopatología, entonces, se puede decir que reconocen como patológicos aquellos aspectos o comportamientos de una persona en los que aparece una respuesta desmedida en relación al desencadenante o la causa del mismo. Es decir, cuando se observa una desproporción existente entre causa y consecuencia. Adicionalmente, se considera que una conducta es patológica cuando no se observa resolución de

conflicto en un lapso de tiempo determinado o cuando no existe causa objetiva ni tampoco subjetiva para generar esa reacción psicopatológica.

La psicopatología, al ser un campo de alcance amplio y abarcativo, toma aportes de otras disciplinas como la biología y la psicología. Así, la psicopatología como ciencia, se ha ido configurando a través del tiempo gracias al aporte de diferentes teorías, corrientes, disciplinas y escuelas. Sauri (1982) sostiene que algunas de ellas son:

Medicina General: sobre todo la psiquiatría, que en el siglo XIX fue estructurada sobre el modelo de la medicina natural. La psicopatología era más bien una “neuropatología”. El aspecto humano, psicológico, era casi totalmente dejado de lado. Lo que no se comprendía era explicado a través de la “herencia” o la “degeneración”. El método era anátomo-clínico. Se explicaban las enfermedades mentales como lesiones cerebrales.

Psicología Tradicional: La psicología inicia como disciplina independiente a fines del siglo XIX. El estudio de los procesos psicológicos se relacionaba a los trabajos filosóficos y fisiológicos (Belloch, Sandín & Ramos, 2008). Volcada hacia los fenómenos de conciencia, la disciplina cultivaba el análisis reflexivo e intelectualista. El espíritu era separado del cuerpo y dividido en facultades mentales bien ordenadas. La psicopatología extrajo de ella la sistematización de los datos y el uso de la introspección.

Behaviorismo o conductismo: A partir de Watson, fundamenta toda la psicología en la adquisición por el aprendizaje de hábitos perniciosos aprendidos por condicionamiento. Las corrientes objetivas acercaron la psicopatología a la experimentación científica y rigurosamente objetiva.

Psicoanálisis: produce un cambio muy importante no sólo en referencia al concepto de psicopatología sino también en el ámbito de la medicina en general, introduciendo conceptos como el inconsciente, el papel de los conflictos y las defensas, la historia del sujeto en la posibilidad de desarrollar o no su enfermedad. Esta disciplina considera tanto al hombre sano como al hombre enfermo, toma en cuenta a la sociedad y al individuo al mismo tiempo, tratando de suplir las carencias de los enfoques biologicistas y conductistas. El enfoque psicoanalítico, sin embargo, ha sido cuestionado por su falta de validez empírica.

Medicina Psicosomática: ha influido sobre la psicopatología al acentuar la profunda unidad entre mente y cuerpo, psique y soma.

Fenomenología: centra su estudio en el vivenciar del paciente frente a la enfermedad. Karl Jaspers fue uno de los principales fundadores, tomando aspectos de la filosofía de Husserl.

Actualmente, son preocupantes los resultados que aportan los estudios que versan sobre los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios, realizados en diferentes países latinoamericanos como Chile, México, Colombia y Argentina entre otros. Los resultados indican que estos síntomas son más frecuentes en la población universitaria que en la población general. Por ejemplo, según Micin y Bagladi (2011), en la población estudiantil chilena existe una predisposición a los trastornos mentales que oscila entre el 18 y el 20%. También, en Colombia, en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en Cali, Campo-Cabal (2001), realizó un estudio en una muestra de estudiantes universitarios y los resultados mostraron que tres cuartas partes del grupo presento algún tipo de síntoma psicopatológico en la evaluación clínica, con una alta prevalencia y comorbilidad entre depresión y ansiedad. Además, el autor halló que el 38% de la muestra evaluada de estudiantes universitarios cuenta con el antecedente de algún tipo de estrés social y/o psicológico negativo percibido subjetivamente como importante; y el 33%. mostró algún nivel de psicopatología tanto por evaluación clínica como por la escala de Zung. Es importante destacar que este estudio no reporta evidencias de diferencias estadísticamente significativas para las variables edad, género, relación familiar o agrado con el programa académico escogido.

En Chile, el estudio previamente mencionado de Micin y Bagladi (2011), sostiene que en la población estudiantil prevalecen los *trastornos adaptativos*, *trastornos del estado de ánimo* y *trastornos de ansiedad*. En relación a la variable género, los autores encontraron mayor prevalencia de trastornos psicóticos, de ansiedad y consumos de sustancias en hombres.

Miranda Bastidas, Gutiérrez Segura, Bernal Buitrago y Escobar (2000) han reportado algún grado de depresión en el 36.4 % de los estudiantes que cursan ciencias básicas en el primer semestre de la carrera de medicina en la Universidad del Valle, Cali, Colombia. También en estudiantes universitarios colombianos, Arrivillaga Quintero, Cortés García, Goicochea Jiménez y Lozano Ortiz (2004) encontraron que el 26.9% (primer año) y el 27,2% (cuarto año) de estudiantes de la Facultad de Medicina presentan sintomatología depresiva. Por su parte, Gutiérrez Rodas, et al. (2010) también realizaron estudios en la población estudiantil de

Colombia, encontrando una prevalencia del 47, 3% de depresión relacionada al estrés académico. A su vez, encontraron mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres.

Asimismo, Vaz, Mbajjorgu y Acuda (1998) reportan en un estudio realizado en la Universidad de Zimbawbe, en el cual el 64,5% de los estudiantes de medicina de primer año tenían diferentes niveles de estrés y depresión.

En la Facultad de Medicina de la Ciudad Autónoma de México, Fouilloux Morales et al., (2013), administraron la subescala de depresión del SCL-90 y hallaron que el 23% de los estudiantes de la muestra poseía síntomas depresivos, con mayor incidencia de sintomatología en mujeres que en hombres. Los resultados coinciden con lo observado en otros estudios realizados en México en estudiantes universitarios, en quienes el porcentaje de depresión fue de 29.8%, (Osornio-Castillo & Palomino-Garibay, 2009) y 26% (Joffree, Martínez, García & Sánchez 2007). Por otra parte, en la Universidad Nacional Autónoma de México, Menelic Rocha y Ortega Soto (1995) realizaron una evaluación sobre la depresión en los estudiantes universitarios, y hallaron que los síndromes depresivos son más frecuentes en estudiantes que en la población general. En este estudio se incluyeron 1004 estudiantes (626 hombres y 378 mujeres). Los resultados evidenciaron que los síntomas depresivos son muy frecuentes en los estudiantes universitarios, sin encontrarse diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni tampoco entre los estudiantes de las diferentes carreras.

Un instrumento válido para evaluar sintomatología psicopatológica es el SCL-90 (Symptom Check List - 90) (Derogatis, 1994), el cual fue diseñado en la Universidad Johns Hopkins en la década del '70 para la autoevaluación de un espectro de dimensiones de psicopatología, tanto en pacientes médicos o psiquiátricos como en población general. La aplicación de este instrumento se adecúa a estudios comunitarios para la detección de cambios sintomáticos inducidos por diversos tratamientos, pero no para el diagnóstico específico de presencia o ausencia de psicopatología. (De las Cuevas et al., 1991). El SCL-90 se desprende de una serie de instrumentos de estilo autoinforme clínico, que con sus revisiones y aportes de diferentes autores se concluyó en lo que hoy se conoce como SCL-90-R, o SCL-90 Revisado. Se comenzó con el Personal Data Sheet, este luego derivó en el desarrollo del Cornell Medical Index (CMI). Años más tarde, Parloff, Kelman y Frank (1954), se basaron en el CMI para desarrollar el Discomfort Scale, el cual junto con los anteriores crearon las bases para desarrollar el Hopkins Symptom Checklist (HSCL), el cual se compone de 51 ítems agrupados en cinco dimensiones de síntomas. Luego de unos

años, sus creadores detectaron algunos problemas que obstaculizaban y restringían su utilidad, lo que derivó en años de investigación exhaustiva y en variaciones del HSCL, que culminaron en la obtención del SCL-90 y luego de otras modificaciones menores, como la sustitución de dos ítems y una modificación ligera de otros siete, dieron lugar a la creación de su versión “revisada” SCL-90-R. (Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008). Obtuvieron así, nueve factores o dimensiones sintomáticas, denominados: Somatización, Obsesión, Compulsión, Hipersensibilidad, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. (De las Cuevas et al., 1991).

El Symptom Check List-90-Revisado o SCL-90-R evalúa síntomas que el sujeto que responde experimenta en este momento o ha vivenciado hace poco tiempo (una semana); no evalúa la personalidad ni sus trastornos. Permite evaluar patrones o clusters de síntomas presentes en un sujeto; puede utilizarse tanto en tareas epidemiológicas, comunitarias y de diagnóstico clínico individual. Está integrado por 90 ítems que se responden en base a una escala de cinco puntos (0-4). (Casullo, 2004). Requiere un nivel mínimo de comprensión lectora que, en caso de ser muy bajo, se reemplaza por la lectura de cada ítem a cargo del profesional evaluador. La respuesta a ser marcada en la hoja correspondiente ofrece cinco opciones, sobre la base de una escala tipo Likert. El sujeto marca su respuesta teniendo en cuenta lo que ha sentido y pensado durante la última semana y tiene cinco opciones: nunca, muy poco, poco, bastante, mucho. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad. Las respuestas son evaluadas en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Estas dimensiones fueron definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos. (Casullo, 2004).

1) Somatizaciones: Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales).

2) Obsesiones y compulsiones: Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

3) Sensibilidad interpersonal: Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

4) Depresión: Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas).

5) Ansiedad: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

6) Hostilidad: Se hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo.

7) Ansiedad fóbica: Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca.

8) Ideación paranoide: Evalúa comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento: pensamientos proyectivos, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

9) Psicoticismo: Incluye síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Adicionalmente, el inventario cuenta con 7 ítems que no se incorporan ni computan en ninguna de las nueve dimensiones, pero tienen relevancia clínica, los ítems refieren a los siguientes síntomas: poco apetito, problemas para dormir, pensamientos sobre la muerte o morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo, sentimientos de culpa.

Finalmente, el SCL-90R cuenta con tres índices generales de resultado que se denominan *índices globales*. 1) Índice de severidad global (IGS): es un buen indicador del nivel actual de la gravedad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas; 2) Total de síntomas positivos (STP): se lo estima contando el total de ítems que tienen una respuesta mayor que cero. 3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): evalúa el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan (Casullo, 1999).

En Argentina, Casullo (2004) realizó un trabajo de investigación para poder obtener baremos locales que permitieran el uso de dicho instrumento para su aplicación a prácticas profesionales y de investigación en población adulta. Para ello

administró el SCL-90-R a una muestra de población general argentina, compuesta por 760 sujetos, de ese total 379 varones y 381 mujeres. Los valores obtenidos fueron marcadamente diferentes a los de la muestra original estudiada por Derogatis en EEUU y que figuran en el Manual en inglés del SCL-90-R, por lo que es imprescindible el uso del baremo local (argentino) para interpretar de forma válida las puntuaciones obtenidas.

Respecto de las diferencias de género Casullo (2004) reporta de las nueve dimensiones psicopatológicas que analiza en esta escala, los valores promedios más altos obtenidos para cada sexo fueron Obsesiones y compulsiones, Ideas paranoides, Depresión y Hostilidad, para hombres y Obsesiones y compulsiones, Depresión, Ansiedad e Ideas Paranoides, en mujeres. Casullo verificó la existencia de diferencias estadísticas significativas entre valores promedios de las nueve dimensiones e índices globales según la variable edad -al recodificar las edades-. Respecto del Índice Positivo de Malestar (PSDI), el mismo es levemente más alto para el grupo de mujeres de edades entre 48 y 60 años (sig. 0,03) y en el Índice de Severidad, también para este grupo etario (sig. 0,06). A partir de estos datos puede decirse que a mayor edad, pareciera que existe cierta tendencia a exagerar o fingir la gravedad de los malestares que se padecen a la vez que, simultáneamente, se reconoce la presencia de más malestares que entre las mujeres más jóvenes.

En el caso de Chile, Gempp Fuentealba y Avendaño Bravo (2008), realizaron una investigación en estudiantes universitarios de ambos géneros que no se encontrasen en tratamiento psiquiátrico para poder obtener y presentar las normas provisionales derivadas para esta población, ya que, hasta ese momento, Chile no contaba con baremos nacionales para el análisis de datos obtenidos por el SCL-90-R. La muestra definitiva quedó conformada por 718 estudiantes universitarios (47,6% de hombres y 52,4% de mujeres), mayoritariamente de primer y segundo año de carrera y con una edad media de edad de $M=21,14$ años ($SD=2,09$). Como resultado de tal investigación, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, los autores declaran que existe una ausencia de diferencias, aunque sí hay una prevalencia mayor de malestar psicológico y de síntomas psicopatológicos en las mujeres que en los hombres.

En España, en la Universidad de Girona Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch (2007) administraron el Symptom Check List a una muestra de 1.277 estudiantes de primer y segundo año (444 hombres y 798 mujeres). Respecto a la edad, 838 de los estudiantes (67,60%) tenían 18-20 años, 325 (26,20%) 21-23 años,

44 (3,50%) 24-26 años y 15 estudiantes (1,20%) 30 años o más. Respecto a la facultad de procedencia, 254 (20,50%) provenían de la Facultad de Educación y Psicología, 113 (9,10%) de la Facultad de Letras, 162 (13%) de la Facultad de Ciencias, 32 (2,60%) de la Facultad de Derecho, 86 (6,90%) de la Escuela Universitaria de Enfermería, 270 (21,70%) de la Facultad de Ciencias Económicas y 325 (26,20%) de la Politécnica. Los resultados muestran que las dimensiones de síntomas psicopatológicos con puntuaciones más elevadas, son la de Obsesividad-compulsividad, seguida por Depresión y Sensibilidad interpersonal. Se hallaron diferencias significativas entre los sexos con respecto a las dimensiones primarias, excepto en Ideación paranoide y Psicoticismo y en todos los índices globales del SCL-90-R. En todos los casos, las puntuaciones obtenidas en ese estudio por las mujeres son más elevadas que las obtenidas por los hombres. En los hombres, el orden de presentación de mayor puntuación a menor en las dimensiones primarias es el siguiente: Obsesividad-compulsividad, Sensibilidad interpersonal, Ideación paranoide, Depresión, Hostilidad, Ansiedad, Somatización, Psicoticismo y Ansiedad fóbica. En las mujeres el patrón de presentación es el siguiente: Obsesividad-compulsividad, Depresión, Sensibilidad interpersonal, Ideación paranoide, Somatización, Ansiedad, Psicoticismo y Ansiedad fóbica.

En tanto, en Argentina, un estudio realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata por Urquijo y Abraham (2011), demuestra que, son los estudiantes de Psicología, en comparación con las otras unidades académicas de la Universidad, los que más síntomas psicopatológicos poseen. También en la Facultad de Psicología de la UNMDP, un estudio llevados a cabo por Urquijo, del Valle, Ané, Heredia y Martínez (2013) determinó que existen síntomas psicopatológicos como Somatizaciones, Depresión, Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad Fóbica,; con mayor presencia en mujeres que en población masculina.

A continuación, se presentan en la Tabla 1 los valores medios de las escalas del SCL-90 de las muestras previamente mencionadas, a saber:

- La muestra de estudiantes universitarios de la UNMDP, presentada en el año 2012 con un n=1600 (1101 F 499 M) (Urquijo, 2011)
- La Muestra Normativa de Estudiantes Universitarios de Chile (2008) con un n=718 (341M y 377F) (Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008).

- La Muestra Normativa de estudiantes Universitarios de España (2007) con un n=1277 (444 M 798 F) (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer & Viñas-Poch, 2007).
- La muestra normativa de la adaptación española del SCL-90-R, n=530 (252 M 278 F) (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin & Rodríguez-Pulido, 2002).

Tabla 1 - Valores medios de las escalas del SCL-90 para diversas muestras

| Escala | Medias para todas las muestras | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| | UNMDP n=1600 | Chile n=718 | España n=1277 | SCL-90 n=530 |
| Somatización | 0,40 | 1,06 | 0,65 | 0,55 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,59 | 1,32 | 1,05 | 0,60 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,40 | 0,94 | 0,88 | 0,45 |
| Depresión | 0,48 | 1,09 | 0,89 | 0,72 |
| Ansiedad | 0,33 | 1,01 | 0,66 | 0,52 |
| Hostilidad | 0,41 | 0,84 | 0,66 | 0,45 |
| Ansiedad Fóbica | 0,17 | 0,48 | 0,29 | 0,25 |
| Ideación Paranoide | 0,33 | 0,87 | 0,77 | 0,47 |
| Psicoticismo | 0,18 | 0,74 | 0,41 | 0,21 |
| Índice Global de Severidad | 0,38 | 0,96 | 0,71 | 0,51 |
| Total de Síntomas Positivos PST | 23,96 | 45,68 | 37,90 | 25,32 |
| Índice de Malestar Positivo PSDI | 1,32 | 1,82 | 1,56 | 1,75 |

Como puede observarse, la muestra chilena parecería ser la que posee índices más altos de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios, mientras que Argentina y España poseerían índices significativamente más bajos, siendo en Argentina incluso más bajo que en España.

De forma similar, mediante el uso de distintos instrumentos de evaluación, Czernik, Jiménez, Morel y Almirón (2006), hallaron altos niveles de depresión en estudiantes universitarios del noroeste de Argentina. Estos autores encontraron en el estudio realizado un porcentaje de 33, 44% de síntomas de depresión en todos los estudiantes que participaron de la muestra a través de la escala de Beck que mide depresión. Como conclusión demuestran que existe en la población niveles elevados de depresión considerados de riesgo, los cuales tienen diversas causas: alejarse de la

familia, carecer de un apoyo afectivo, desarraigo, vivir solos o incluso la situación económica que viven. A su vez, es importante destacar que el 22,69 % de la población de estudiantes poseía ideas suicidas. Los autores concluyen que consideran necesario generar espacios de tratamiento psicológico desde el comienzo de los estudios universitarios. Según Morales, et al. (2013), cursar el primer año de una carrera puede relacionarse con altos niveles de morbilidad psicológica, especialmente depresión ante los nuevos estresores vividos. Siguiendo esta línea, Campo-Cabal, (2001) halló niveles más altos de depresión en los estudiantes universitarios en comparación a aquellas personas que no estudian, y a la población en general.

Pensando la situación de los trastornos de adaptación y la relación con el medio de adaptación de los estudiantes, investigaciones como la de Macías, Muñoz y Hernández (2010) demuestran que existe una relación entre los considerados estresores que los estudiantes viven en una institución educativa y la capacidad de los estudiantes para percibirlos y afrontarlos cognitivamente. Uno de los estresores nombrados por los autores es la sobrecarga de trabajo en estudiantes. En la Universidad Pedagógica de Durango se manifiesta, según los autores, una sobrecarga de tareas académicas percibidas como generadoras de estrés y malestar en estudiantes.

Algunas investigaciones en la población estudiantil relacionan la creatividad como característica protectora de síntomas psicopatológicos. Autores como Hernández, et al. (2010), encontraron que personas con extremos índices de creatividad ya sean elevados o muy leves presentan síntomas psicopatológicos. Demostraron que aquellos estudiantes que presentan niveles medios de creatividad no obtuvieron síntomas psicopatológicos en la escala SCL-90.

Según Medina, Pérez y Mejía (2003), el ambiente académico es en sí generador de respuestas de estrés, al cual se suman dificultades individuales de cada estudiante como problemas económicos, afectivos, familiares, etc. Los autores tomaron una muestra de 625 estudiantes de diversos programas académicos de Bogotá y evaluaron las variables depresión, ansiedad y comportamiento suicida. Encontraron en este estudio que las psicopatologías preponderantes eran depresión y ansiedad. Los resultados obtenidos del estudio demuestran una prevalencia del 58,1%, de ansiedad 49,8% depresión; y un 41%, ideación suicida. A su vez, encontraron mayores porcentajes de depresión y de ideación suicida en estudiantes que convivían con varios compañeros. Las frustraciones que presentan los estudiantes, las pérdidas académicas, son consideradas uno de los factores que

repercuten directamente en su autoestima y la manifestación de síntomas psicopatológicos.

Ahora bien, la mayor parte de las investigaciones que se han realizado en la temática fueron llevadas a cabo con muestras de estudiantes ingresantes a la universidad mediante estudios transversales y descriptivos. Sin embargo, no se han hallado estudios que evalúen si los niveles de psicopatología y de síntomas psicopatológicos reportados en la literatura persisten en años posteriores de estudio o si disminuyen. Tampoco se han encontrado registros de investigaciones que evalúen la variabilidad de los niveles de síntomas psicopatológicos en los distintos años de la carrera universitaria -ni estudios longitudinales, ni transversales-comparativos-, a excepción de sólo un estudio llevado a cabo en Colombia por Erazo y Jiménez (2012), quienes administraron el SCL-90-R a una muestra de estudiantes universitarios colombianos y determinaron que durante los primeros semestres de la carrera, los estudiantes tienen a presentar valores más altos en la dimensiones de depresión, hostilidad y paranoia, reduciéndose los valores hacia los últimos semestres de la carrera. Asimismo, según este estudio, las dimensiones psicopatológicas más frecuentes fueron las referentes a síntomas de ideación paranoide, hostilidad, obsesión y compulsión y depresión.

Por lo tanto, en esta investigación se intentarán describir los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes ingresantes y avanzados de la Universidad Nacional de Mar del Plata y establecer diferencias, si existiesen, entre ellos. El estudio intentará aportar conocimientos para el logro de una detección temprana de síntomas psicopatológicos, para el posterior desarrollo de medidas pertinentes para el tratamiento de los mismos.

METODOLOGÍA

OBJETIVOS GENERALES:

Describir y comparar la prevalencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes que han ingresado a la universidad hace menos de un año y estudiantes que cursan el último año de la carrera.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1- Enumerar, clasificar y describir los síntomas psicopatológicos y el nivel de malestar de estudiantes ingresantes a la licenciatura en Psicología.
- 2- Enumerar, clasificar y describir los síntomas psicopatológicos y el nivel de malestar de estudiantes que cursan asignaturas del último año de la licenciatura en Psicología.
- 3- Comparar la prevalencia de los síntomas psicopatológicos y el nivel de malestar general de los ingresantes y los estudiantes avanzados.
- 4- Comparar la prevalencia de síntomas psicopatológicos de los estudiantes de Psicología de la UNMDP con la de otras muestras de estudiantes universitarios.

HIPOTESIS DE TRABAJO

H1: Los síntomas psicopatológicos son más frecuentes en estudiantes ingresantes que en estudiantes avanzados.

H2: El nivel de malestar es más alto en los ingresantes que en los estudiantes avanzados.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Tipo de estudio: Estudio de tipo descriptivo, correlacional diseño ex post-facto, no experimental, transversal, de dos grupos y una medida.

Participantes La muestra fue de conveniencia y estuvo compuesta por un total de 204 estudiantes regulares de la Facultad de Psicología de la UNMDP. Del total, 162 eran de sexo femenino (79,4%) y 42 de sexo masculino (20,6%). Adicionalmente, 126 sujetos eran estudiantes ingresantes a la unidad académica en el año 2015 que fueron evaluados por el Servicio Universitario de Salud ese mismo año (61,8%) y 78 eran estudiantes de 5° año de la carrera (38,2%) que fueron evaluados por nosotros

mismos. En la Tabla 2 se muestra la distribución de los sujetos según género y año de cursada.

Tabla 2 - Distribución de sujetos en función de género y año de ingreso

| Género | | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------|------------|------------|
| Femenino | 1 | 105 | 64,8% |
| | 5 | 57 | 35,2% |
| | Total | 162 | 100% |
| Masculino | 1 | 21 | 50% |
| | 5 | 21 | 50% |
| | Total | 42 | 100% |

INSTRUMENTO

Para evaluar la presencia de Síntomas Psicopatológicos y determinar su prevalencia y los niveles de malestar, se administrará la versión en español del SCL-90-R Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (Derogatis, 2002). El mismo consiste en una escala de síntomas autoadministrable que se presenta como medida de autoinforme y evalúa el grado de Malestar Psicológico o estrés que la persona ha experimentado durante los últimos siete días. El SCL-90-R se considera un instrumento popular entre profesionales e investigadores por su fácil aplicación y puntuación, sus posibilidades de tamizar sintomatología y sus buenas propiedades psicométricas. La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores entre $r = 0.70$ y 0.80 (Derogatis, 1994; Derogatis & Savitz, 2000). Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas psicopatológicos presentes en individuos. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (1. Índice de Severidad Global, que combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido, 2. Total de síntomas positivos (STP), en el cual puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (Imagen positiva) y puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican tendencia a exagerar patologías; 3. Índice de Malestar Positivo (PSDI), en el cual puntuaciones extremas sugieren actitudes de fingimiento).

RESULTADOS

Nuestros objetivos iniciales referían a la caracterización de la muestra bajo estudio. En principio, la Tabla 3 muestra los valores estadístico descriptivos de los puntajes transformados para el total de la muestra.

Tabla 3 - Valores estadístico descriptivos de los puntajes transformados de las escalas e índices del SCL-90 para toda la muestra

| Escalas e indicadores | Media | D.E. |
|------------------------------------|-------|-------|
| Somatizaciones | 0,55 | 0,48 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,77 | 0,59 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,51 | 0,54 |
| Depresión | 0,64 | 0,51 |
| Ansiedad | 0,47 | 0,48 |
| Hostilidad | 0,42 | 0,47 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,29 |
| Ideación Paranoide | 0,36 | 0,50 |
| Psicoticismo | 0,23 | 0,30 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,49 | 0,38 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 27,30 | 14,61 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,50 | 0,39 |

Como se puede observar, los puntajes más elevados corresponden a las escalas de Obsesiones y Compulsiones y Depresión, mientras que las escalas con menores valores son las de Ansiedad fóbica y Psicoticismo. A su vez, los valores de los índices resultaron adecuados y similares a los obtenidos en la adaptación española del SCL-90-R (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin & Rodríguez-Pulido, 2002).

En segundo lugar, se dividió a la muestra en dos grupos según la variable género. En la tabla 4 se observan los valores estadístico descriptivos para los puntajes transformados de ambos grupos y una prueba t de diferencia de medias para determinar si las mismas resultaban estadísticamente significativas.

Tabla 4 - Valores estadístico descriptivos de los puntajes transformados del SCL-90 según género

| | Femenino | | Masculino | | T | Diferencia de medias |
|------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|----------------------|
| | M | DE | M | DE | | |
| Somatizaciones | 0,60 | 0,50 | 0,34 | 0,31 | 3,24 | 0,26** |
| Obsesiones y compulsiones | 0,77 | 0,61 | 0,77 | 0,51 | -0,08 | -0,01 |
| Sensitividad interpersonal | 0,51 | 0,55 | 0,52 | 0,46 | -0,11 | -0,01 |
| Depresión | 0,66 | 0,53 | 0,54 | 0,40 | 1,41 | 0,12 |
| Ansiedad | 0,50 | 0,51 | 0,39 | 0,33 | 1,33 | 0,11 |
| Hostilidad | 0,41 | 0,47 | 0,48 | 0,50 | -0,96 | -0,08 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,29 | 0,17 | 0,28 | 0,41 | 0,02 |
| Ideación Paranoide | 0,35 | 0,52 | 0,39 | 0,46 | -0,46 | -0,04 |
| Psicoticismo | 0,22 | 0,30 | 0,24 | 0,31 | -0,40 | -0,02 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,50 | 0,39 | 0,46 | 0,31 | 0,66 | 0,04 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 27,27 | 14,55 | 27,43 | 14,99 | -0,06 | -0,16 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,52 | 0,41 | 1,42 | 0,31 | 1,56 | 0,11 |

**p<0,01

En principio, no se encontraron diferencias significativas entre el sexo femenino y el masculino respecto a las escalas e índices del SCL-90 a excepción de la escala de somatizaciones. Para esta última escala, las diferencias son significativas, siendo mayores los valores en la mujeres que en los hombres. Esto indicaría, que son las mujeres, las que utilizan más este mecanismo.

A su vez, los valores promedio más altos encontrados para cada género fueron:

Mujeres: 1) Obsesiones y Compulsiones, 2) Depresión, 3) Somatizaciones y 4) Sensitividad Interpersonal.

Hombres: 1) Obsesiones y Compulsiones, 2) Depresión, 3) Sensitividad Interpersonal y 4) Hostilidad.

A continuación, con el objeto de caracterizar la muestra según el año de cursada, en la tabla 5 se muestran los valores estadístico descriptivos de los puntajes transformados para los estudiantes ingresantes y para los estudiantes avanzados respectivamente y la prueba T de diferencia de medias para determinar si las diferencias observadas resultaban estadísticamente significativas.

Tabla 5 - Valores estadístico-descriptivos para las escalas e índices de SCL-90 según año de cursada

| | Primer Año | | Quinto Año | | T | Diferencia de medias |
|------------------------------------|------------|-------|------------|-------|-------|----------------------|
| | M | DE | M | DE | | |
| Somatizaciones | 0,54 | 0,43 | 0,57 | 0,56 | -0,41 | -0,03 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,71 | 0,56 | 0,86 | 0,63 | -1,78 | -0,15 |
| Sensitividad interpersonal | 0,48 | 0,52 | 0,56 | 0,55 | -1,13 | -0,09 |
| Depresión | 0,60 | 0,49 | 0,69 | 0,54 | -1,22 | -0,09 |
| Ansiedad | 0,43 | 0,47 | 0,55 | 0,50 | -1,76 | -0,12 |
| Hostilidad | 0,44 | 0,52 | 0,39 | 0,39 | 0,78 | 0,05 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,30 | 0,18 | 0,27 | 0,05 | 0,002 |
| Ideación Paranoide | 0,33 | 0,46 | 0,42 | 0,57 | -1,29 | -0,09 |
| Psicoticismo | 0,20 | 0,27 | 0,27 | 0,35 | -1,75 | -0,08 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,46 | 0,36 | 0,53 | 0,40 | -1,30 | -0,07 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 26,56 | 13,93 | 28,49 | 15,65 | -0,91 | -1,92 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,46 | 0,38 | 1,57 | 0,40 | -2,04 | -0,11* |

*p<0,05

Como se puede observar, si bien existen diferencias entre los grupos, las mismas no resultaron estadísticamente significativas, a excepción del índice de malestar positivo, el cual indicaría que existe una leve tendencia en los estudiantes avanzados a actitudes de fingimiento. Sin embargo, las puntuaciones del grupo no resultan extremas y de hecho se asemejan a las de los baremos, por lo que no pueden derivarse más conclusiones al respecto.

Es importante destacar que de los 78 sujetos de quinto año que fueron evaluados por nosotros, 8 de ellos se encontraban en la base de datos del Grupo de Investigación de Sebastián Urquijo por haber completado al momento del ingreso a la universidad el SCL-90-R. Por lo tanto, si bien el número de casos resultaba escaso para poder realizar análisis estadísticos, decidimos incluir dichos datos que, al ser longitudinales, cuentan con más validez. A continuación, en la Tabla 6 se muestran los valores estadístico descriptivos de los 8 alumnos evaluados en 5° año y los estadístico descriptivos de esos mismos sujetos en el momento del ingreso a la UNMDP.

Tabla 6 - Valores estadístico-descriptivos del SCL-90 de los 8 alumnos evaluados en 2016 que ya habían completo el instrumento al ingresar a la UNMDP

| | Alumnos de 5° evaluados en 2016 | | Mismos alumnos evaluados en el ingreso a la UNMDP | |
|----------------|---------------------------------|------|---|------|
| | M | DE | M | DE |
| Somatizaciones | 0,66 | 0,29 | 0,36 | 0,40 |

| | | | | |
|------------------------------------|-------|------|------|------|
| Obsesiones y compulsiones | 0,66 | 0,63 | 0,64 | 0,47 |
| Sensitividad interpersonal | 0,66 | 0,64 | 1,11 | 1,13 |
| Depresión | 0,66 | 0,41 | 0,96 | 0,75 |
| Ansiedad | 0,70 | 0,50 | 0,57 | 0,45 |
| Hostilidad | 0,31 | 0,24 | 1,70 | 0,90 |
| Ansiedad Fóbica | 0,21 | 0,32 | 1,66 | 1,38 |
| Ideación Paranoide | 0,32 | 0,34 | 1,67 | 1,60 |
| Psicoticismo | 0,21 | 0,32 | 4,72 | 3,37 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,5 | 0,3 | 1,62 | 1,2 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 26,62 | 16,6 | 24 | 13,6 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,5 | 0,3 | 5,89 | 1,5 |

Se observa en la Tabla 6 que, a excepción de las escalas de somatizaciones y ansiedad, todas las demás escalas e índices presentan valores de sintomatología más altos en los alumnos cuando ingresaron a la UNMDP que en la actualidad, en 5° año de la carrera. Los resultados difieren de lo expuestos en las Tablas precedentes, en las cuales el análisis fue transversal y no longitudinal.

Ahora bien, otro de los objetivos de la presente investigación era comparar la muestra obtenida con muestras similares presentes en la literatura. Para esto, en la Tabla 7 se indican los valores promedio obtenidos por los puntajes transformados de nuestra muestra y, a continuación, los valores presentados por las otras muestras halladas en la literatura, a saber:

- La muestra de estudiantes universitarios de la UNMDP, presentada en el año 2012 con un n=1600 (1101 F 499 M) (Urquijo, 2011)
- La Muestra Normativa de Estudiantes Universitarios de Chile (2008) con un n=718 (341M y 377F) (Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008).
- La Muestra Normativa de estudiantes Universitarios de España (2007) con un n=1277 (444 M 798 F) (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer & Viñas-Poch, 2007).
- La muestra normativa de la adaptación española del SCL-90-R, n=530 (252 M 278 F) (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin & Rodríguez-Pulido, 2002).

Tabla 7 - Comparación de los valores medios de las escalas e índices del SCL-90 para distintas muestras

| Escala | Medias para todas las muestras | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|--|
| | Muestra Psicología UNMDP n=204 | UNMDP 2012 n=1600 | Chile 2008 n=718 | España 2007 n=1277 | SCL-90 adaptación España 2002 n=530 |
| Somatización | 0,55 | 0,40 | 1,06 | 0,65 | 0,55 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,77 | 0,59 | 1,32 | 1,05 | 0,60 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,51 | 0,40 | 0,94 | 0,88 | 0,45 |
| Depresión | 0,64 | 0,48 | 1,09 | 0,89 | 0,72 |
| Ansiedad | 0,47 | 0,33 | 1,01 | 0,66 | 0,52 |
| Hostilidad | 0,42 | 0,41 | 0,84 | 0,66 | 0,45 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,17 | 0,48 | 0,29 | 0,25 |
| Ideación Paranoide | 0,36 | 0,33 | 0,87 | 0,77 | 0,47 |
| Psicoticismo | 0,23 | 0,18 | 0,74 | 0,41 | 0,21 |
| Índice Global de Severidad (IGS) | 0,49 | 0,38 | 0,96 | 0,71 | 0,51 |
| Total de Síntomas Positivos (PST) | 27,30 | 23,96 | 45,68 | 37,90 | 25,32 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,50 | 1,32 | 1,82 | 1,56 | 1,75 |

La universidad chilena presenta valores más altos de sintomatología, seguida por la española y por último las dos muestras marplatenses. Comparando los valores entre la Facultad de Psicología y la UNMDP (que incluye a la totalidad de las facultades), los valores de esta última son menores, es decir, los alumnos pertenecientes a la Facultad de Psicología presentan más sintomatología que los alumnos de todas las Facultades de la UNMDP considerados en su conjunto.

A continuación, se calculó la *d* de Cohen para determinar el tamaño de las diferencias entre las muestras. Los resultados se presentan en la Tabla 8 (diferencia con muestra de UNMDP, Urquijo, 2011), Tabla 9 (diferencia con muestra Chilena de Gempff Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008) y Tabla 10 (diferencias con muestra española de Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer & Viñas-Poch, 2007). No se calculó la diferencia con la muestra Española de 2002 (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin & Rodríguez-Pulido, 2002) ya que la misma no estaba compuesta por estudiantes universitarios.

Tabla 8 - d de Cohen con muestra UNMDP, Urquijo, 2011

| Escalas e indicadores | Muestra Psicología 2016 | | Muestra UNMDP 2011 | | d de Cohen |
|------------------------------------|----------------------------|-------|-----------------------|-------|------------|
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Somatizaciones | 0,55 | 0,48 | 0,38 | 0,38 | 0,43 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,77 | 0,59 | 0,56 | 0,48 | 0,36 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,51 | 0,54 | 0,37 | 0,42 | 0,26 |
| Depresión | 0,64 | 0,51 | 0,45 | 0,44 | 0,38 |
| Ansiedad | 0,47 | 0,48 | 0,30 | 0,36 | 0,36 |
| Hostilidad | 0,42 | 0,47 | 0,37 | 0,47 | 0,11 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,29 | 0,14 | 0,27 | 0,17 |
| Ideación Paranoide | 0,36 | 0,50 | 0,30 | 0,43 | 0,12 |
| Psicoticismo | 0,23 | 0,30 | 0,35 | 0,31 | 0,40 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,49 | 0,38 | 0,41 | 0,46 | 0,01 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 27,30 | 14,61 | 22,37 | 14,56 | 0,34 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,50 | 0,39 | 1,31 | 0,33 | 0,49 |

Tabla 9 - d de Cohen con muestra Chilena de Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008

| Escalas e indicadores | Muestra Psicología 2016 | | Chile 2008 | | d de Cohen |
|------------------------------------|----------------------------|-------|---------------|-------|------------|
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Somatizaciones | 0,55 | 0,48 | 1,06 | 0,69 | 0,78 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,77 | 0,59 | 1,32 | 0,68 | 0,83 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,51 | 0,54 | 0,94 | 0,61 | 0,72 |
| Depresión | 0,64 | 0,51 | 1,09 | 0,63 | 0,74 |
| Ansiedad | 0,47 | 0,48 | 1,01 | 0,59 | 0,95 |
| Hostilidad | 0,42 | 0,47 | 0,84 | 0,62 | 0,71 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,29 | 0,48 | 0,49 | 0,64 |
| Ideación Paranoide | 0,36 | 0,50 | 0,87 | 0,71 | 0,76 |
| Psicoticismo | 0,23 | 0,30 | 0,74 | 0,56 | 0,99 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,49 | 0,38 | 0,96 | 0,48 | 1,02 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 27,30 | 14,61 | 45,68 | 16,52 | 1,14 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,50 | 0,39 | 1,82 | 0,40 | 0,80 |

Tabla 10 - d de Cohen con muestra española de Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer & Viñas-Poch, 2007.

| Escalas e indicadores | Muestra Psicología 2016 | | España 2007 | | d de Cohen |
|------------------------------------|----------------------------|-------|-------------|-------|------------|
| | Media | D.E. | Media | D.E. | |
| Somatizaciones | 0,55 | 0,48 | 0,65 | 0,56 | 0,18 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,77 | 0,59 | 1,05 | 0,65 | 0,43 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,51 | 0,54 | 0,88 | 0,65 | 0,58 |
| Depresión | 0,64 | 0,51 | 0,89 | 0,67 | 0,38 |
| Ansiedad | 0,47 | 0,48 | 0,66 | 0,57 | 0,34 |
| Hostilidad | 0,42 | 0,47 | 0,66 | 0,62 | 0,40 |
| Ansiedad Fóbica | 0,19 | 0,29 | 0,29 | 0,41 | 0,25 |
| Ideación Paranoide | 0,36 | 0,50 | 0,77 | 0,66 | 0,64 |
| Psicoticismo | 0,23 | 0,30 | 0,41 | 0,45 | 0,42 |
| Índice de Severidad Global (IGS) | 0,49 | 0,38 | 0,71 | 0,48 | 0,47 |
| Total de síntomas positivos (STP) | 27,30 | 14,61 | 37,90 | 17,73 | 0,61 |
| Índice de Malestar Positivo (PSDI) | 1,50 | 0,39 | 1,56 | 0,42 | 0,14 |

Como puede observarse, respecto de la muestra de la UNDMP, el tamaño del efecto de las diferencias resulta de pequeño a mediano. Respecto de la muestra Española en estudiantes universitarios, las diferencias resultan medianas en su mayoría. Finalmente, respecto de la muestra chilena, las diferencias resultan grandes en su mayoría.

CONCLUSIONES

Inicialmente, respecto de la caracterización de la muestra, puede decirse que, tal como planteaba la bibliografía revisada de América Latina (e.g. Micin & Bagladi, 2011; Miranda Bastidas, Gutiérrez Segura, Bernal Buitrago & Escobar, 2000), uno de los síntomas hallados en gran proporción fue el de depresión, el cual refiere a sintomatología asociada a un estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. Asimismo, la escala de ansiedad, que se esperaba fuera una de las escalas con sintomatología más frecuente, tampoco evidenció resultados significativos, siendo sus valores incluso menores a los del baremo del instrumento

Respecto de las diferencias en relación al género que reporta la literatura (e.g. Casullo 2004; Gempp Fuentealba & Avendaño Bravo, 2008; Fouilloux Morales et al., 2013; Micin & Bagladi, 2011), la cual sostenía en general mayor prevalencia de psicopatología en mujeres que en hombres, nuestros resultados parecería contraponerse, ya que se halló ausencia de diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la escala de somatización, en la cual las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres. Esto indicaría que son las mujeres las que parecerían tener mayor tendencia a percibir los malestares que la persona relaciona con diferentes disfunciones corporales como pueden ser cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, entre otras. Menelic Rocha y Ortega Soto (1995) también reportaban ausencia de diferencias en función del género, por lo que nuestros resultados se asemejarían más a los de dichos autores.

La ausencia de tales diferencias entre hombres y mujeres podría deberse al hecho de que los estudiantes de Psicología podrían tener características comunes – como la empatía por ejemplo- que colaborarían a la elección de la carrera, haciendo que se diluyan las diferencias que comúnmente se atribuyen al género.

Asimismo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes avanzados e ingresantes, lo que desestima la hipótesis planteada en la investigación la cual sostenía que era esperable encontrar niveles de síntomas psicopatológicos más altos en estudiantes ingresantes que en estudiantes avanzados. Estos resultados difieren de lo planteado por Erazo y Jiménez (2012), quienes sostenían que durante los primeros semestres de la carrera, los estudiantes tendían a presentar valores más altos en la dimensiones de depresión, hostilidad y paranoia, reduciéndose los valores hacia los últimos semestres de la carrera.

Recordemos que sólo se halló una diferencia significativa en función de los años de carrera para el índice de Malestar Positivo, el cual fue mayor en estudiantes de quinto que en ingresantes. Esto se asemeja a lo reportado por Casullo (2004) en Argentina, quien halló que con la edad aumenta la tendencia a exagerar los síntomas que aquejan a los sujetos.

Si bien las diferencias encontradas en función de los años de cursada no resultaron estadísticamente significativas, los puntajes de los alumnos de quinto año fueron más elevados que los alumnos del primer año de la carrera de Psicología, lo que nos lleva a pensar y abre la puerta a otros interrogantes acerca de la salud mental de los futuros psicólogos, de cómo esto influye en la comunidad profesional y en la población en general. Claro está, el estudio tiene amplias limitaciones, principalmente vinculadas al hecho de que trató de un estudio transversal y no longitudinal. De hecho, los 8 estudiantes que se encontró que ya habían realizado el SCL-90 cuando ingresaron a la Universidad, evidenciaban haber reducido la sintomatología general y el índice de severidad global. Por lo tanto, uno de las líneas a seguir luego de esta investigación sería realizar un estudio de características longitudinales que le otorgue más validez a los resultados.

La investigación realizada reviste importancia a nivel local, pues los datos obtenidos permiten realizar una continuación de las investigaciones previas sobre estudiantes universitarios y sobre síntomas psicopatológicos en la UNMDP, permitiendo así, contribuir al conocimiento y mejora de la salud mental de estudiantes de Psicología y de la UNMDP en general. Finalmente, en futuras investigaciones sería interesante continuar profundizando el análisis de las diferencias de género, y la relación de los niveles de sintomatología con relación al rendimiento académico. A su vez, una continuación de la presente investigación podría incluir un número muestral más amplio de sujetos, e incluso considerar incluir a estudiantes de distintas carreras de la UNMDP, para evaluar si los resultados obtenidos en la Facultad de Psicología son replicables en otras unidades académicas.

Referencias bibliográficas

- Almeida, L. S., Guisande, M. A., Primi, R., & Lemos, G. (2015). Contribuciones del factor general y de los factores específicos en la relación entre inteligencia y rendimiento escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 1(3), 5-16.
- Alsina i Pastells, À. (2007). ¿ Por qué algunos niños tienen dificultades para calcular?: Una aproximación desde el estudio de la memoria humana. *Revista latinoamericana de investigación en matemática educativa*, 10(3), 315-333.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Aparicio, M., Marsollier, R., & Rodríguez, G. (2013). La Deserción Universitaria y su Relación con Factores Psicosociales. Un estudio en la UNCUYO. *XIII Coloquio de Gestión Universitaria en América del Sur*.
- Arrivillaga Quintero, M., Cortés García, C., Goicochea Jiménez, V. L., & Lozano Ortiz, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas. psicologica*, 3(1), 17-25.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill.
- Biggio, M. N., Vázquez, S. M., & García, S. M. (2015). Deserción en estudiantes de nuevo ingreso a carreras de diseño. El caso de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 15(1), 1-23.
- Campo-Cabal, G. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la facultad de Salud- Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351-358.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International journal of clinical and healthpsychology*, 7(3), 781-794.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria.
- Caso-Niebla, J., & Hernández, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(3), 487-501.
- Casullo, M. M. (2004). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos: El SCL-90-R y los estudios epidemiológicos*. Documento de trabajo.
- Clark, C. A. C., & Woodward, L. J. (2007). *Preschool executive functioning as a predictor of children's academic achievement at age six years*. Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Boston, MA.
- Contreras, M. A., Corbalán, F., & Redondo, J. (2007). Cuando la suerte está echada: estudio cuantitativo de los factores asociados al rendimiento en la PSU. *REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 5(5), 259-263.
- Cu Balán, G. (2005). El impacto de la escuela de procedencia del nivel medio superior en el desempeño de los alumnos en el nivel universitario. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3(1), 764-769.
- Czernik, S., Jiménez, S., Morel, M. & Almirón L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. Alcmeon, *Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A. L.,

- Rodríguez-Pulido, F., & Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de psiquiatría*, 7(3), 93-96.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90- R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación de Gonzalez de Rivera y cols*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En Maruish, Mark E. (Ed). (2000). *Handbook of psychological assessment in primary care settings*, (pp. 297-334). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Díaz, C. J. (2009). Factores de deserción estudiantil en ingeniería: Una aplicación de modelos de duración. *Información tecnológica*, 20(5), 129-145.
- Erazo, M. & Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5(1), 65-76.
- Fouilloux Morales, C., Barragán Pérez, V., Ortiz León, S., Jaimes Medrano, A., Urrutia Aguilar, M. E., & Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud mental*, 36(1), 59-65.
- García Guadilla, C. (2010). Modelos de acceso y políticas de ingreso a la educación superior. El caso de América Latina y el Caribe. *Educación Superior y Sociedad*, 2(2), 72-93.
- García-Valcárcel, A. y Tejedor, F.J. (2007). Estudio de las actitudes del profesorado universitario hacia la integración de las TIC en su práctica docente. *10º Congreso Iberoamericano EDUTEC*, 23-25 Octubre, Buenos Aires (Argentina).
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58.
- Goldenhersch, H., Coria, A., Moughty, M.T., Chiavassa, N. & Saino, M. (2006). Deserción Estudiantil, Estudio de un caso la FCE, Córdoba, Argentina. *Asociación Cooperadora de la Facultad de Ciencias Económicas*, 1.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M., & Rodríguez-Pulido, F. (2002). El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R. *Publicaciones de Psicología Aplicada*, TEA Ediciones, Madrid.
- Gutiérrez Rodas, J. A., Montoya Vélez, L. P., Toro Isaza, B. E., Briñón Zapata, M. A., Rosas Restrepo, E., & Salazar Quintero, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Hernández, Ó. S., Martín-Brufau, R., Carrillo, F. X. M., Javier, F., Berna, C., & Gras, R. M. L. (2010). Relación entre optimismo, creatividad y síntomas psicopatológicos, en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1151-1178.
- Jaspers, K. (1966). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Beta
- Joffre, V. M., Martínez, G., García, G., & Sánchez, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(1), 86-93.
- Ley de Educación Superior, L. Decreto 24521/95 del Poder Ejecutivo Nacional, Buenos Aires, 20 de julio de 1995.
- Lopera Oquendo, C. (2007). Determinantes de la deserción universitaria en la Facultad de Economía Universidad del Rosario. *Universidad del Rosario (Colombia) Borradores de investigación*, 95, 1-25.

- Macías, A. B., Muñoz, F. O., & Hernández, L. M. M. CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES GENERADORAS DE ESTRÉS ACADÉMICO. UN ESTUDIO EXPLORATORIO. *IUNAES*.
- Malpica, C. R., Salas, M. Á. D. L., & Rojas, A. M. (2014). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una aproximación crítica a su quinta edición (DSMa5). *Gac Méd Caracas*, 122(3), 208-218.
- Martínez Hernández, Á. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(68), 645-659
- McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2011). Self-regulation and academic achievement in elementary school children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2011(133), 29-44.
- Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Medrano, L. A., Galleano, C., Galera, M., & del Valle Fernández, R. (2010). Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios. *Liberabit*, 16(2), 183-192.
- Menelic Rocha, H., & Ortega Soto, H. A. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud mental*, 18(2), 31-4.
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64.
- Miranda Bastidas, C. A., Gutierrez Segura, J. C., Bernal Buitrago, F., & Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista colombiana de psiquiatría*, 29(3), 251-260.
- Morales, C. F., Pérez, V. B., León, S. O., Medrano, A. J., Aguilar, M. E. & Guevara-Guzmán, R. (2013). Depressive symptoms and academic performance in medical students. *Salud Mental*, 36, 57-63.
- Osornio-Castillo, L., & Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 1-2.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111(5), 343-352.
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua española*. España: Autor.
- Robinson, T. (1990). Understanding the gap between entry and exit: A cohort analysis of African American students' persistence. *The Journal of Negro Education*, 59(2), 207-218.
- Sánchez, F. O. (2009). *Lecciones de psiquiatría*. Ed. Médica Panamericana.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Saurí, J. (1982). *Lecturas de la psicopatología*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Tejedor Tejedor, F. J. & García-Valcárcel Muñoz-Repiso, A. (2007). Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de los profesores y alumnos): propuestas de mejora en el marco del EEES. *Revista de Educación*, 342, 419-442.

- Tejedor-Tejedor, F. J., González, S. G., & García-Señorán, M. D. M. (2008). Estrategias atencionales y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Revista latinoamericana de psicología*, 40(1), 123-132.
- Urquijo, S. & Abraham, C. (2011). Patrones de Síntomas psicológicos y prevalencia de psicopatologías en Ingresantes Universitarios. *XIII Reunión Nacional y II Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento*, Agosto.
- Urquijo, S., del Valle, M. V., Ané, A. M. D., Heredia, L. A., & Martínez, B. A. (2013). Psicopatología y desempeño académico en estudiantes universitarios. En *XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional De La Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento*.
- Vargas, G. M. G. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública. *Revista educación*, 31(1), 43-63.
- Vaz, R. F., Mbajjorgu, E. F., & Acuda, S. W. (1998). A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe. *The Central African journal of medicine*, 44(9), 214-219.
- Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology*. Nueva York: W W Norton & Co.

ANEXO

La participación en este estudio, cuyo objetivo es explorar y evaluar los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios, es voluntaria y confidencial. Se mantendrá la confidencialidad de los participantes y sus datos y los mismos serán utilizados única y exclusivamente con fines de investigación.

Declaro que he sido informado por los investigadores, he comprendido toda la información suministrada, me han contestado todas las preguntas que he realizado y por lo tanto estoy en condiciones de dar mi consentimiento a tal participación. Al completar mis datos, ratifico mi aceptación de las condiciones anteriormente expuestas, expresando mi voluntad y compromiso de consentir mi participación en dicho proyecto, conociendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

- 1) nombre y apellido
- 2) DNI:
- 3) facultad:
- 4) año de cursada:
- 5) año ingreso:
- 6) sexo:
- 7) edad:

SCL-90-R

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

Utilice los siguientes criterios

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

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR:0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Dolores de cabeza. | | | | | |
| 2. Nerviosismo. | | | | | |
| 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza. | | | | | |
| 4. Sensación de mareo o desmayo. | | | | | |
| 5. Falta de interés en relaciones sexuales. | | | | | |
| 6. Criticar a los demás. | | | | | |
| 7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos. | | | | | |
| 8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa. | | | | | |
| 9. Tener dificultad para memorizar cosas. | | | | | |
| 10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo. | | | | | |
| 11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a. | | | | | |
| 12. Dolores en el pecho. | | | | | |
| 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles. | | | | | |
| 14. Sentirme con muy pocas energías. | | | | | |
| 15. Pensar en quitarme la vida. | | | | | |
| 16. Escuchar voces que otras personas no oyen. | | | | | |
| 17. Temblores en mi cuerpo. | | | | | |
| 18. Perder la confianza en la mayoría de las personas. | | | | | |
| 19. No tener ganas de comer. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 20. Llorar por cualquier cosa. | | | | | |
| 21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo. | | | | | |
| 22. Sentirme atrapada/o o encerrada/o. | | | | | |
| 23. Asustarme de repente sin razón alguna. | | | | | |
| 24. Explotar y no poder controlarme. | | | | | |
| 25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa. | | | | | |
| 26. Sentirme culpable por cosas que ocurren. | | | | | |
| 27. Dolores en la espalda | | | | | |
| 28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer | | | | | |
| 29. Sentirme solo/a. | | | | | |
| 30. Sentirme triste. | | | | | |
| 31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa. | | | | | |
| 32. No tener interés por nada. | | | | | |
| 33. Tener miedos. | | | | | |
| 34. Sentirme herido en mis sentimientos. | | | | | |
| 35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando. | | | | | |
| 36. Sentir que no me comprenden. | | | | | |
| 37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto. | | | | | |
| 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| están bien hechas. | | | | | |
| 39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera. | | | | | |
| 40. Náuseas o dolor de estómago. | | | | | |
| 41. Sentirme inferior a los demás. | | | | | |
| 42. Calambres en manos, brazos o piernas. | | | | | |
| 43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí. | | | | | |
| 44. Tener problemas para dormirme. | | | | | |
| 45. Tener que controlar una o más veces lo que hago. | | | | | |
| 46. Tener dificultades para tomar decisiones. | | | | | |
| 47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos. | | | | | |
| 48. Tener dificultades para respirar bien. | | | | | |
| 49. Ataques de frío o de calor. | | | | | |
| 50 Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo. | | | | | |
| 51. Sentir que mi mente queda en blanco. | | | | | |
| 52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo. | | | | | |
| 53. Tener un nudo en la garganta. | | | | | |
| 54. Perder las esperanzas en el futuro. | | | | | |
| 55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo. | | | | | |
| 57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a | | | | | |
| 58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados | | | | | |
| 59. Pensar que me estoy por morir. | | | | | |
| 60. Comer demasiado. | | | | | |
| 61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí. | | | | | |
| 62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos. | | | | | |
| 63. Necesitar golpear o lastimar a alguien. | | | | | |
| 64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad. | | | | | |
| 65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas. | | | | | |
| 66. Dormir con problemas, muy inquieto/a. | | | | | |
| 67. Necesitar romper o destrozar cosas. | | | | | |
| 68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden. | | | | | |
| 69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí. | | | | | |
| 70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente. | | | | | |
| 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo. | | | | | |
| 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico. | | | | | |
| 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público. | | | | | |
| 74. Meterme muy seguido en discusiones. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a. | | | | | |
| 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco. | | | | | |
| 77. Sentirme solo/a aún estando con gente. | | | | | |
| 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme. | | | | | |
| 79. Sentirme un/a inútil. | | | | | |
| 80. Sentir que algo malo me va a pasar. | | | | | |
| 81. Gritar o tirar cosas. | | | | | |
| 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente. | | | | | |
| 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo. | | | | | |
| 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan. | | | | | |
| 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados. | | | | | |
| 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo. | | | | | |
| 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo. | | | | | |
| 88. Sentirme alejado/a de las demás personas. | | | | | |
| 89. Sentirme culpable. | | | | | |
| 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien. | | | | | |

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Facultad de Psicología de la UNMDP, por brindarnos nuestra formación académica. Agradecer al grupo de Psicología Cognitiva - Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, quienes nos permitieron investigar en un proyecto mayor en relación a los síntomas psicopatológicos. Dentro de los agradecimientos al grupo, particularmente al director Dr. Sebastián Urquijo quien nos brindó un espacio de dirección y supervisión.

Nuestros agradecimientos también son a la Lic. Macarena del Valle, quien nos acompañó, apoyó y guió en la realización de nuestra tesina, demostrando una gran capacidad, voluntad y predisposición.

Por último a nuestras familias y amigos quienes nos acompañaron en toda nuestra carrera universitaria y en la elaboración de nuestra investigación.