

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR**  
**Plan de estudios OC.S. 143/89**

**TITULO DEL PROYECTO:** Relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el desempeño académico de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

**EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: Si**

**NOMBRE Y APELLIDO DE LOS ALUMNOS:**

Fabiana Accetta Matrícula 001/86.

Andrea Rojas. Matrícula 5999/02.

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:**

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

**SUPERVISOR:** Dr. Urquijo Sebastián.

## **DESCRIPCION RESUMIDA**

El objetivo de este estudio es indagar las relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el desempeño académico de estudiantes de Psicología. Para ello se trabajará con aproximadamente 250 estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, a quienes se le aplicará el Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R, Derogatis,1994) el cual es un instrumento de reconocida utilidad para la detección de un amplio rango de sintomatología y de malestar psicológico. Se trata de una escala de síntomas que se administra de forma auto-aplicada y que puede ser utilizado en pacientes en tratamiento psicológico o psiquiátrico y en población en general. Los datos referidos al rendimiento académico, serán obtenidos de la base de datos del sistema de División alumnos de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se asume que los resultados permitirán obtener evidencias empíricas de las relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el rendimiento académico. Asimismo podrá utilizarse el conocimiento producido para contribuir al desarrollo del Proyecto denominado Relaciones de la personalidad, la salud mental, el bienestar psicológico, los mecanismos de regulación, y las estrategias de aprendizaje con las trayectorias académicas de estudiantes universitarios.

**PALABRAS CLAVE:** Síntomas psicopatológicos- Desempeño académico- Estudiantes universitarios.

## **DESCRIPCION DETALLADA**

### **MOTIVO Y ANTECEDENTES**

La trayectoria académica se define como el recorrido que sigue un alumno en un tiempo determinado, desde su ingreso, estancia y egreso de la Universidad.

El desempeño académico es entendido como la relación entre el proceso de aprendizaje y sus resultados tangibles en valores predeterminados: a) cantidad de materias cursadas (aprobadas y desaprobadas) b) cantidad de finales (aprobados y desaprobados) c) promedio académico (con y sin aplazos) d) regularidad (cantidad de años en la carrera). Chadwick (1979 en Montes Gutiérrez & Lerner Matiz 2010-2011) conceptualiza el rendimiento académico

como la expresión de capacidades y características del estudiante que se actualizan a través de un proceso de aprendizaje.

Según Pizarro y Clark (1998) el rendimiento académico es una medida de la capacidad de respuesta del individuo, que expresa, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como resultado de un proceso de instrucción o formación. Estos autores, desde la perspectiva del alumno, definen el rendimiento académico como la capacidad de respuesta que tiene un individuo a estímulos, objetivos y propósitos educativos previamente establecidos.

Por otra parte, Jiménez (2000) considera que se puede tener una buena capacidad intelectual y unas buenas aptitudes y no estar obteniendo un rendimiento adecuado, ante la disyuntiva y con la perspectiva de que el rendimiento académico es un fenómeno multifactorial. El desempeño académico es una variable compleja en la cual inciden factores: económicos, familiares, académicos, personales, estado civil, cantidad de hijos o personas a cargo, situación laboral (trabajo, tipo, cantidad de horas), situación de convivencia (con quién vive, en que condiciones) e institucionales. (Montes Gutierrez & Lerner Matiz, 2010-2011).

El rendimiento académico podría mejorar o disminuir al verse afectado por un conjunto de variables de tipo cognitivas, conativas y afectivas, como así también el nivel de bienestar y malestar psicológico que presentan los estudiantes. Por lo cual, sería razonable suponer que el estado psicológico de los mismos se vincularía a su desempeño, especialmente la presencia de síntomas psicopatológicos.

Según Carrol (1993) el síntoma es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como malestar o provocado por un estado patológico, es decir, que es todo fenómeno que se produce en un sujeto y que es causado por una enfermedad, alteración o afección. El síntoma es una advertencia, una señal útil de que la salud puede estar en riesgo sea por motivos psíquicos, físicos o sociales.

Resulta de utilidad para los fines de esta investigación, enumerar algunos de los criterios específicos para diferenciar las manifestaciones psicopatológicas de las que no lo son.

Entre los criterios descriptos por Page (1982) se encuentra en primer lugar el criterio *Función defectuosa de la psique*: las funciones mentales más deterioradas por lo general son: la atención, percepción, razonamiento, prueba de realidad, juicio, aprendizaje, memoria, comunicación y creatividad. De esta forma las funciones existen, pero su uso está deteriorado o distorsionado. Una persona puede tener la capacidad de pensar pero no de pensar lógicamente. En segundo lugar se menciona la *Función defectuosa en el área social*: implica

una falta de interés social, de mantener contacto con otros y a una relativa incapacidad para aprehender el modelo cultural y a evitar comprometerse en actos que difieren de las normas culturales. El tercer criterio es la *Pérdida del autocontrol*: impide que la conducta pueda controlarse voluntariamente por lo que la misma se torna inadecuada e irracionalidad. El cuarto criterio es *Evaluación de la sociedad*: en este caso, cuando existen diferencias de opinión entre la sociedad y el individuo se otorga mayor peso a la evaluación de la sociedad. Por último, el autor menciona el *Factor de aflicción personal*: que consiste en el sentimiento subjetivo del individuo. Las personas que padecen trastornos mentales presentan una angustia que frecuentemente es una combinación de ansiedad, temor, ira, desaliento, culpa y odio. Si bien estos sentimientos pueden estar presentes en todas las personas, aquí la diferencia está dada por la inadecuación, incongruencia y falta de explicación lógica de la duración y severidad de la reacción emocional.

Un instrumento válido, de reconocida utilidad para la detección de un amplio rango de sintomatología psicopatológica es el SCL-90-R de Derogatis (1994). Se trata de una escala de síntomas que se administran de forma auto-aplicada y que evalúa según la definición del autor el grado de malestar psicológico o distres que experimenta una persona durante el período que va desde el momento de la evaluación a una semana atrás. Puede ser utilizado en pacientes psicológicos o psiquiátricos y en población en general (Sánchez & Ledesma, 2009).

Derogatis y Cleary (1977) llevaron a cabo un análisis factorial del instrumento en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, obteniendo nueve factores o dimensiones de síntomas. Dichas dimensiones constituyen las escalas que evalúa el inventario y son las siguientes:

- Somatizaciones (SOM),
- Obsesiones y compulsiones (OBS)
- Sensitividad interpersonal (SI)
- Depresión (DEP)
- Ansiedad (ANS)
- Hostilidad (HOS)
- Ansiedad fóbica (FOB)
- Ideación paranoide (PAR)
- Psicoticismo (PSIC)

El SCL-90-R también permite calcular tres índices generales, combinando las respuestas a todos los reactivos:

- Índice de Severidad Global {ISG} (indicador del nivel actual de malestar percibido)
- Total de síntomas positivos {TSP} (total de síntomas reconocidos como presentes)
- Índice de Malestar Sintomático Positivo {IMSP} (evalúa el estilo de respuesta)

El instrumento incluye además una serie de ítems adicionales discretos (referidos a trastornos del sueño, comportamiento alimentario, etc.) no incluidos en ninguna de las escalas.

Además de ser un inventario de fácil administración y corrección, entre otras cualidades, permite tamizar sintomatología en tres diferentes niveles de complejidad:

- el índice general de malestar psicológico
- las escalas particulares de síntomas
- análisis específico de síntomas aislados de interés práctico.

En nuestro país se llevaron a cabo diversos estudios sobre la presencia de síntomas psicopatológicos. Casullo y Fernández Liporace (2001) llevaron a cabo un estudio descriptivo comparativo en una población de 1300 adolescentes y estudiantes en Buenos Aires, Tucumán y la Patagonia. Para ello utilizaron el inventario de Síntomas SCL-90-R y una encuesta socio-demográfica. Dicha investigación arrojó diferencias significativas según las dimensiones edad, género y región, lo que implica que ciertas pautas sociales y valores culturales pueden explicar las diferencias en el modo de expresar los malestares psicológicos.

Otras investigaciones realizadas con estudiantes adolescentes de Buenos Aires, sobre malestares depresivos, ideaciones suicidas, impacto de los eventos estresantes del ciclo vital, soledad, aislamiento y ansiedad, permitieron determinar que cerca de un 15% de la población estudiada puede considerarse en riesgo o vulnerable. (Casullo,1998; Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

Una investigación desarrollada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata sobre las relaciones entre sexo, edad y tipo de escuela de alumnos adolescentes con la presencia de indicadores de depresión, como así también su relación con el desempeño académico en la áreas de lengua y matemáticas (Pérez & Urquijo, 1997).

En Venezuela, Feldman et. al, (2008) investigaron las relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios. La conclusión fue que la presencia de condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico.

Cabal & Gutiérrez en una investigación sobre Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, concluyeron que el 75% de la muestra presentó algún tipo de psicopatología en su evaluación clínica y el 66,6% depresión y ansiedad.

Se espera que la presente investigación cuyo objetivo es determinar las relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos de estudiantes universitarios y su rendimiento académico pueda aportar evidencias empíricas de las características psicológicas de los estudiantes universitarios de la carrera de psicología de la UNMDP como así también determinar perfiles psicológicos asociados al desempeño académico.

## **OBJETIVOS PARTICULARES.**

- 1) Describir y caracterizar los síntomas psicopatológicos presentes en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2) Describir y caracterizar las trayectorias académicas de los estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata que presenten síntomas psicopatológicos.
- 3) Establecer relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y la trayectoria académica.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

- 1) Existiría una relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata que podría asociarse a la trayectoria y el desempeño académico, de manera tal que es esperable encontrar que los síntomas psicopatológicos detectados en los estudiantes favorecerían u obstaculizarían su desempeño académico.
- 2) Los estudiantes que presenten síntomas obsesivos-compulsivos, tenderán a presentar trayectorias académicas más eficientes representadas por mayor cantidad de materias cursadas y aprobadas por año, mayor cantidad de finales rendidos y aprobados por año, mejores calificaciones y una regularidad con

mayor estabilidad. Asimismo, estudiantes que presenten alta puntuación en las escalas de Hostilidad y Sensitividad interpersonal, serían aquellos alumnos con un desempeño académico inferior.

## **TIPO DE ESTUDIO**

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

## **PARTICIPANTES**

El universo comprende a todos los estudiantes regulares de la facultad de Psicología de la universidad Nacional de Mar del Plata. Se trabajará con una muestra de conveniencia de aproximadamente 250 alumnos que hayan ingresado a la Unidad Académica a partir del año 2009.

## **INSTRUMENTOS**

1) Para evaluar patrones de síntomas de tipos de psicopatología presentes en estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se utilizarán los datos recogidos por el Servicio Universitario de Salud al momento del ingreso de los estudiantes, los cuales corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación del inventario de síntomas SCL-90 R de L. Derogatis, diseñado para la detección de un amplio rango de sintomatología psicopatológica y de malestar psicológico. Esta escala, ampliamente utilizada en multitud de estudios clínicos, constituye una de las técnicas de auto-informe más avalada para la detección y medición de síntomas psicopatológicos, así como para la evaluación de supuestos casos psiquiátricos.

El SCL-90- R es un cuestionario de síntomas auto-aplicado que consta, como su nombre lo indica de 90 ítems. La primera versión fue desarrollada por Derogatis, Lipman y Covi en 1973, tras su aplicación clínica y diferentes análisis psicométricos, Derogatis, Rickels y Rock publican la forma actual en 1977 (Robles Sánchez, Andreu Rodríguez, Peña Fernández, 2002). Cada ítem se contesta en una escala tipo likert de 5 puntos, desde "0" (ausencia del síntoma) hasta "4" (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Las escalas sintomáticas son las siguientes: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica,

Ideación paranoide y psicoticismo. Los índices de malestar son: a) el Índice global de severidad (GSI), b) el Índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y c) Total de síntomas positivos (PST).

A tenor de los resultados obtenidos en relación a sus propiedades psicométricas en una amplia muestra de sujetos clínicos, la versión española del SCL-90-R es una prueba suficientemente fiable y específica para la evaluación de síntomas y posibles casos psiquiátricos.

2) Para obtener datos sobre la trayectoria académica de los estudiantes, se utilizará la información disponible en los sistemas informáticos de la División Alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores: promedio con aplazos, promedio sin aplazos, regularidad (cantidad de años en la carrera), número de finales aprobados por año, número de finales desaprobados por año, número de cursadas aprobadas y desaprobadas por año.

## **PROCEDIMIENTO**

La primera tarea consistirá en cargar los datos obtenidos por la aplicación del SCL-90-R en la muestra de alumnos, quienes, previamente prestaron su consentimiento informado por escrito. Posteriormente, se realizará una búsqueda de datos sobre la trayectoria y el desempeño académico de los alumnos.

Finalmente, se procederá a evaluar todos los datos obtenidos y a establecer relaciones entre los mismos para alcanzar los objetivos y trabajar en la validación de las hipótesis y en la elaboración de las conclusiones.

## **PROCESAMIENTO DE DATOS**

Sobre la información obtenida, se realizarán análisis estadísticos.

Para describir y caracterizar la presencia de síntomas psicopatológicos en los estudiantes y su rendimiento académico, se utilizarán análisis estadísticos descriptivos (media, mínimo, máximo, desvío típico, categorías, frecuencia y porcentaje).

Para determinar los niveles de asociación entre las variables en estudio se recurrirá a las pruebas de correlación bivariadas de Pearson y Spearman, según corresponda.

<b>CRONOGRAMA</b>		Agosto	Setiembre	Octubre
Revisión y actualización bibliográfica		XXXXXXXX	XXXXXX	
Elaboración del Marco Teórico		XXXXXXXX	XXXXXX	
Obtención de datos		XXXXXXXX		
Carga de datos		XXXXXXXX	XXXXXX	
Análisis estadístico de los datos			XXXXXX	
Análisis de resultados			XXXXXX	XXXXXXXX
Elaboración del Informe Final				XXXXXXXX

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cabal, G. & Gutiérrez, J. (2007). Psicopatología en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Salud-Univalle. *Psicología Escolar y Educativa* 30 (4).
- Carroll, J. B. (1993). *Human Cognitive Abilities*. Cambridge: University Press.
- Casullo, M.M. & Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psyke*, 10(1), 155-162.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires. Paidós.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Derogatis, L. & Cleary P. (1977). *SCL-90-R, Administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. Madrid. Tea.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., De Paulo, J., (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Psicología Educativa y Educativa*, 7(3).
- Jiménez, M, (2000). *Competencia Social: Intervención preventiva en la escuela. Infancia y sociedad*, 24, 21-48.
- Montes Gutiérrez I. & Lerner Matiz, J. (2010-2011). *Rendimiento académico de los estudiantes de pre-grado de la Univ. EAFIT. Perspectiva cuantitativa Recuperado en [www.eafit.edu.co/institucional/calidad-eafit/Document/RendimientoAcadémico-Perspectiva](http://www.eafit.edu.co/institucional/calidad-eafit/Document/RendimientoAcadémico-Perspectiva)*.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relación con el Rendimiento Académico. *Psicología Escolar y Educativa*, 5(1), 49-58
- Page, J.D. (1982) *Manual de Psicopatología*. Barcelona. Editorial Paidós. España. 3, 65-72.
- Pizarro, R. & Clarck, S. (1998). Currículo del hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus estatus. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 7, 25-33.
- Robles Sánchez, J. I., Andreu Rodríguez, J.M., Peña Fernández, E. (2002). *SCL-90-R Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles* *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 5-19.

Sánchez , R. & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 265-274.

Urquijo, S. et al, (2013). *Proyecto de investigación Relaciones de la personalidad, la salud mental, el bienestar psicológico, los mecanismos de regulación y las estrategias de aprendizaje con las trayectorias académicas de estudiantes universitarios.*

**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**Facultad de Psicología**

**Proyecto de investigación-Requisito curricular**

**Plan de estudios O.C.S. 143/89**

**TITULO DEL PROYECTO:** Relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el desempeño académico de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata

**NOMBRE Y APELLIDO DE LOS ALUMNOS:**

Fabiana Accetta Matrícula: 001/86

Andrea Rojas Matrícula: 5999/02

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:**

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

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

### **Fecha de presentación**

“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Accetta, Fabiana; Rojas, Andrea de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

“El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por las alumnas, Accetta, Fabiana Mat. 001/86 y Rojas, Andrea Mat. 5999/02, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautados, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 26 días del mes de octubre del año 2014.

Firma del Supervisor

Aclaración

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha, se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Accetta Fabiana, Mat. 001/86 y Rojas Andrea, Mat. 5999/02.

Firma y aclaración del Supervisión

# Indice:

Resumen.....	
Antecedentes.....	
Metodología.....	
Presentación de resultados.....	
Conclusiones.....	
Agradecimientos.....	
Referencias bibliográficas.....	

# **PLAN DE TRABAJO**

*Relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el desempeño académico de estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.*

## *Resumen*

En el presente trabajo se explorarán y establecerán las relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el desempeño académico de estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El desempeño académico, entendido como la relación entre el proceso de aprendizaje y sus resultados en valores predeterminados: a) cantidad de materias cursadas (aprobadas y desaprobadas) b) cantidad de finales (aprobados y desaprobados) c) promedio académico (con y sin aplazos) d) regularidad (cantidad de años en la carrera) , podría mejorar o disminuir al verse afectado por un conjunto de variables de tipo cognitivas, conativas y afectivas, como así también el nivel de bienestar y malestar psicológico que presentan los estudiantes. Por lo cual, sería razonable suponer que el estado psicológico de los mismos se vincularía a su desempeño, especialmente la presencia de síntomas psicopatológicos.

Se concibe a los síntomas psicopatológicos como signos o indicadores de un determinado trastorno psicológico. Según Carroll (1993) el síntoma es la referencia subjetiva que da un individuo por la percepción o cambio que reconoce como malestar. McKinnon y Yudofsky (1989), establecen que se puede realizar el diagnóstico psicopatológico de forma clasificatoria, al evidenciar determinados signos en las conductas de las personas, los cuales revelarían la presencia de una determinada patología.

Este trabajo pretende describir y caracterizar los síntomas psicopatológicos presentes en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata como así también describir y caracterizar las trayectorias académicas de los mismos para llegar a establecer la relación entre ambas variables.

Para esta investigación se trabajará con una muestra de conveniencia de aproximadamente 250 estudiantes regulares que hayan ingresado a la Unidad Académica a partir del año 2009.

Se utilizarán los datos recogidos por el Servicio Universitario de Salud al momento del ingreso de los alumnos, estos datos corresponden a los resultados tras la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.

El SCL-90-R es un cuestionario de síntomas auto-aplicado que consta, como su nombre lo indica de 90 ítems. Cada ítem se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde "0" (ausencia del síntoma) hasta "4" (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Las escalas sintomáticas son las siguientes: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Los índices de malestar son: a) el Índice Global de severidad (GSI), b) el Índice de malestar sintomático positivo (PSDI y c) Total de síntomas positivos (PST).

Para obtener datos sobre la trayectoria académica de los estudiantes, se utilizará la información disponible en los sistemas informáticos de la División Alumnos de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores: promedio con aplazos, promedio sin aplazos, regularidad (cantidad de años en la carrera), número de finales aprobados por año, número de finales desaprobados por año, número de cursadas aprobadas por año y desaprobadas por año.

Sobre la información obtenida se realizarán análisis estadísticos.

Para describir y caracterizar la presencia de síntomas psicopatológicos en los estudiantes y su rendimiento académico, se utilizarán análisis estadísticos descriptivos (media, mínimo, máximo, desvío típico, categorías, frecuencia y porcentaje).

Para determinar los niveles de asociación entre las variables en estudio se recurrirá a las pruebas de correlación bivariadas de Pearson y Spearman, según corresponda.

Se espera encontrar una relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata que podría asociarse a la trayectoria y el desempeño académico, de manera tal que los síntomas psicopatológicos detectados en dichos estudiantes favorecerían u obstaculizarían su desempeño académico.

Es de suponer que los estudiantes que presenten síntomas obsesivos-compulsivos, tenderán a presentar trayectorias académicas más eficientes, representadas por mayor cantidad de materias cursadas y aprobadas por año, mayor cantidad de finales rendidos y aprobados por año, mejores calificaciones y una regularidad con mayor estabilidad. Asimismo, estudiantes que presenten

alta puntuación en las escalas de Hostilidad y Sensitividad interpersonal, serían aquellos alumnos con un desempeño académico inferior.

PALABRAS CLAVE: Síntomas psicopatológicos- Desempeño académico- Estudiantes universitarios.

## **ANTECEDENTES:**

En principio, se considera necesario definir el concepto de Salud Mental, ya que este nos permite adentrarnos en el campo específico de la psicopatología.

Según la Organización Mundial de la Salud: "...La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad..." Además, está relacionada con la promoción de bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Ya dentro del campo de los trastornos, nos encontramos en primer lugar con el concepto de psicopatología. La psicopatología comparte con otras ciencias del comportamiento un interés básico en la comprensión de la conducta humana. A su vez, la psicopatología difiere de otras disciplinas afines, según el autor, porque se centra en la investigación de la naturaleza y las causas de la conducta anormal y/o patológica. Daría a entender que la psicopatología se interesa principalmente por el estudio de las conductas desorganizadas que manifiestan muchas personas de nuestro entorno. Personas con deficiencias psicológicas en diversos grados de severidad, que experimentan serias dificultades para enfrentarse eficazmente a los problemas de la vida diaria, que además sufren a causa de dichas deficiencias y que son al mismo tiempo, fuente de preocupación y angustia para las personas que las rodean. ( Page, 1982) .

El término psicopatología, como designación de un área de estudio es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento, que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje, sino como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.

En Psicología se estudian los factores que pueden inducir estados patológicos en el proceso mental. La coexistencia de diversos enfoques psicológicos ha producido una particular explicación sobre la formación de síntomas, de tal forma que algunos Modelos Teóricos identifican como procesos subyacentes al aprendizaje, y otros Modelos recurren a la motivación para explicar la génesis y el sostén de los procesos patológicos.

Los enfoques psicodinámicos originados en el Psicoanálisis, explican la manera cómo se producen los trastornos psicológicos, apelando a una

hipótesis motivacional, y construyen una psicopatología basada en la naturaleza del conflicto intra-psíquico. (Paz, 1971).

La actividad psíquica resultado de tres series complementarias de factores, traduce el intento de cada individuo por enfrentar la peculiar realidad que le toca vivir, y el carácter patológico de dicha actividad representa una modalidad de elaboración que sólo puede comprenderse a través de la historia personal.

Las perturbaciones psicológicas suelen manifestarse por síntomas que constituyen las formas manifiestas, superficiales y externas de conflictos subyacentes y profundos, cuya raíz se encuentra en la actividad inconsciente del individuo, es justamente este carácter inconsciente de la naturaleza del conflicto lo que explica que la persona no pueda revertir voluntariamente la producción de sus síntomas. (Fernández Alvarez, 1992).

Los enfoques conductistas, por su parte, han enfatizado el papel del proceso de aprendizaje en la generación de los trastornos, que pasaron a explicarse en función de la producción de hábitos perjudiciales para la persona. La conducta patológica tiene lugar siguiendo los mismos principios que la conducta normal, es decir, de acuerdo con el funcionamiento de procesos de condicionamiento, a través de los cuales se implantan determinadas formas de respuesta frente a la aparición de determinados estímulos. Lo que sostiene una conducta patológica y por ende la presencia de síntomas perturbadores, es la existencia de determinados refuerzos que operan en la situación presente y cuya reaparición constante da cuenta de la repetición de los comportamientos patológicos.

Un enfoque de esta naturaleza enfatiza, por lo tanto, las condiciones presentes como generadoras del trastorno, prescindiendo de la necesidad de hipótesis relacionadas con acontecimientos ocurridos en épocas pretéritas en la vida del sujeto. En cambio, se vuelven muy importantes las condiciones exteriores que afectan la actividad del individuo y el modo como éstas operan condicionando su comportamiento. Los síntomas son aquí sinónimo del trastorno y su eliminación equivale a la desaparición de la enfermedad. (Fernández Alvarez, 1992).

El Modelo Cognitivo se centra en el estudio de las variables mediadoras, otorgando importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta, un sujeto que participa activamente en la conformación de los actos de conducta y su experiencia concebida como acto de construcción de la realidad. De esta forma los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen de desórdenes psicológicos. Para este modelo la enfermedad mental es fundamentalmente un

desorden del pensamiento, por lo que el paciente distorsiona la realidad de un modo particular. La teoría Cognitiva se centra en un contenido ideacional envuelto en el síntoma.

El Modelo teórico Cognitivo se ofrece como un marco conceptual, que al centrarse en un análisis procesal, profundiza el examen acerca de “cómo” ocurren los fenómenos antes que intentar saber “por qué” de esa ocurrencia, de esta forma descentra la preponderancia otorgada al problema etiológico.

La historia del pensamiento psicopatológico es una rica muestra de las diferentes modalidades con que se enfocó la naturaleza de los trastornos. Ha habido enfoques monocausalistas, pluricausalistas, multideterminados, etc. La mejor manera de comprender una perturbación puede no comenzar con identificar una “causa” sino acertando a elaborar un modelo de cómo y en qué circunstancias ocurren ese fenómeno

Fernández Alvarez también tiene en cuenta el grado de participación relativa del individuo y el contexto en la generación de las patologías. Así, los enfoques Humanístico-existenciales, se apoyaron en una descripción de los trastornos basada en un análisis existencial, donde la experiencia del sujeto que padece muestra la presencia de una condición enajenante en el despliegue vital que le impide su realización personal. Considerando que el ser humano está amarrado a las vicisitudes de una existencia que lo conduce a una búsqueda permanente de sentido, los diferentes trastornos representan distintos modos de frustración en el cumplimiento de dicha búsqueda.

Los enfoques Interaccionales, por el contrario, consideran que los trastornos son el resultado de mecanismos activados en las redes de interacción, que ligan a un grupo de personas en el seno de un sistema particular. Las formulaciones más representativas de este tipo de enfoque son las diferentes modalidades de terapias sistémicas. Desde esta perspectiva, la presencia de un factor sintomático en el comportamiento de un individuo no señala, necesariamente, la existencia de un trastorno en dicho individuo sino que delata la presencia de un juego de relaciones en el marco de un sistema comunicacional al que esa persona pertenece.

Que una persona manifieste síntomas de un trastorno psicológico es entendido, entonces, como la manera como se traducen los intentos de un grupo por resolver las tensiones o los desequilibrios operantes en el sistema, los que se depositan en uno (o varios) de sus miembros, que se constituye, por lo tanto, en portador de los síntomas. De ninguna manera debe esto conducir a considerar a esa o esas personas como enfermos y, más aún, se previene sobre la inconveniencia de utilizar las rotulaciones psicopatológicas.

En términos descriptivos la psicopatología se refiere específicamente a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

La psicopatología se constituye a partir de un campo: el de la relación humana en tanto se torna problemática.

Es una disciplina teórica, subjetivo es construir sistemas conceptuales que den razón de un ámbito específico de coherencia fenoménica: las conductas anómalas.

Parte de una afirmación: considerar a las conductas anómalas como el despliegue de potencialidades existentes-en cierta medida-en todos los individuos, que se manifiestan en virtud de una convergencia pluri-causal.

Este autor concibe a la personalidad en un proceso permanente de readecuación contextual, involucrando todos aquellos aspectos tradicionalmente denominados afectivos, cognitivos y volitivos.

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

Según Page (1982), la psicopatología comparte con otras ciencias conductuales un interés básico en la comprensión de la conducta humana, difiere de otras disciplinas con la que está relacionada porque pone énfasis en la investigación de la naturaleza y las causas de las reacciones anormales. Más específicamente, la psicopatología se interesa por el estudio de las formas indeseables, mal adaptativas y desorganizadas de la conducta anormal. Centra su interés en las personas con deficiencias psicosociales las que, en diversos grados, experimentan dificultades para enfrentar eficazmente los problemas de la vida diaria.

Siguiendo con este autor, en la vida diaria se hacen evaluaciones y se toman decisiones constantes con razonable exactitud respecto de la relativa normalidad o anormalidad de nuestra propia conducta y de la de los otros. ¿Sobre qué base se toman estas decisiones? ¿Es posible identificar y aislar un criterio clave? La complejidad del problema impide respuestas simples o definitivas. La conducta psicopatológica es más fácil de reconocer que de definir. Cotidianamente, el reconocimiento de funcionamientos trastornados se simplifica, en gran parte, por el hecho de que la evaluación es un proceso continuo y global que toma en consideración la personalidad previa del individuo, la relativa adecuación de su conducta en el contexto situacional y el efecto neto de aquella sobre el individuo y las demás personas.

Los síntomas psicopatológicos representan variaciones extremas de la conducta normal. Los principios y procesos implicados en la percepción, el pensamiento, las emociones y la resolución de problemas son los mismos en las personas normales que en las trastornadas. La calidad del producto final varía, pero esto también es relativo. La diferencia entre la conducta normal y anormal es de grado antes que de tipo: la conducta anormal es menos adecuada, menos eficaz, menos adaptativa y más inquietante que la conducta normal, pero no es esencialmente distinta en su forma o manifestación. Los factores determinantes de la conducta anormal son tan complejos y variados como los de la conducta normal.

La existencia de una alteración mental no puede definirse o inferirse por la presencia de síntomas. No hay síntomas fijos, absolutos, del trastorno mental. Todas y cada una de las ideas, sentimientos y reacciones observadas en los pacientes mentales son también observados, en forma más moderada, mejor controlada y más socialmente aceptada, en los individuos normales y en los afectados mentales ya curados. En diferentes circunstancias y condiciones la misma reacción sería considerada normal. La ansiedad, el ánimo deprimido, los sentimientos de hostilidad y las reacciones de culpa son vivenciados por el mentalmente sano como por el enfermo. Lo mismo puede decirse con respecto a rasgos más favorables (afecto, altruismo, alegría, amistad). Las personas normales, del mismo modo que las trastornadas mentales, distorsionan la realidad de acuerdo con sus necesidades, se aferran a creencias obviamente falsas y están problematizadas por los conflictos. Cualquier síntoma puede ser un acto normal e incluso plausible, si su duración, tiempo, lugar y manera de expresión son adecuados y apropiados, y si sus efectos son beneficiosos para el individuo y la sociedad.

Se han llevado a cabo varios intentos para identificar con mayor precisión las características más notorias de la conducta normal y la anormal. Al propio tiempo que difieren en la elección de factores críticos, los autores concuerdan en favorecer los criterios múltiples, cada uno concebido como un continuo que abarca desde la conducta normal en un extremo hasta las reacciones fronterizas con la conducta anormal en el otro. Según Jahoda (en Page 1982), los trastornados mentales difieren de las personas normales en que son relativamente deficientes en estas características claves: 1) consciencia, aceptación y corrección del auto-concepto, 2) crecimiento continuo y autorrealización, 3) integración y unidad de la personalidad, 4) autonomía y autoconfianza, 5) percepción de la realidad y sensibilidad social, y 6) dominio del medio y adecuación para afrontar las exigencias de la vida. Las deficiencias en estos rasgos se suponen que indican anormalidad.

Según Carrol (1993) el síntoma es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como malestar o provocado

por un estado patológico, es decir, que es todo fenómeno que se produce en un sujeto y que es causado por una enfermedad, alteración o afección. El síntoma es una advertencia, una señal útil de que la salud puede estar en riesgo sea por motivos psíquicos, físicos o sociales.

Los síntomas son aquellas unidades molares abstraídas de una secuencia de comportamientos en virtud de ciertas peculiaridades que los hacen distintos y un cerramiento o completamiento (Gestalt) que permite su descripción. Esto, desde un punto de vista fenoménico, el examen más profundo los muestra como tentativas fallidas (por el displacer, la des-armonía) de síntesis. Son productos nuevos, surgidos como resultantes de movimientos regresión/progresión, desestructuración/estructuración. De allí que constituyen en su sentido más estricto, conductas patológicas. Desde un punto de vista descriptivo y clásico los síntomas son los elementos, eventualmente naturales, cuya reunión sistematizada constituyen los síndromes. (Paz, 1976).

Resulta de utilidad para los fines de esta investigación, enumerar algunos de los criterios específicos para diferenciar las manifestaciones psicopatológicas de las que no lo son.

Entre los criterios descriptos por Page (1982) se encuentra en primer lugar el criterio *Función defectuosa de la psique*: las funciones mentales más deterioradas, por lo general son: la atención, percepción, razonamiento, prueba de realidad, juicio, aprendizaje, memoria, comunicación y creatividad. De esta forma las funciones existen, pero su uso está deteriorado o distorsionado. Una persona puede tener la capacidad de pensar pero no de pensar lógicamente. En segundo lugar se menciona la *Función defectuosa en el área social*: implica una falta de interés social, de mantener contacto con otros y a una relativa incapacidad para aprehender el modelo cultural y a evitar comprometerse en actos que difieren de las normas culturales. El tercer criterio es *la Pérdida del autocontrol*: impide que la conducta pueda controlarse voluntariamente por lo que la misma se torna inadecuada e irracionalidad. El cuarto criterio es *Evaluación de la sociedad*: en este caso, cuando existen diferencias de opinión entre la sociedad y el individuo se otorga mayor peso a la evaluación de la sociedad. Por último, el autor menciona el *Factor de aflicción personal*: consiste en el sentimiento subjetivo del individuo. Las personas que padecen trastornos mentales presentan una angustia que frecuentemente es una combinación de ansiedad, temor, ira, desaliento, culpa y odio. Si bien estos sentimientos pueden estar presentes en todas las personas, aquí la diferencia está dada por la inadecuación, incongruencia y falta de explicación lógica de la duración y severidad de la reacción emocional.

En el campo de la salud mental ha sido necesario desarrollar instrumentos de medición que sirvan al especialista como herramienta de

apoyo para evaluar de forma cuantitativa aspectos de la sintomatología o de la (s) conducta (s) expresadas por el paciente y a partir de las cuales se puedan ampliar las evaluaciones diagnósticas.

Desde la perspectiva nosológica psiquiátrica, “estar sano” o “afectado” depende en gran medida de cumplir con criterios diagnósticos establecidos en los manuales conocidos (DSM-IV R, CIE-10), en cambio desde una perspectiva psicológica, esta dicotomía entre lo que se considera “sano” o “enfermo” puede ser subjetiva por lo que los límites entre dichas categorías no siempre se encuentran definidos claramente.

A los fines del presente trabajo, se considerará un enfoque descriptivo que se centre en la manifestación de los síntomas y signos psicopatológicos y en función de esto, para obtener información sobre la presencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes, se analizarán estadísticamente los datos obtenidos tras la aplicación del SCL-90-R Inventario de Síntomas de Derogatis, en tanto que el mismo apunta a identificar la ausencia o presencia de síntomas.

Con referencia al desempeño académico, se han elaborado en diferentes investigaciones, numerosas definiciones, por lo que resulta conveniente conceptualizar al desempeño académico dentro del interés del presente trabajo como la relación entre el proceso de aprendizaje y sus resultados tangibles en valores predeterminados: a) cantidad de materias cursadas (aprobadas y desaprobadas) por año, b) cantidad de finales (aprobados y desaprobados ) por año, c) promedio académico (con y sin aplazos), d) regularidad (cantidad de años en la carrera). Usualmente, al definirlo, se refiere a las calificaciones que obtienen los estudiantes a través de las diferentes evaluaciones durante un período académico, lo cual indicaría la cantidad y calidad de los conocimientos adquiridos (Paba Barbosa, Lara Gutiérrez y Parmesano Rondón, 2008).

El rendimiento académico no se explica única y exclusivamente por las clasificaciones obtenidas, sino que considera la existencia de otros aspectos que aportan a su comprensión agrupados en 5 dimensiones: la académica, la económica, la familiar, la personal y la institucional. La *dimensión académica* hace referencia al qué y al cómo del desenvolvimiento académico del sujeto en su proceso formativo universitario; *la dimensión económica* incluye las condiciones económicas del estudiante y su familia; *la dimensión familiar* se relaciona con el ambiente más próximo en el que se desarrolla y crece el individuo; *la dimensión personal* tiene en cuenta las motivaciones, las habilidades sociales y la manera de enfrentar el resultado de las evaluaciones; y *la dimensión institucional* se fundamenta en acciones, ayudas e infraestructura que la universidad ofrece para apoyar el proceso académico y la

formación integral de los estudiantes. (Montes Gutiérrez, Lerner Matiz, 2010-2011).

Siguiendo a estos autores, el rendimiento académico como concepto y tema de estudio es dinámico y estático, pues responde al proceso de aprendizaje y se objetiva en un “producto”. Se evidencia que tal concepto es complejo en su definición y forma de abordarlo, se modifica de acuerdo al objetivo del estudio y el enfoque y puede ser amplio o limitado, tener aspectos netamente cuantitativos, cualitativos o de ambas perspectivas.

Los estudios realizados sobre el rendimiento académico permiten vislumbrar tres formas como ha venido entendiéndose: 1) como un “resultado” expresado e interpretado cuantitativamente; 2) como juicio evaluativo-cuantificado o no- sobre la formación académica, es decir, al “proceso” llevado a cabo por el estudiante; o 3) de manera combinada asumiendo el rendimiento como “proceso y resultado”, evidenciando tanto en las calificaciones numéricas como en los juicios de valor sobre las capacidades y el “saber hacer” del estudiante derivados del proceso y, a su vez, teniendo en cuenta aspectos institucionales, sociales, familiares y personales de los estudiantes, los cuales afectan y son afectados en la dicotomía “éxito o fracaso académico”

Si bien se comprende la complejidad y la multi-determinación del concepto, se considera que se debe focalizar en una definición operativa, a los efectos de simplificar su estudio y observación metodológica y de esta manera correlacionarlo con los síntomas psicopatológicos presentados por los estudiantes.

La definición operativa de rendimiento académico, de forma esquemática, se puede establecer a través de los siguientes criterios:

1) rendimiento inmediato: resultados y calificaciones que obtienen los alumnos a lo largo de sus estudios hasta obtener la titulación correspondiente.

a- Rendimiento en sentido amplio: Éxito, finalización puntual de una titulación en los años previstos en el plan de estudios, retraso (finalización empleando más tiempo del establecido oficialmente) y abandono de estudios.

b- Regularidad académica: Tasas de presentación o no a los exámenes.

c- Rendimiento en sentido estricto: Notas obtenidas por los estudiantes.

2) Rendimiento diferido: Se refiere a la aplicación o utilidad que la formación recibida tiene en la vida laboral y social. La valoración de este “rendimiento diferido” es mucho más compleja, ya que entran en

juego otras variables de índole más personal y social de los sujetos, difíciles de cuantificar.

También se puede definirlo como el logro de los objetivos establecidos en los programas oficiales de estudio. Dichos logros se encuentran en relación con los objetivos institucionales establecidos como requisitos mínimos de aprobación, determinados por un cúmulo preestablecido de conocimientos y aptitudes, según determinados estándares de cantidad y calidad. Estaríamos refiriéndonos a la capacidad del alumno de responder a estímulos educativos y de alcanzar objetivos fijados de antemano con la institución educativa.

De esta forma el rendimiento académico estaría representado por el cumplimiento de las metas, logros u objetivos establecidos en el programa o asignatura que está cursando un alumno. Desde un punto de vista operativo este indicador es la expresión de una nota cuantitativa o cualitativa. Para expresar el rendimiento estudiantil, por lo general las instituciones utilizan los sistemas de calificaciones o el promedio de las mismas, bien sea en forma numérica o literal, en apreciación valorativa (alto, medio, bajo) o simplemente como indicativo de la promoción (aprobado-reprobado, suficiente-deficiente). (Ortigosa, González, Rodríguez, Standford, Villalobos, Marines, Perozo & Castillo. 2003).

.Según Pizarro y Clark (1998) el rendimiento académico es una medida de la capacidad de respuesta del individuo, que expresa, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como resultado de un proceso de instrucción o formación. Estos autores, desde la perspectiva del alumno, definen el rendimiento académico como la capacidad de respuesta que tiene un individuo, a estímulos, objetivos y propósitos educativos previamente establecidos.

El desempeño de un alumno en su carrera universitaria es una variable sumamente compleja en la cual influyen diversos factores: económicos, familiares, académicos, personales, estado civil, cantidad de hijos o personas a cargo, situación laboral (trabajo, tipo, cantidad de horas), situación de convivencia (con quién vive, en qué condiciones) e institucionales. (Montes Gutiérrez & Lerner Matiz, 2010, 2011).

Por otra parte, Jiménez (2000) considera que se puede tener una buena capacidad intelectual y unas buenas aptitudes y no estar obteniendo un rendimiento adecuado, ante la disyuntiva y con la perspectiva de que el rendimiento académico es un fenómeno multifactorial. Resulta importante considerar otro tipo de variables, al margen de las calificaciones y el nivel de inteligencia de los estudiantes, que aparentemente inciden en el rendimiento académico (Navarro, 2003).

En el ámbito universitario existe una serie de factores estresantes que pueden generar depresión, ansiedad y comportamiento suicida. Los siguientes son algunos de esos factores: pruebas de evaluación académica, autoritarismo pedagógico, pérdidas académicas (asignaturas, semestres, años), dificultad para dar cumplimiento a las expectativas que el estudiante tiene respecto a la universidad y su carrera, falta de apoyo económico para responder a las demandas como estudiante, pérdidas afectivas, problemas de adaptación a la universidad, a otra ciudad y a otras familias, separación de la familia de origen y asunción de nuevas y complejas responsabilidades académicas y personales. (Amézquita Medina, González Pérez, Zuluaga Mejía, 2000).

El rendimiento académico podría mejorar o disminuir al verse afectado por un conjunto de variables de tipo cognitivas como la capacidad intelectual y los conocimientos previos (Carroll, 1993) conativas como los estilos cognitivos y de aprendizaje (Selmes, 1988) y afectivas: motivación y personalidad (Tobías, 1986) como así también el nivel de bienestar y malestar psicológico que presentan los estudiantes. Por lo cual, sería razonable suponer que el estado psicológico de los mismos se vincularía a su desempeño, especialmente la presencia de síntomas psicopatológicos.

En nuestro país se llevaron a cabo diversos estudios sobre la presencia de síntomas psicopatológicos. Casullo y Fernández Liporace (2001) llevaron a cabo un estudio descriptivo comparativo en una población de 1300 adolescentes y estudiantes en Buenos Aires, Tucumán y la Patagonia. Para ello utilizaron el inventario de Síntomas SCL-90-R y una encuesta socio-demográfica. Dicha investigación arrojó diferencias significativas según las dimensiones edad, género y región, lo que implica que ciertas pautas sociales y valores culturales pueden explicar las diferencias en el modo de expresar los malestares psicológicos.

Otras investigaciones realizadas con estudiantes adolescentes de Buenos Aires, sobre malestares depresivos, ideaciones suicidas, impacto de los eventos estresantes del ciclo vital, soledad, aislamiento y ansiedad, permitieron determinar que cerca de un 15% de la población estudiada puede considerarse en riesgo o vulnerable (Casullo, 1998; Casullo, Bonaldi & Fernandez Liporace, 2000).

Una investigación desarrollada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata sobre las relaciones entre sexo, edad y tipo de escuela de alumnos adolescentes con la presencia de indicadores de depresión, como así también su relación con el desempeño académico en la áreas de lengua y matemáticas (Pérez y Urquijo, 2001).

En Venezuela Feldman, Goncalves, Chacón Puignau, Zaragoza, Bages & De Paulo (2008) investigaron las relaciones entre estrés académico, apoyo

social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios. La conclusión fue que la presencia de condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico.

Caldera Montes & Pulido Castro (2007) en una investigación realizada a estudiantes de psicología del Centro Universitario de los Altos, estudiaron a todos los alumnos matriculados de la carrera (115 alumnos), para evaluar la relación entre estrés y rendimiento académico, los resultados obtenidos no muestran relación significativa entre ambas variables. Sin embargo se estableció una relación entre niveles bajos y medios de estrés como mejores condiciones para el desempeño estudiantil.

Cabal y Gutiérrez en una investigación sobre Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, concluyeron que el 75% de la muestra presentó algún tipo de psicopatología en su evaluación clínica y el 66,6% depresión y ansiedad, con una alta co-morbilidad de estos trastornos, encontrándose correlación entre una adaptación social regular y la presencia de trastornos de ansiedad. Sin embargo, estos autores arribaron a resultados donde la alta tasa de prevalencia de psicopatología en este grupo, no guarda relación con el rendimiento académico de los alumnos estudiados.

La relación entre síntomas de ansiedad y rendimiento académico ha sido ampliamente investigada, dentro del contexto universitario y en diferentes países. El conocimiento producido ha mostrado que los alumnos experimentan sintomatología ansiosa ante distintos tipos de exámenes incidiendo ésta en su rendimiento académico. (Viñas Poch & Caparrós Caparrós, 2000),

Ayora (1993), sostiene que la ansiedad antes, durante y después de una evaluación constituye una experiencia muy común, la cual puede traducirse en una experiencia negativa como bajas calificaciones, pérdida de la regularidad y abandono universitario entre otras.

En estudios realizados por De Feyter, Caers, Vigna & Berings, (2012), se arribó a la conclusión que el neuroticismo tiene un efecto positivo indirecto en el rendimiento académico en los niveles superiores de auto-eficacia, complementados por un efecto positivo directo de neuroticismo en los niveles más bajos de auto-eficacia. Por último esta investigación reveló que la escrupulosidad afecta positivamente el rendimiento académico e indirectamente a través de la motivación académica, pero también es una condición para el impacto indirecto de la extraversión, neuroticismo y la recta conducta.

La presente investigación cuyo objetivo es describir y caracterizar tanto los síntomas psicopatológicos presentes en alumnos de la Facultad de

Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, como así también las trayectorias académicas de los mismos para luego determinar las relaciones entre ambas variables, podría aportar evidencias empíricas de las características psicológicas de los estudiantes universitarios de la carrera de psicología de la UNMDP como así también determinar perfiles psicológicos asociados al desempeño académico.

## **OBJETIVOS PARTICULARES.**

- 1) Describir y caracterizar los síntomas psicopatológicos presentes en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2) Describir y caracterizar las trayectorias académicas de los estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata que presenten síntomas psicopatológicos.
- 3) Establecer relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y la trayectoria académica.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

- 1) Existiría una relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata que podría asociarse a la trayectoria y el desempeño académico, de manera tal que es esperable encontrar que los síntomas psicopatológicos detectados en los estudiantes favorezcan u obstaculicen su desempeño académico.
- 2) Los estudiantes que presenten síntomas obsesivos-compulsivos, tenderán a presentar trayectorias académicas más eficientes representadas por mayor cantidad de materias cursadas y aprobadas por año, mayor cantidad de finales rendidos y aprobados por año, mejores calificaciones y una regularidad con mayor estabilidad. Asimismo, estudiantes que presenten alta puntuación en las escalas de Hostilidad y Sensitividad interpersonal, serían aquellos alumnos con un desempeño académico inferior.

## **TIPO DE ESTUDIO**

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

## **PARTICIPANTES**

El universo comprende a todos los estudiantes regulares de la facultad de Psicología de la universidad Nacional de Mar del Plata. Se trabajará con una muestra de conveniencia de aproximadamente 250 alumnos que hayan ingresado a la Unidad Académica a partir del año 2009.

## **INSTRUMENTOS**

1) Para evaluar patrones de síntomas de tipos de psicopatología presentes en estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se utilizarán los datos recogidos por el Servicio Universitario de Salud al momento del ingreso de los estudiantes, los cuales corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación del inventario de síntomas SCL-90 R de L. Derogatis, diseñado para la detección de un amplio rango de sintomatología psicopatológica y de malestar psicológico. Esta escala, ampliamente utilizada en multitud de estudios clínicos, constituye una de las técnicas de auto-informe más avalada para la detección y medición de síntomas psicopatológicos, así como para la evaluación de supuestos casos psiquiátricos.

El SCL-90- R es un cuestionario de síntomas auto-aplicado que consta, como su nombre lo indica de 90 ítems. La primera versión fue desarrollada por Derogatis, Lipman y Covi en 1973, tras su aplicación clínica y diferentes análisis psicométricos, Derogatis, Rickels y Rock publican la forma actual en 1977 (Robles Sánchez, Andreu Rodríguez, Peña Fernández, 2002). Cada ítem se contesta en una escala tipo likert de 5 puntos, desde "0" (ausencia del síntoma) hasta "4" (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Las escalas sintomáticas son las siguientes: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y psicoticismo. Los índices de malestar son: a) el Índice global de severidad (GSI), b) el Índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y c) Total de síntomas positivos (PST).

A tenor de los resultados obtenidos en relación a sus propiedades psicométricas en una amplia muestra de sujetos clínicos, la versión española del SCL-90-R es una prueba suficientemente fiable y específica para la evaluación de síntomas y posibles casos psiquiátricos.

2) Para obtener datos sobre la trayectoria académica de los estudiantes, se utilizará la información disponible en los sistemas informáticos de la División Alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores: promedio con aplazos,

promedio sin aplazos, regularidad (cantidad de años en la carrera), número de finales aprobados por año, número de finales desaprobados por año, número de cursadas aprobadas y desaprobadas por año.

## **PROCEDIMIENTO**

La primera tarea consistirá en cargar los datos obtenidos por la aplicación del SCL-90 R en la muestra de alumnos, quienes, previamente prestaron su consentimiento informado por escrito. Posteriormente, se realizará una búsqueda de datos sobre la trayectoria y el desempeño académico de los alumnos.

Finalmente, se procederá a evaluar todos los datos obtenidos y a establecer relaciones entre los mismos para alcanzar los objetivos y trabajar en la validación de las hipótesis y en la elaboración de las conclusiones.

## **PROCESAMIENTO DE DATOS**

Sobre la información obtenida, se realizarán análisis estadísticos.

Para describir y caracterizar la presencia de síntomas psicopatológicos en los estudiantes y su rendimiento académico, se utilizarán análisis estadísticos descriptivos (media, mínimo, máximo, desvío típico, categorías, frecuencia y porcentaje).

Para determinar los niveles de asociación entre las variables en estudio se recurrirá a las pruebas de correlación bivariadas de Pearson y Spearman, según corresponda.

## **METODOLOGIA**

La SCL-90-R es un inventario o lista de síntomas de auto-reporte que utilizan clínicos o investigadores para reunir información del estado mental de los pacientes. En él el sujeto refleja su percepción acerca de cierto grado de distrés, según la definición original de Derogatis, el grado de “distrés” psicológico que experimenta el sujeto durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la (s) semana (s) anterior (es) a la aplicación. Esta información se ha empleado en el campo de la salud mental para supervisar la calidad de las intervenciones médico-psicológicas y como una herramienta de tamizaje para identificar los síntomas de diversas sintomatologías. *La SYMPTOM Check List 90 (SCL90)* puede servir para evaluar a sujetos de la

población general, así como a sujetos que padezcan distintos trastornos médicos (desde psiquiátricos hasta enfermedades crónicas). Es un instrumento auto-aplicable con que se sugiere se evalúen individuos a partir de los 18 años de edad. La técnica evalúa síntomas que el sujeto que responde experimenta en este momento o ha vivenciado hace poco tiempo (una semana); no se propone evaluar la personalidad o sus trastornos. 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 SCL-90-R puede administrarse en la forma de cuadernillo/hoja de respuesta o en una edición especial por computadora (PC que se responde informáticamente). El listado de síntomas SCL-90-R desarrollado por Derogatis permite evaluar patrones o *clusters* de síntomas presentes en un sujeto; puede utilizarse tanto en tareas epidemiológicas, comunitarias y de diagnóstico clínico individual.

El SCL- 90- R está constituido por 90 reactivos, que se contestan en una escala Likert de 5 puntos de *distrés*, que van desde “no del todo” (0) hasta “extremadamente” (4). La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por el sujeto entrevistado desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima). El procedimiento de graduación de intensidades o frecuencias en escalas que ofrecen varias posibilidades de respuesta se conoce como el “método escalar de Likert”, en honor al psicometrista americano que lo inventó, Rensis Likert. En la más pura conceptualización numérica, las puntuaciones asignadas a cada ítem no pueden considerarse como valores cuantitativos, porque es difícil estar seguro de que representan incrementos equivalentes a lo largo de una variable continua. Dicho de otra forma, no está claro que la diferencia entre no tener un síntoma y tenerlo (expresada en el test como una variación de 0 a 1) sea la misma que la que hay entre sufrir moderadamente por un síntoma o hacerlo de manera severa (diferencia expresada con la variación de 2 a 3). La diferencia de un punto es la misma en ambos casos, pero la experiencia del sujeto es seguramente diferente. Sin embargo, y una vez hecha la aclaración precedente, la aplicación práctica del cuestionario se ve sumamente facilitada al considerarlo como un instrumento de medida de variables continuas, lo cual permite realizar las operaciones numéricas necesarias para obtener tres tipos de variables numéricas: los índices globales, las dimensiones sintomáticas y el malestar subjetivo creado por cada síntoma discreto.

El marco temporal cubierto por las preguntas del cuestionario se restringe a la experiencia reciente, es decir, se espera del sujeto la valoración de las molestias ocasionadas por cada síntoma durante los días inmediatos previos a la entrevista, incluyendo ese mismo día. En general, es suficiente limitar esta valoración a la semana anterior a la aplicación del cuestionario,

aunque Derogatis afirma no encontrar diferencias significativas al aumentar el rango temporal hasta los quince días anteriores. En todo caso, es importante que el sujeto entienda que no se trata de obtener una valoración global de la experiencia de enfermedad o sufrimiento psíquico que ha experimentado a lo largo de toda su vida, sino solamente de la que está viviendo en el momento actual. (Derogatis, 2001).

La psicopatología del individuo se refleja en términos de nueve dimensiones de síntomas primarios y tres índices generales, combinando las respuestas a todos los reactivos. El contenido de los reactivos que componen las dimensiones del SCL-90-R se describe a continuación:

**Somatización (SOM):** n=12. Esta dimensión comprende doce síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Incluye síntomas relacionados con alteraciones neuro-vegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente.

1. Dolores de cabeza.
4. Sensaciones de desmayo o mareo.
12. Dolores en el corazón o en el pecho.
27. Dolores en la parte baja de la espalda.
40. Náuseas o malestar en el estómago.
42. Dolores musculares.
48. Ahogos o dificultad para respirar.
49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente.
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.
53. Sentir un nudo en la garganta.
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.
58. Pesadez en los brazos o en las piernas.

**Obsesiones y compulsiones (OBS):** n=10. Los diez ítems que comprende esta dimensión describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que

son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.

- 2. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.
- 9. La dificultad para recordar las cosas.
- 10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.
- 28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.
- 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.
- 45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.
- 46. Dificultad en tomar decisiones.
- 51. Que se le quede la mente en blanco.
- 55. Tener dificultades para concentrarse.
- 65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida.

**Sensitividad interpersonal (SI) n=9.** Los nueve síntomas de esta dimensión recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

- 6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas.
- 21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.
- 34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.
- 36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.
- 37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que Ud. no les gusta.
- 41. Sentirse inferior a los demás.
- 61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de Ud.

69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.

73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.

**Depresión (DEP)** n=13. Dimensión de trece ítems que recogen signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos. Sin embargo, para una mentalidad clínica práctica parece extraño que falten algunos síntomas importantes del espectro depresivo, como las alteraciones del sueño o del apetito. Ello se debe a que, al aplicar los métodos estadísticos de análisis factorial a la categorización factorial, Derogatis demostró que algunos síntomas pueden incluirse en varias dimensiones, por lo que decidió agruparlos en otra categoría, la de “Síntomas misceláneos” (Escala adicional).

5. Pérdida de deseo o de placer sexual.

14. Sentirse bajo de energías o decaído.

15. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida.

20. Llorar fácilmente.

22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.

26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.

29. Sentirse solo.

30. Sentirse triste.

31. Preocuparse demasiado por todo.

32. No sentir interés por nada.

54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.

71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.

79. La sensación de ser inútil o no valer nada.

**Ansiedad (ANS)** n=10. Los diez ítems de esta dimensión sintomática son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda “pánico”). Incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

3. Nerviosismo o agitación interior.

- 17. Temblores.
- 23. Tener miedo de repente y sin razón.
- 33. Sentirse temeroso.
- 39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.
- 57. Sentirse tenso o con los nervios de punta.
- 72. Ataques de terror o pánico.
- 78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.
- 80. Presentimientos de que va a pasar algo malo.
- 86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.

**Hostilidad (HOS)** n=6. Los seis ítems de esta dimensión aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

- 11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado.
- 24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar
- 63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.
- 74. Tener discusiones frecuentes.
- 81. Gritar o tirar cosas.

**Ansiedad fóbica ((FOB)** n=7. Los siete ítems de esta dimensión pretenden valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida. Sin embargo, están más representados y tienen mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de la fobia simple.

- 12. Sentir miedo a los espacios abiertos o en la calle.
- 25. Miedo a salir de casa solo.
- 47. Sentir temor a viajar en coche, autobuses, metros o trenes.
- 50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.

70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, en tiendas, etc.

75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.

82. Tener miedo de desmayarse en público.

**Ideación Paranoide (PAR)** n=6. Esta dimensión sintomática está constituida por seis ítems que recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como una respuesta a un trastorno de la ideación. Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo auto-referencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.

18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente.

43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de Ud.

68. Tener ideas o creencias que los demás que no comparten.

76. Que los otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos.

83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de Ud. si se lo permitiera.

**Psicoticismo (PSI)** n=10. Los diez síntomas que componen esta dimensión configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.

16. Oír voces que otras personas no oyen.

35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando.

62. Tener pensamientos que nos son suyos.

77. Sentirse solo aunque esté con más gente.

84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.

- 85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.
- 87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.
- 88. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie.
- 90. La idea de que algo anda mal en su mente,

**Escala** adicional (Items adicionales. Síntomas misceláneos n=7)

Los siete ítems considerados como adicionales lo son porque su peso factorial en diferentes sub-escalas no permite asignarlos a ninguna de ellas en particular. Desde un punto de vista estrictamente psicométrico podrían ser eliminados, pero su relevancia clínica es tan grande que han sido conservados. Derogatis considera que, aunque son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, no constituyen una dimensión sintomática específica. Sin embargo, aun aceptando que los criterios psicométricos no permitan asignarlos a ninguna dimensión en particular, para un clínico normal constituyen un claro referente de depresión melancólica.

- 19. Falta de apetito.
- 60. Comer demasiado.
- 44. Dificultad para conciliar el sueño.
- 59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir.
- 64. Despertarse de madrugada.
- 66. Sueño inquieto o perturbado.
- 89. Sentimientos de culpabilidad.

Las escalas fueron derivadas progresivamente utilizando una combinación de estrategias clínicas, racionales (concordancia con sistemas clasificatorios vigentes) y empíricas con el objetivo de que fueran clínicamente útiles, para lo cual se impuso el triple requisito de una definición clara y consistente con la literatura; que los síntomas pudieran ser medidos mediante auto-informe y que presentaran información psicométrica.

El inventario permite obtener, aparte de las 9 escalas, 3 índices generales: **1) Índice de Severidad Global (ISG)** indicador del nivel actual de la severidad del malestar percibido. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar. Proporciona, en un único número el grado de patología de una persona (amplitud teórica 0-4). **2) Total de Síntomas**

**positivos** (TSP) las puntuaciones extremas de este índice pueden considerarse indicadores de un intento consciente del sujeto de mostrarse mejor de lo que realmente está, o por el contrario, la tendencia a exagerar el malestar psicológico. Se estima que un valor menor de 4 es sospechoso de minimización de patología, en tanto que uno mayor de 50 en varones o 60 en mujeres es indicador de la tendencia a la exageración de la patología (amplitud teórica 0-90). **3) Índice de Malestar Sintomático Positivo** (IMSP) evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización o a la exageración del estado del malestar (amplitud teórica 0-4).

Respecto de la estructura del inventario (Dematteis, Galarza, Grill, Sánchez Gallo y Castañeiras (2010) cabe señalar algunas ventajas y limitaciones. Entre las primeras se destacan, que es de fácil administración y corrección, requiere un grado mínimo de comprensión lectora (6º primaria); cuenta con una consigna simple y su aplicación puede realizarse en un breve lapso de tiempo (entre 15 y 20 minutos); permite arribar a un perfil del estado psicológico de una persona integrando sintomatología en 3 diferentes niveles de complejidad: Índice General de Malestar, Escalas particulares de síntomas y análisis cualitativo de ítems aislados de interés clínico; presenta adecuadas propiedades psicométricas según datos aportados por diferentes estudios en diferentes países culturas, idiomas, edades y muestras (clínicas y población general); resulta útil para llevar adelante estudios epidemiológicos, y comunitarios, tanto como de diagnóstico clínico individual y puede aplicarse a personas en un amplio rango de edad (13-65 años).

Respeto de sus limitaciones debe tenerse en cuenta que desde el punto de vista psicométrico no hay acuerdo sobre la estructura factorial propuesta de 9 dimensiones, ya que en diferentes estudios sobre el tema se ha encontrado una composición que evalúa entre uno y diez factores. A raíz de lo anterior, algunos autores sostienen que en realidad sólo aporta una medida de malestar psicológico general. Una hipótesis que probablemente explique las diferentes estructuras factoriales halladas se refiera a la elevada correlación entre las dimensiones ya existentes a nivel teórico. Entonces los autores sugieren discutir en qué medida es pertinente considerar la estructura factorial misma como criterio de validez para un inventario de síntomas, cuando es esperable que éstos presenten una prevalencia específica en cada población que puede afectar la estructura factorial global del instrumento. Por último algunos estudios sugieren que el SCL-90-R es un instrumento de cuantificación sintomática más que de detección sindrómica, por lo que aconsejan contar con información accesoria antes de arribar al diagnóstico de algún trastorno en particular.

Sin embargo numerosos estudios han permitido constatar la invarianza factorial de la técnica y su validez discriminante, como así también su consistencia interna y confiabilidad test-retest.

## APLICACIÓN DEL INVENTARIO

El SCL-90-R es un inventario auto-administrable aplicable a sujetos de entre 18 y 65. Admite administración individual y colectiva. Aunque se trata de un cuestionario auto-aplicado, ciertas explicaciones e instrucciones son necesarias para su correcta aplicación. Investigaciones previas con otros instrumentos han demostrado que pequeñas variaciones en el enunciado de las instrucciones pueden ocasionar modificaciones significativas en las respuestas, por lo que es importante que las instrucciones preparatorias sean dadas de manera estandarizada. La actitud de la persona que aplica el cuestionario, tanto hacia los cuestionarios en general como hacia la tarea particular que está llevando a cabo, también puede influir en las respuestas del sujeto. Ninguna persona que tenga una actitud negativa hacia el instrumento debe participar en su aplicación. Así mismo, es conveniente que las primeras aplicaciones del cuestionario sean hechas bajo la supervisión discreta de un profesional experimentado.

Las instrucciones son muy sencillas, y están impresas en la primera página del Ejemplar autocorregible para que el sujeto pueda comprobarlas o releerlas si quiere. En general, toda la introducción exige menos de cinco minutos, y debe ser hecha de manera afable y clara, transmitiendo al sujeto la importancia e interés de lo que se le solicita. Una vez terminada la introducción, el aplicador se retira discretamente, y permanece accesible para resolver las dudas del paciente, si se presenta alguna, pero desanimándole afablemente a entrar en conversación mientras completa el test. Las instrucciones concretas son las siguientes *“ a continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días) ”*. (Casullo, M.M., 1999/2004).

Nótese que la consigna apunta a cuanta preocupación o molestia ha causado el síntoma y no a la mera presencia de este. Cada reactivo se responde en base a una escala tipo Likert que va desde nada (0) a mucho (4). Las cinco posibilidades de respuesta son nada, muy poco, poco, bastante y mucho.

Pocos sujetos manifiestan reticencias o problemas para completar el cuestionario en una situación clínica normal, aunque pueden encontrarse ciertas dificultades para su aplicación en sujetos normales en poblaciones no clínicas. El tiempo medio necesario para completar el cuestionario es alrededor de quince minutos, con la excepción de algunos sujetos extremadamente concienzudos, que pueden necesitar hasta media hora.

## **CORRECCION Y PUNTUACION**

El SCL-90-R fue diseñado para ser interpretado en términos de tres niveles diferentes de información: el global, el dimensional y el de síntomas discretos. La información derivada es distinta, aunque relacionada, y debe ser cuidadosamente integrada para suministrar un retrato válido del estrés psicológico del sujeto. Una de las principales ventajas asociadas al uso del SCL-90-R es que, aunque su aplicación requiere tan solo entre 12 y 15 minutos, aporta un perfil multidimensional de síntomas. La evaluación multidimensional realza de forma significativa la amplitud de la mediación en comparación con las escalas unidimensionales, con una mínima pérdida de fiabilidad en las sub-escalas. En psicopatología, la medición multidimensional aporta un contexto sindrómico lleno de significado para interpretar las puntuaciones de una dimensión sintomática concreta (por ejemplo, depresión o ansiedad).

La consideración individualizada de síntomas discretos añade importante información clínica que ayuda a entender en detalle la naturaleza del estado psicopatológico del sujeto. La inspección de la valoración individual de cada uno de los 90 síntomas permite, de una sola ojeada, familiarizarnos con el perfil sintomático del paciente o, lo que es lo mismo, con su particular percepción de su estado psíquico y psicosomático. (Derogatis, 2001).

El inventario se analiza e interpreta de acuerdo a los siguientes pasos:

- 1)** El primer paso consiste en calcular las puntuaciones directas o brutas para cada una de las 9 dimensiones. Para realizar este paso se suman los valores asignados a los ítems que componen cada dimensión y el resultado se divide por el número de reactivos respondidos. Los ítems no respondidos no se consideran para este cálculo.
- 2)** Posteriormente se calculan las puntuaciones directas o brutas de los 3 Índices Generales:

-Índice General Global (IGG) se calcula sumando las puntuaciones directas obtenidas en las 9 dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales (19, 44, 59, 60, 64, 66, 89) y dividiendo el resultado por el total de respuestas efectivas (90, si no se dejan reactivos sin contestar). Proporciona en un único número el grado de malestar percibido por una persona (rango, puntuación posible 0-4).

- Total de Síntomas Positivos TSP): se lo estima contando el número de ítems que tienen una respuesta asignada mayor que cero (0). (rango,puntuación posible 0-90).

- Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula sumando las puntuaciones directas obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales (igual que en ISG) y se divide ese valor por el total de síntomas positivos (TSP). Evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización (puntaje de 0 a 1) o exageración del estado de malestar (puntaje de 3 a 4) si las puntuaciones son extremas. (rango,

puntuación posible 0-4).

**3)** Posteriormente se convierten las puntuaciones directas de las 9 escalas y de los 3 índices en puntuaciones T (Media= 50 y DE= 10), Según la fórmula:

$$T = \frac{\text{Puntuación directa} - \text{Media del grupo} \times 10 + 50}{\text{DS del grupo}}$$

DS del grupo

**4)** Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65 e indicaría presencia de patología severa toda puntuación T igual o superior a 80.

**5)** Para finalizar se analizan cualitativamente las puntuaciones asignadas a los siete ítems adicionales que tienen relevancia clínica en relación a problemas en el sueño, problemas en la alimentación, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte (amplitud teórica 0-4). (Dematteis et al., 2010).

**6)** Es imprescindible el uso del Baremo local (argentino) para interpretar de forma válida las puntuaciones obtenidas. Existen Baremos separados según sexo (varones-mujeres).

## **PRESENTACION DE LOS RESULTADOS**

**Tabla 1. Presentación de la muestra según sexo.**

Total sujetos 234

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	F	201	85,9	85,9	85,9
	M	33	14,1	14,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Como se puede observar, del total de los 234 alumnos, 201 son femeninos representando un 85,9% de la muestra y 33 masculinos siendo el 14,1% de dicha muestra.

**Tabla 2. Estadísticos descriptivos puntajes directos SCL-90-R para el total de la muestra**

	Media	Desv. típ.
SOMPD	0,48	0,39453
OBSPD	0,61	0,4606
INTPD	0,46	0,48883
DEPPD	0,54	0,48296
ANSPD	0,42	0,387
HOSPD	0,44	0,51925
FOBPD	0,16	0,279
PARPD	0,36	0,435
PSIPD	0,22	0,3023
ITADPD	0,55	0,52190
GSI	0,43	0,33402
PST	26,72	15,261
PSDI	1,36	0,33396

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en las nueve dimensiones primarias de síntomas y los tres índices globales de psicopatología del Inventario SCL-90-R. Los estudiantes presentan en mayor cantidad síntomas obsesivos y compulsivos siendo su Media de 0,61, con un Desvío de 0,46; en segundo lugar los síntomas psicopatológicos presentados corresponden a la dimensión Depresión siendo su Media de 0,54. Asimismo, estos resultados demuestran que la Dimensión Ansiedad Fóbica es la que se presenta con menor frecuencia, siendo su Media 0,16 y Psicoticismo es la siguiente dimensión con una

Media menor (0,22). Cabe destacar que el mayor número de estudiantes se encuentran en la Dimensión Hostilidad, ya que si bien su Media no arroja los puntajes más altos, su Desvío Típico es de 0,51.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos discriminados por sexo**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SOMPD	F	201	0,49	0,40211	0,02836
	M	33	0,37	0,33145	0,05770
OBSPD	F	201	0,61	0,4544	0,0321
	M	33	0,62	0,5039	0,0877
INTPD	F	201	0,45	0,48738	0,03438
	M	33	0,52	0,50191	0,08737
DEPPD	F	201	0,55	0,48071	0,03391
	M	33	0,43	0,49123	0,08551
ANSPD	F	201	0,42	0,394	0,028
	M	33	0,40	0,345	0,060
HOSPD	F	201	0,43	0,51717	0,03648
	M	33	0,47	0,53865	0,09377
FOBPD	F	201	0,17	0,279	0,020
	M	33	0,13	0,280	0,049
PARPD	F	201	0,36	0,415	0,029
	M	33	0,39	0,546	0,095
PSIPD	F	201	0,22	0,3006	0,0212
	M	33	0,25	0,3153	0,0549
ITADPD	F	201	0,557	0,53050	0,03742
	M	33	0,50	0,47123	0,08203
GSI	F	201	0,44	0,33047	0,02331
	M	33	0,41	0,35943	0,06257
PST	F	201	26,84	14,805	1,044
	M	33	26,03	18,034	3,139
PSDI	F	201	1,3701	0,33885	0,02390
	M	33	1,3208	0,30382	0,05289

**Tabla 4. Prueba de muestras independientes < 0,05**

	t	Sig. (bilateral)
SOMPD	1,636	0,103
OBSPD	-0,108	0,914
INTPD	-0,674	0,501
DEPPD	1,327	0,186
ANSPD	0,273	0,785

HOSPD	-0,404	0,687
FOBPD	0,709	0,479
PARPD	-0,447	0,656
PSIPD	-0,583	0,560
ITADPD	0,517	0,606
GSI	0,422	0,673
PST	0,280	0,779
PSDI	0,785	0,433

La Tablas 3 y 4 presentan el análisis de resultados de grupos diferenciados por sexo, de dichos resultados se concluye que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a los indicadores establecidos en el SCL-90-R, ya que para serlo, las diferencias deberían ser menores a 0,05

Con el objeto de comparar las características detectadas en la población de estudiantes universitarios de Psicología de la UNMDP con poblaciones semejantes, se seleccionaron algunos estudios que reportan resultados específicos de la aplicación del SCL-90-R en estudiantes universitarios o poblaciones de adolescentes adultos y que se citan a continuación: Se utilizaron la **Muestra Normativa de la adaptación española del SCL-90-R**, generada en Canarias con un n=530 (252 M 278 F) Derogatis, L. R. (2002) *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación de Gonzalez de Rivera y cols.* Madrid:TEA Ediciones S.A. La **Muestra Normativa Argentina de adolescentes de Casullo (2004)** con un n=760 (381 F 379 M) Casullo, M.M. (2004); la **Muestra Normativa de Estudiantes Universitarios de Chile (2008)** con un n=718 (341M y 377F) de Gempp Fuentealba y 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 y Viñas-Poch (2007).

La comparación de las puntuaciones medias de las escalas e índices obtenidos por los ingresantes de la UNMP se compararon con las de los estudios citados, con el objeto de evaluar la existencia de diferencias entre ellas. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 5– Comparación de las Medias de las puntuaciones por Escala del SCL-90 de los estudiantes de la UNMP con otras muestras normativas.**

Escala	Medias para todas las muestras			
	PSICO UNMDP n=234	Chile n=718	España n=1277	SCL-90 n=530
Somatización	0,48	1,06	0,65	0,55

Obsesiones y compulsiones	0,61	1,32	1,05	0,60
Sensitividad Interpersonal	0,46	0,94	0,88	0,45
Depresión	0,54	1,09	0,89	0,72
Ansiedad	0,42	1,01	0,66	0,52
Hostilidad	0,44	0,84	0,66	0,45
Ansiedad Fóbica	0,16	0,48	0,29	0,25
Ideación Paranoide	0,36	0,87	0,77	0,47
Psicoticismo	0,22	0,74	0,41	0,21
Índice Global de Severidad	0,43	0,96	0,71	0,51
Total de Síntomas Positivos PST	26,72	45,68	37,90	25,32
Índice de Malestar Positivo PSDI	1,36	1,82	1,56	1,75

En la tabla 5 se puede observar que entre las diferentes muestras existen diferencias en las medias de las puntuaciones directas. Las medias de los estudiantes de Psicología de la UNMDP en la totalidad de las dimensiones y en los tres índices, resultan claramente inferiores a las obtenidas en otros estudios con poblaciones semejantes, sin embargo, no se diferencian significativamente de las medias normativas del instrumento, lo que permitiría concluir que los resultados obtenidos son confiables y que no se puede sostener la hipótesis de que los resultados se encuentren sesgados por la situación de evaluación. No obstante las diferencias son marcadas con respecto a los estudios de Chile y España con estudiantes universitarios.

Este hallazgo podría servir como objeto de estudio para una ulterior investigación que pretenda dar cuenta de tales diferencias

**Tabla 6. Presentación de porcentajes de Estudiantes sin riesgo ni presencia de patología y con riesgo y con presencia de patología.**

Escala	Sin patología		En riesgo		Con patología	
	n	%	n	%	n	%
Somatización	230	98,3%	2	0,9%	2	0,9%
Obsesiones y compulsiones	227	97,0%	1	0,4%	6	2,6%
Sensitividad Interpersonal	219	93,6%	6	2,6%	9	3,8%

<b>Depresión</b>	226	96,6%	1	0,4%	7	3,9%
<b>Ansiedad</b>	227	97,0%	3	1,3%	4	1,7%
<b>Hostilidad</b>	226	96,6%	2	0,9%	6	2,6%
<b>Ansiedad Fóbica</b>	227	97,0%	1	0,4%	6	2,6%
<b>Ideación Paranoide</b>	226	96,6%	2	0,9%	6	2,6%
<b>Psicoticismo</b>	224	95,7%	3	1,3%	7	3,0%

En la tabla 6 se presentan los resultados para el total de estudiantes de Psicología de la UNMDP incluidos en el estudio. Con el objeto de determinar la presencia de psicopatologías en la muestra, se transformaron los datos obtenidos utilizando las tablas normativas (baremos del instrumento y se obtuvieron las siguientes distribuciones porcentuales de estudiantes sin patología, en riesgo y con patología. Las puntuaciones directas no representan la presencia de patología y, por lo tanto, medias más altas no indican patología. De acuerdo al SCL-90-R se considera indicador de una persona EN RIESGO a toda puntuación T superior a 65 (equivalente a 1 percentil o superior a 90) y se establece como PRESENCIA DE PATOLOGÍA SEVERA a toda puntuación igual o superior a T 75 (equivalente un percentil superior a 97).


<b>Sensitividad interpersonal</b>	<b>%</b>
Sin patología	93.6
	3.8
<b>Total</b>	<b>100</b>

<b>Depresión</b>	<b>%</b>
------------------	----------

Sin patología	96.6
Con riesgo	0.4
Con patología	3
Total	100

<b>Ansiedad</b>	<b>%</b>
Sin patología	97
Con riesgo	1.3
Con patología	1.7
Total	100

<b>Hostilidad</b>	<b>%</b>
Sin patología	96.6
Con riesgo	0.9
Con patología	2.6
Total	100.1

<b>Ansiedad fóbica</b>	<b>%</b>
Sin patología	97
Con riesgo	0.4
Con patología	2.6
Total	100

<b>Ideación paranoide</b>	<b>%</b>
Sin patología	96.6
Con riesgo	0.9
Con patología	2.6
Total	100.1

<b>Psicoticismo</b>	<b>%</b>
Sin patología	95.7
Con riesgo	1.3



Finales con aplazos por año	0,00	6,25	2,4697	1,33077
Finales aprobados por año	0,00	6,25	2,2660	1,31587
N válido (según lista)				

La presente tabla permite observar en la totalidad de la muestra de 234 alumnos el estadístico muestral para cada uno de los indicadores utilizados para la variable Desempeño Académico.

**Tabla 8. Estadísticos descriptivos de DA diferenciados por sexo.**

**Estadísticos de grupo**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pconapla	F	200	7,0483	1,24256	0,08786
	M	33	7,4022	1,34865	0,23477
Psinapla	F	200	7,5244	0,91045	0,06438
	M	33	7,7615	0,90641	0,15779
Naplazos	F	200	0,94	1,189	0,084
	M	33	0,79	1,341	0,233
Cursadas aprobadas por año	F	201	4,9626	1,64483	0,11602
	M	33	4,6283	1,76273	0,30685
Finales con aplazos por año	F	201	2,4356	1,29239	0,09116
	M	33	2,6773	1,55041	0,26989
Finales aprobados por año	F	201	2,2278	1,27020	0,08959
	M	33	2,4990	1,56795	0,27295

En el análisis de resultados se establecieron grupos diferenciados por sexo, graficados en la tabla 8. No se han encontrado diferencias por género en el Desempeño Académico, por lo que se concluye que la variable género no se asocia con los resultados obtenidos en el SCL-90-R, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los indicadores utilizados para medir la trayectoria académica.

**Tabla 9. Prueba de muestras independientes**

	t	Sig. (bilateral)
Pconapla	-1,498	0,136
Psinapla	-1,387	0,167
Naplazos	0,669	0,504

Cursadas aprobadas por año	1,071	0,285
Finales con aplazos por año	-0,967	0,335
Finales aprobados por año	-1,098	0,273

La presente tabla permite visualizar que los resultados de la prueba t revelan que no hay diferencias estadísticamente significativas asociadas al género.

**Tabla 10. Cuadro de Correlaciones entre presencia de Síntomas Psicopatológicos y Desempeño Académico.**

		Correlaciones					
		Pconapla	Psinapla	Naplazos	Cursadas aprobadas por año	Finales con aplazos por año	Finales aprobados por año
SOMPD	Correlación de Pearson	0,028	0,042	-0,012	0,013	0,008	0,012
OBSPD	Correlación de Pearson	-0,027	-0,022	0,019	-0,080	-0,006	-0,008
INTPD	Correlación de Pearson	0,036	0,031	-0,028	-0,035	-0,014	-0,007
DEPPD	Correlación de Pearson	0,022	0,023	-0,046	-0,068	-0,044	-0,033
ANSPD	Correlación de Pearson	0,012	0,032	0,008	-0,043	0,020	0,020
HOSPD	Correlación de Pearson	-0,066	-0,043	0,062	-0,078	0,017	0,007
FOOPD	Correlación de Pearson	-0,100	-0,032	0,070	-0,148(*)	-0,117(*)	-0,130(*)
PARPD	Correlación de Pearson	0,011	0,039	0,026	-0,010	0,037	0,035
PSIPD	Correlación de Pearson	-0,022	-0,027	-0,005	-0,089	-0,052	-0,047
ITADPD	Correlación de Pearson	0,002	0,008	-0,021	-0,034	0,006	0,013
GSI	Correlación de Pearson	-0,003	0,012	-0,001	-0,067	-0,015	-0,013
PST	Correlación de Pearson	-0,032	-0,002	0,046	-0,062	-0,001	-0,006
PSDI	Correlación de Pearson	0,044	0,045	-0,048	-0,017	-0,009	0,001

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

La presente tabla muestra los resultados que indican la asociación entre los diferentes tipos de síntomas psicopatológicos medidos por el SCL-90-R con el Desempeño Académico. Se destaca que no se han observado asociaciones estadísticamente significativas entre ambas variables a excepción de una asociación negativa estadísticamente significativa entre tres indicadores de Desempeño Académico y las puntuaciones obtenidas en la escala de Fobia

,lo que indicaría que existe una tendencia a observar que a mayores niveles de ansiedad fóbica los estudiantes cursan y rinden menos asignaturas por año.

**Tabla 11. Resultados de porcentajes de Presencia de síntomas psicopatológicos en la muestra**

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
------------	------------	-------------------	----------------------

Válidos	0,00	206	88,0	88,0	88,0
	1,00	7	3,0	3,0	91,0
	2,00	7	3,0	3,0	94,0
	3,00	1	0,4	0,4	94,4
	4,00	4	1,7	1,7	96,2
	6,00	1	0,4	0,4	96,6
	7,00	1	0,4	0,4	97,0
	8,00	2	0,9	0,9	97,9
	10,00	1	0,4	0,4	98,3
	11,00	2	0,9	0,9	99,1
	12,00	1	0,4	0,4	99,6
	14,00	1	0,4	0,4	100,0
Total		234	100,0	100,0	

Para una correcta lectura de la tabla, Presencia Pato indica la sumatoria de Riesgo y presencia en todas las escalas, donde "0" es Sin Patología y "14" el sujeto más grave. De esta forma es posible observar la cantidad de alumnos que se ubican en dicha gradiente.

**Tabla 12. Resultados de la frecuencia y porcentajes de estudiantes Sin Patología, En Riesgo y Con Patología**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin	206	88,0	88,0	88,0
	Riesgo	9	3,8	3,8	91,9
	patología	19	8,1	8,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Es posible observar que el porcentaje mayor de estudiantes se encuentra Sin Presencia de patología y que es mayor el porcentaje de los alumnos Con Patología que aquellos que se encuentran en una situación En Riesgo.

**Tabla 13. Correlaciones entre los estudiantes En Riesgo y Con presencia de síntomas psicopatológicos y su Desempeño Académico.**

		Presencia pato	En riesgo
Pconapla	Correlación de Pearson	-0,026	0,027
Psinapla	Correlación de Pearson	-0,024	0,020
Naplazos	Correlación de Pearson	-0,035	-0,039
Cursadas aprobadas por año	Correlación de Pearson	-0,159(**)	-0,086
Finales con aplazos por año	Correlación de Pearson	-0,108(*)	-0,058
Finales aprobados por año	Correlación de Pearson	-0,102	-0,050

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

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

La Tabla 13 presenta permite visualizar los estadísticos descriptivos correspondientes a la relación entre la ausencia, riesgo o presencia de síntomas psicopatológicos con los indicadores de Desempeño Académico. Se ha encontrado una asociación negativa estadísticamente significativa entre los indicadores: Cursadas aprobadas por año y finales con aplazos por año con la presencia de síntomas psicopatológicos, lo que indicaría que los alumnos que presentan síntomas psicopatológicos tienden a tener menos cursadas aprobadas por año como así también más finales con aplazos por año.

## **CONCLUSIONES**

El presente estudio ha cumplido con los objetivos particulares por cuanto se ha descrito y caracterizado tanto los síntomas psicopatológicos como así

también las trayectorias académicas de los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Con respecto al objetivo de establecer relaciones entre la presencia de síntomas psicopatológicos y la trayectoria académica, se puede concluir que ambas variables se vinculan, pero no de manera contundente, ya que no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones Somatización, Obsesión-compulsión; Sensitividad Interpersonal; Depresión; Ansiedad; Hostilidad e Ideación paranoide con los indicadores propuestos para medir el Desempeño Académico. Este objetivo habilitó la formulación de las hipótesis de trabajo y parece coherente conjurar que dichas hipótesis no han sido corroboradas, ya que los resultados no permiten confirmar que la presencia de determinados síntomas psicopatológicos se asocien con el desempeño académico en una población de estudiantes universitarios, de tal forma que dichos síntomas psicopatológicos favorecerían u obstaculizarían el desempeño académico.

No se ha podido confirmar que los estudiantes que presenten síntomas Obsesivos-compulsivos, tiendan a presentar trayectorias académicas más eficientes, como así tampoco que estudiantes que presenten alta puntuación en las escalas de Hostilidad y Sensitividad Interpersonal serían aquellos alumnos con un desempeño académico inferior.

El hecho de que las hipótesis de esta investigación no se hayan podido confirmar podría atribuirse a que el Desempeño Académico es una variable multideterminada, sumamente compleja, en la cual influyen diversos factores: económicos, familiares, académicos, personales, estado civil, cantidad de hijos o personas a cargo, situación laboral (trabajo, tipo, cantidad de horas), situación de convivencia (con quien vive, en qué condiciones) e institucionales, (Montes Gutiérrez & Lerner Matiz, 2013, 2011).

Por otra parte, Jiménez (2000) considera que se puede tener una buena capacidad intelectual y unas buenas aptitudes y no estar obteniendo un adecuado rendimiento, ante la disyuntiva y con la perspectiva de que el rendimiento académico es un fenómeno multifactorial. Resulta importante considerar otro tipo de variables al margen de las calificaciones y el nivel de inteligencia de los estudiantes, que aparentemente inciden en el rendimiento académico. (Navarro, 2003).

Otros factores que incidirían sobre el desempeño académico son diferentes aspectos de la personalidad, tan diversos como la inteligencia, la percepción; la memoria; la autoconfianza; las estrategias de aprendizaje y de afrontamiento; el bienestar psicológico, como así también el consumo y abuso de alcohol y de drogas. También han de considerarse los aspectos institucionales fundamentados en métodos de enseñanza y técnicas de

estudios utilizados, sistemas de calificaciones y los programas oficiales de estudio.

Esta investigación puso de manifiesto que existe una tendencia a observar que a mayores niveles de Ansiedad Fóbica, los estudiantes cursan y rinden menos asignaturas por año, es decir que cuanto mayor es la presencia de sintomatología de Ansiedad Fóbica menor es el rendimiento académico.

La relación entre síntomas de Ansiedad y rendimiento académico ha sido ampliamente investigada dentro del contexto universitario y en diferentes países. El conocimiento producido ha mostrado que los alumnos experimentan sintomatología ansiosa ante distintos tipos de exámenes, incidiendo ésta en su rendimiento académico. (Viñas Pocha & Caparrós Caparrós, 2000).

Ayora (1993), sostiene que la ansiedad antes, durante y después de una evaluación constituye una experiencia muy común, la cual puede traducirse en una experiencia negativa como bajas calificaciones, pérdida de la regularidad y abandono universitario entre otras.

Otro de los hallazgos revelados por esta investigación es que existe una correlación negativa estadísticamente significativa, entre Cursadas aprobadas por año, Finales aprobados por año en alumnos con Presencia de Patología. Este descubrimiento podría dar lugar a la realización de nuevos estudios que aportarían información acerca de las relaciones encontradas, pudiendo incluir y ampliar el conocimiento acerca de las características psicológicas y la salud mental de los estudiantes.

En el análisis de resultados se establecieron grupos diferenciados por sexo, no registrándose entre ellos diferencias en cuanto a la presencia de las diferentes sintomatologías medidas en las escalas del SCL-90-R ni diferencias por género en el Desempeño Académico.

Tampoco se han encontrado diferencias en las Medias de las puntuaciones e Índices por Escalas del SCL-90-R de los estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata con las Medias normativas del Instrumento.

Cabe señalar que en la muestra de 234 estudiantes, los promedios mayores se registraron en primer lugar en la escala Obsesión-Compulsión, luego Depresión y en tercer lugar Somatización, en tanto que en los alumnos con Presencia de Patología, en primer lugar los porcentajes más altos se han registrado en la Escala Sensitividad Interpersonal, en segundo lugar Psicoticismo y en tercer lugar Hostilidad e Ideación Paranoide. Estos resultados que aportan evidencias empíricas de las características psicológicas de los estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de la Universidad

Nacional de Mar del Plata podrían ser utilizados por el Sistema Universitario de Salud para favorecer la formación de sus alumnos como así también mejorar su calidad de vida, factor fundamental en su rendimiento académico.

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta investigación fue realizada en el marco de un proyecto mayor “Relaciones de la Personalidad, la Salud Mental, el Bienestar Psicológico, los mecanismos de regulación y las estrategias de Aprendizaje con las trayectorias académicas de estudiantes universitarios”, llevado a cabo por el Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educativa y el Centro de Investigación en Procesos Básicos Metodología y Educación.

Agradecemos la oportunidad de haber podido realizar esta investigación, con el interés de que el conocimiento producido resulte de utilidad al Proyecto mencionado anteriormente.

En particular, agradecemos el esfuerzo y la dedicación del Dr. Sebastián Urquijo quien nos acompañó en todas las etapas del proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Armenta, N. G., Pacheco, C. C. & Pineda, E. D. (2008). *Factores Socioeconómicos que intervienen en el desempeño académico de los estudiantes universitario de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California, México. Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM, 11 PP 153-165*
- Amézquita Medina, M. E., González Pérez, R. & Zuluaga Mejía, D.(2000). Prevalencia de la Depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de Pre-grado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría. 32, 4.Bogotá, Oct/Dec 2003. Recuperado <http://www.scielo.or.co/cielo.php?script=sci-arttext>.*
- Ayora, A. (1993) Ansiedad en situaciones de evaluación o examen, en estudiantes secundarios de la ciudad de Loja, Ecuador). *Revista Lationamericana de Psicología 25 (3)*
- Cabal, G. & Gutiérrrez, J. (2007). Psicopatología en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Salud-Univalle. *Psicología Escolar y Educacional. 30 (4).*
- Caldera Montes, J. & Pulido Castro, B. (2007) *Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos.*
- Carroll, J. B. (1993) *Human Cognitive Abilities*. Cambridge: University Press.
- Casullo. M.M. *El inventario de síntomas. SCL-90-R de L. Derogatis (1999/2004) SCL-90-R Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004*
- Casullo, M.M. & Fernández Liporace, M. (2001) Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psykhe, 10 (1), 155-162.*
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires. Paidós.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. (2000).Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires Lugar Editorial.*
- Cruz Fuentes, C. López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L., Chávez Balderas, R. (2005) Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Chek Liist (SCL-90)) en una muestra de sujetos mexicanos. *Revista Salud Mental, 28, 1.*
- De Feyter, T., Caersr, R., Vigna, C,, Berings, D., (2012) *Learning and Individual Differences. 22,(4), 439-448.*
- Dematteis, M., Galarza,A., Grill, S., Sánchez Gallo, M,P. & Castañeiras. C. (2010) *Guía práctica para la administración y evaluación del Inventario de 90 síntomas SCL-90-R y su versión abreviada SA-45 Q.*

- Derogatis, L. & Cleary P. (1977). SCL-90-R, *Administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Derogatis, L. (1994) SCL-90-R. *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Mineápolis: National Computer System.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón Puignau, G. , Zaragoza, J., Bagés, N.& De Paulo. J., (2008) Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 739-751.
- Fernández Alvarez, H.( 1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Jiménez, M, (2000). Competencia Social: Intervención preventiva en la escuela. *Infancia y sociedad*, 24, 21-48.
- McKinnon, R., & Yudofsky, S. (1989). *The Psychiatric evaluation in clinical practice*, Philadelphia, Lippincott.
- Montes Gutiérrez I. & Lerner Matiz, J.(2010-2011). *Rendimiento académico de los estudiantes de pre-grado de la Univ. EAFIT. Perspectiva cuantitativa*. [www.eafit.edu.co/institucional/calidad-eafit/Document/RendimientoAcadémico-Perspect](http://www.eafit.edu.co/institucional/calidad-eafit/Document/RendimientoAcadémico-Perspect).
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Navarro, E. R., (2003). El Rendimiento Académico: Concepto, Investigación y Desarrollo. REICE –*Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1, 2.
- Ortigosa, M., González, O., Rodríguez, L, Stanford, A., Villalobos, E., Marines. J., Perozo, M. & Castillo, R.,(2003). *El rendimiento y la prosecución estudiantil en la escuela de arquitectura Luz. Aproximación a un modelo de evaluación permanente*. *Multiciencias*. 3,002.<http://revistas.luz.edu.ve/index.php/mc/search/titles>
- Paba Barbosa, C. Lara Gutiérrez, R. & Parmesano Rondón, A. (2008). Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Magdalena*. 5.
- Pérez, M. y Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relación con el Rendimiento Académico. *Psicología Escolar y Educativa*, 5 (1), 49-58
- Page, J .D. (1982) *Manual de Psicopatología*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Paz, J. R. (1976). *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Ediciones Nueva Visión.

- Pizarro, R. y Clarck, S. (1998). Currículo del hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus estatus. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 7, 25-33.
- Robles Sánchez, J. I., Andreu Rodríguez, J.M., Peña Fernández, M. E (2002). SCL-90-R Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 5-19.
- Sánchez, R. & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL.90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 265-274.
- Selmes, I. (1988). *La mejora de las habilidades para el estudio*. Madrid. Paidós.
- Tobías, S. (1986). *Anxiety and cognitive processing of instruction*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitiom in anxiety and motivation* (pp 35-54) Hillsdale, NJ. Erlbaum.
- Urquijo, S. et, al (2013). *Proyecto de investigación Relaciones de la personalidad, la salud mental, el bienestar psicológico, los mecanismos de regulación y las estrategias de aprendizaje con las trayectorias académicas de estudiantes universitarios*.
- Viñas Poch, R., Caparrós Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del período de exámenes y sintomatología somática auto-informada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*. 4(1) pp. (s).