

Gloria Yougacy

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89

NOMBRE Y APELLIDO DE LAS ALUMNAS:

Hormaechea, Florencia Mat. Nº 07865/07
Materazzi, Victoria Mat. Nº 07459/06
Nosei, Maria Candela Mat. Nº 07484/06

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

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

SUPERVISORES: Dr. Urquijo, Sebastián.
Lic. Alejandro Ané

TÍTULO DEL PROYECTO: Relaciones entre presencia de psicopatologías y rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Resultado Evaluación: *Aprobado*

[Handwritten signature]



Nº CLASIFICACION:	ADQUISICION:
P-28 H	B22
	Nº INVENTARIO:
	R-01283

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

Este trabajo tiene como objetivo establecer las relaciones existentes entre la presencia de psicopatologías y rendimiento académico en estudiantes que cursan la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Partimos de la hipótesis de que la presencia de psicopatologías en los estudiantes puede alterar su rendimiento académico. Para ello, se trabajará con aproximadamente 200 estudiantes regulares de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para establecer la presencia de psicopatologías, utilizaremos el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado –SCL-90- (Derogatis, 1994), un instrumento de autoinforme desarrollado para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. En cuanto a la información respecto al rendimiento académico será obtenida de la base de datos de sector de División Alumnos perteneciente a dicha Unidad Académica. Se estima que la información obtenida de ambas fuentes facilitará la puesta a prueba de la hipótesis estableciendo si algunas patologías afectan en mayor medida el rendimiento académico. Los resultados también permitirán obtener evidencias empíricas de las relaciones entre presencia de psicopatologías y rendimiento académico.

Los datos obtenidos también podrán utilizarse 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 Claves: Psicopatología – rendimiento académico – estudiantes universitarios – sintomatología.

MOTIVOS Y ANTECEDENTES

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. Los mismos autores ahora 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.

Si pretendemos conceptualizar al *rendimiento académico* podríamos decir que es una de las dimensiones más importantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje por parte del alumno. Cuando se trata de evaluarlo y cómo mejorarlo, se analizan en mayor o menor grado los factores que pueden influir en él, generalmente se consideran, entre otros, factores socioeconómicos, la amplitud de los programas de estudio, las metodologías de enseñanza utilizadas, la dificultad de emplear una enseñanza personalizada, los conceptos previos que tienen los alumnos, así como el nivel de bienestar y malestar psicológico que presentan los mismos (Benitez, Gimenez y Osicka, 2000). En función de ello, sería razonable suponer que el estado psicológico de los estudiantes, se vincularía a su desempeño, especialmente la presencia de alguna psicopatología.

Una forma adecuada de evaluarlo podría ser la de establecer niveles de malestar psicológico a través de la sintomatología. 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, sociales. Si el síntoma solo es percibido por el paciente, se denomina síntoma subjetivo como por ejemplo el dolor, pero si es percibido por un especialista, se denomina síntoma objetivo como la fiebre.

Ahora bien, consideramos que el rendimiento académico de los alumnos se puede encontrar afectado por un conjunto vasto de variables que pueden tanto mejorar como disminuir el mismo. Estas variables pueden ser 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). Por lo tanto, si consideramos que el rendimiento académico es entendido como la capacidad de respuesta que tiene un individuo a estímulos, objetivos y propósitos educativos, estimamos que esta variable podría verse modificada en aquellos alumnos universitarios en los que se tengan evidencias de sintomatología.

Encontramos en la literatura investigaciones internacionales en las que se relaciona, la presencia de psicopatologías o alguna de ellas en particular con el rendimiento académico. Podemos citar una investigación desarrollada en nuestra Facultad de Psicología, cuyo objetivo fue investigar de acuerdo al sexo, la edad y el tipo de escuela a la que asistan escolares adolescentes la presencia de indicadores de depresión, así como también determinar su relación con el desempeño académico en las áreas de lengua y matemática (Pérez y Urquijo, 1997). Por su parte, Cabal y Gutierrez (2007) encontraron que tres cuartas partes del grupo exhibió la presencia de algún tipo de psicopatología en su evaluación clínica y el 66.6 % depresión y/o ansiedad en, con una alta comorbilidad de estos trastornos.

Feldman y cols. (2008) analizaron las relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos y concluyeron que la presencia de condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico.

En función de lo expuesto en la literatura, existiría relación entre las características psicológicas, la salud mental y el desempeño académico, aunque las mismas no se encuentran claramente definidas y los métodos e instrumentos para su evaluación difieren en la mayoría de los casos. Por ello, se considera que este estudio, cuyo objetivo sería el de analizar las relaciones entre la presencia de psicopatologías en estudiantes universitarios y su rendimiento académico podría aportar evidencias empíricas de interés para el tema y de relevancia para la UNMP, en la medida en que aportaría información epidemiológica sobre la salud mental de algunos de sus estudiantes y sus relaciones con las trayectorias académicas.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las relaciones entre la presencia de psicopatologías y el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNMP.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Describir y caracterizar la presencia de sintomatología psicopatológica de los alumnos de la Facultad de Psicología.
2. Describir y caracterizar el rendimiento académico de los estudiantes de Psicología.
3. Establecer relaciones entre la presencia de psicopatologías y las trayectorias académicas.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Existiría una asociación entre la presencia de determinadas psicopatologías y el rendimiento académico de los alumnos
2. Los sujetos que tengan una puntuación significativamente alta en determinadas escalas de sintomatología mostrarían una alteración en su rendimiento académico.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: se trata de un estudio retrospectivo, de un grupo, basado en un diseño no-experimental, longitudinal de tipo correlacional (Montero y León, 2007).

Participantes: el universo comprende a todos los estudiantes regulares de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. El estudio se realizará con una muestra de conveniencia de aproximadamente 200 alumnos, que hayan dado su consentimiento previamente.

INSTRUMENTOS

1) Para obtener información sobre la presencia de psicopatología en los estudiantes, se aplicará el SCL-90-R Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (Derogatis, 1994). El inventario de síntomas es un instrumento de reconocida utilidad para la detección de un amplio rango de sintomatología psicopatológica. Es una escala de síntomas auto – administrable que se presenta como medida de autoinforme y que evalúa según su autor: el grado de malestar psicológico o distress que la persona ha experimentado durante los últimos siete días. El cuestionario evalúa el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona a través de nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología: el índice de Gravedad Global (Global Severity Index, GSI), el índice de Malestar Positivo (Positive Symptom Distress, PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (Positive Symptom Total, PST).

La elección de este instrumento queda justificada principalmente por tres razones: se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección, permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad, y exhibe buenas propiedades psicométricas.

2) En cuanto a la obtención de datos sobre la trayectoria académica de los alumnos universitarios: se utilizará la información disponible en los sistemas informáticos de la Unidad de División Alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y se medirán los indicadores promedio con aplazos, promedio sin aplazos, regularidad (cantidad de años en la carrera), número de finales aprobados, número de finales desaprobados, número de cursadas aprobadas.

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionara una muestra de aproximadamente 200 alumnos regulares de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se evaluará a todos los sujetos de la muestra manteniendo el estricto anonimato de la información, previo consentimiento informado, aplicando los instrumentos anteriormente descritos. Luego se realizará la administración, corrección, y carga del instrumento, contando con el debido entrenamiento y supervisión por parte del tutor.

El siguiente paso a seguir en esta investigación consistirá en sistematizar los datos obtenidos por la aplicación del SCL-90-R en la muestra de alumnos ingresantes de la Facultad de Psicología.

Posteriormente, se realizará una búsqueda de datos sobre los alumnos acerca de su trayectoria académica, se tendrán en cuenta los siguientes indicadores, cantidad de materias cursadas (aprobadas y desaprobadas), cantidad de finales rendidos (aprobados y aplazos), promedio académico y regularidad académica.

En una última instancia de investigación procederemos a la síntesis de los datos obtenidos con el fin de establecer posibles relaciones entre los mismos como así también correlaciones entre las variables medidas: psicopatologías y rendimiento académico a fin de poner a prueba nuestra hipótesis y poder arribar conclusiones.

PROCESAMIENTO DE DATOS:

Se realizarán análisis estadísticos de la información obtenida. Para describir y caracterizar la presencia de sintomatología de los alumnos y su rendimiento académico se utilizarán análisis estadísticos descriptivos (media, mínimo, máximo, desvío típico, categorías).

Para determinar los niveles de asociación entre las variables en estudio se utilizarán pruebas de correlación múltiple y bivariada, de Pearson y de Spearman según corresponda.

Para establecer diferencias entre grupos de edad y trayectorias académicas, se utilizarán pruebas t de comparación de medias y ANOVAS de un factor. También se aplicará Prueba t de diferencias de medias para dos muestras independientes para determinar diferencias según género. Para estas pruebas, se incluirá el cálculo del tamaño de los efectos de las diferencias.

CRONOGRAMA

Actividades	Meses				
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Redacción del marco teórico	■				
Colecta de datos	■				
Corrección y carga de Datos		■			
Elaboración de la base de datos. Codificación de las respuestas e ingreso de datos en el software estadístico		■	■		
Análisis de los datos				■	
Interpretación de los resultados y elaboración de conclusiones					■
Redacción del Informe Final					■

PERTENENCIA DE LA INVESTIGACION A UN PROYECTO MAYOR EN DESARROLLO:

El presente proyecto es parte de un proyecto mayor en desarrollo denominado: “Relaciones de personalidad, la salud mental, el bienestar psicológico, los mecanismos de regulación y las estrategias de aprendizaje con las trayectorias académicas de estudiantes universitarios” perteneciente al CIMPEB (Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación– Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional), dirigido por el Dr. Sebastián Urquijo dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Este proyecto amplía la investigación y correlación específicamente de dos variables que son la presencia de psicopatologías y rendimiento académico, las cuales generarán impacto y mayor información y cuerpo de conocimientos en el estudio del resto de las variables medidas del proyecto (mayor salud mental, bienestar psicológico, mecanismos de regulación, entre otras).

En este sentido esta investigación evidencia una articulación de dos áreas de conocimiento a las cuales el proyecto mayor también pertenece las cuales son: Psicología Educacional y Psicología Cognitiva – Personalidad, ambas áreas del proyecto mayor se verán beneficiadas por el nuevo caudal de información proveniente de esta nueva investigación.

PROBABLE APOORTE DE LOS RESULTADOS

Las conclusiones arribadas en esta Investigación podrán aportar información para determinar el perfil psicológico del estudiante de Psicología. Así como también permitirá caracterizar el rendimiento académico de los estudiantes y las psicopatologías más representativas de esta unidad académica. Los resultados podrían ampliarse a partir de investigaciones futuras.

Por otro lado, resulta interesante la configuración de cánones de investigación propios considerando la cantidad de alumnos locales y zonales que asisten a esta unidad académica, que forman parte de la generación de próximos profesionales encargados de analizar y contribuir a la salud mental propia de la población marplatense.

Considerando que esta facultad cuenta con un servicio de asistencia psicológica gratuita para alumnos y graduados, el conocimiento de las psicopatologías predominantes podrá ser útil para orientar a los profesionales en el tipo de servicio asistencial a tener en cuenta en esta población específica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Benítez, M; Gimenez, M. y Osicka, R. (2000). Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico: *¿existe alguna relación?* Recuperado de <http://www.actiweb.es/estudiantediego/archivo2.pdf>
- Cabal, G. y Gutierrez, J. (2007). Psicopatologatología en Estudiantes Universitarios De La Facultad De Salud – Univalle. Bogotá. *Psicología Escolar e Educativa*. 30(4).
- Carroll, J. B. (1993) *Human Cognitive Abilities*. Cambridge: University Press.
- Derogatis L. (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*. Minneapolis: 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. Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. *Psicología Escolar e Educativa*; 7(3).
- Jiménez, M. (2000). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Infancia y Sociedad*, 24, 21-48.
- 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.
- Perez, M. y Urquijo, S. (2001) Depresión en adolescentes. Relación con el rendimiento académico. *Psicología Escolar e Educativa*; 5(1); 49-58.
- Pizarro, R. y Clark, S. (1998) Currículo del hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus estatus. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 7; 25-33.
- Selmes, I. (1998) *La mejora de las habilidades para el estudio*. Madrid: Paidós.
- Tobias, S. (1986) Anxiety and cognitive processing of instruction. In Schwarzer, R. (Ed.), *Self-related cognition in anxiety and motivation* (pp. 35-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.



Firma del Supervisor

S. ORG...

Firma del alumno

~~Florencia~~ Florencia Hornauechza

~~Victoria~~ Victoria Materazzi

~~MA~~ MA CANZANI ROSSI

PI Área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Aprobado *

Fecha:

* Cumple en todo y en parte con los requisitos de un anteproyecto de tesis licenciatura.

7/6/13



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***“Relaciones entre Psicopatologías y Rendimiento Académico en
Estudiantes Universitarios.”***

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89

NOMBRE Y APELLIDO ALUMNAS:

Hormaechea, Florencia Mat. N° 07865/07

Materazzi, Victoria Mat. N° 07459/06

Nosei, Maria Candela Mat. N ° 07484/06

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

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

SUPERVISOR:

Dr. Urquijo, Sebastián.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: SÍ.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

“Este Informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal, es propiedad exclusiva de Hormaechea Florencia; Materazzi, Victoria; Nosei, María Candela, alumnas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo, en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de las autoras”.

Página de presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en la normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Hormaechea Florencia mat. 07865/07, Materazzi Victoria mat. 07459/06, Nosei María Candela mat. 07484/06.


S. J. P. G. P. S.
Firma y aclaración de los miembros de la comisión asesora




Fecha de Aprobación: 21/03/14

Calificación: 10 (sobresaliente)

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos: Hormaechea, Florencia mat. 07865/07; Materazzi, Victoria mat. 07459/06; Nosei, María Candela mat. 07484/06, conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 27 días del mes de febrero del año 2014.


Firma del Supervisor


Aclaración

ÍNDICE

Título.....	Pág. 6
Resumen.....	Pág. 6
Palabras Claves.....	Pág. 7
Motivos y Antecedentes.....	Pág. 7
Objetivo General.....	Pág. 17
Objetivos Particulares.....	Pág. 17
Hipótesis de Trabajo.....	Pág. 18
Metodología.....	Pág. 18
Métodos e Instrumentos.....	Pág. 18
Presentación de los Resultados.....	Pág. 22
Discusión de los Resultados y Conclusiones.....	Pág. 37
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 41
Agradecimientos.....	Pág. 45



Apellido y Nombre de los alumnos: Hormaechea Florencia, Materazzi Victoria, Nosei María Candela.

Matricula/año: 07865/07; 07459/06; 07484/06.

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

Supervisor: Urquijo, Sebastian.

TITULO

Relaciones entre presencia de psicopatologías y rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

RESUMEN

En el presente trabajo se exploran y establecen las relaciones entre presencia de psicopatologías y el rendimiento académico de estudiantes universitarios de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se parte de considerar la importancia de la exploración de las relaciones entre la presencia de psicopatologías, como la manifestación de un signo o síntoma, y el desempeño académico, entendiendo este último como una red de variables, que se verían influenciadas por la presencia de psicopatologías. Se trabajó con una muestra aleatoria de 234 alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para la evaluación de las psicopatologías se aplicó el SCL-90, un instrumento de autoinforme desarrollado para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Para evaluar el rendimiento académico se utilizaron los promedios con y sin aplazos, la cantidad de requisitos aprobados, la cantidad de cursadas aprobadas, finales aprobados y desaprobados, obtenidos por los alumnos. Se utilizaron estadísticos descriptivos para caracterizar los constructos y la población en estudio. Se aplicaron análisis de correlación y ANOVAS para determinar los niveles de

asociación entre la presencia de psicopatologías y el rendimiento académico. Encontramos que si bien presentan asociaciones estadísticamente significativas, no podría afirmarse que se determinan mutuamente, considerando los bajos niveles de asociación.

PALABRAS CLAVES: Psicopatología – Rendimiento académico – Estudiantes universitarios – Sintomatología.

MOTIVOS Y ANTECEDENTES

Los primeros trabajos relativos a la predicción del desempeño académico surgieron de los estudios de correlación entre Inteligencia General y el Rendimiento Académico. Estas investigaciones fueron motivadas por las diferencias que se daban en el aprendizaje de los escolares, supuestamente debido a un factor de Inteligencia General. Los factorialistas posibilitaron la introducción de diferentes aptitudes en los estudios de correlación (García Yague, 1992).

El rendimiento académico es definido de diferentes maneras según el marco teórico desde el cual operen los investigadores. Comenzando el recorrido, podemos mencionar a Vélez Van Meerbeke y Roa González (2005) los cuales postulan que el rendimiento académico se define como 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 se limita a la expresión de una nota cuantitativa o cualitativa. Se han estudiado algunas variables que pueden predecir el rendimiento de estudiantes universitarios, como los resultados previos del colegio, las pruebas de estado, el examen de ingreso, las aptitudes intelectuales, los factores psicosociales, los rasgos de personalidad y los factores emocionales, hábitos de estudio e interés vocacional.

Podemos continuar definiéndolo como *“...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..." (Pizarro y Clark, 1998). Desde la perspectiva del alumno, estos autores plantean al rendimiento académico como la capacidad de respuesta del individuo, frente a estímulos, objetivos y propósitos educativos previamente establecidos.

Jiménez (2000) plantea que el rendimiento escolar es un "nivel de conocimientos demostrado en un área o materia comparado con la norma de edad y nivel académico". Lasiville Navarro (1990), plantea que es necesario considerar no sólo el desempeño individual del estudiante, sino la manera como es influido por sus pares, el aula, o el contexto educativo.

Definir el rendimiento académico en función del aprendizaje, es dificultoso, por la complejidad del proceso enseñanza-aprendizaje, ya que son muchos los factores involucrados en él: la interacción con el docente, el conocimiento previo, la influencia del contexto, el nivel socioeconómico, entre otros.

Ortigosa y González (2003), sostienen que en general, las instituciones utilizan los sistemas de calificaciones o el promedio del alumno para estimar su rendimiento académico. En otro sentido, Marsh y Seeshing (1997), demostraron que la autoconfianza es un predictor importante para el rendimiento académico, influyendo de manera significativa en los resultados de los alumnos en los exámenes.

Rodríguez Espinar (1982) afirma la insuficiencia de las variables aptitudinales para predecir adecuadamente el rendimiento académico. Castaño (1974), afirma que *"...superado cierto umbral necesario de inteligencia para acceder al nivel de estudios en cada etapa escolar, un exceso de la misma no comporta obligatoriamente un mejor aprovechamiento..."* (p. 45).

Ahora bien, se considera que el rendimiento académico de los alumnos se puede encontrar afectado por un conjunto vasto de variables que pueden tanto mejorar como disminuir el mismo. Estas variables pueden ser 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). Por lo tanto, si el rendimiento académico es entendido como la capacidad de respuesta que tiene un individuo a estímulos, objetivos y propósitos

educativos, se estima que dicho rendimiento podría verse modificado en aquellos alumnos universitarios en los que se tengan evidencias de sintomatología.

Introduciéndonos en el área de conocimiento de la psicopatología, la clasificación de desórdenes mentales tiene una larga historia, tomando como referencia lo conceptualizado por Millon (1991), la primera descripción de un síndrome específico remite a los egipcios alrededor del 3000 A.C. Los antiguos escritores griegos y egipcios se refieren a los desórdenes remarcando conceptos similares al de: histeria, paranoia, manía y melancolía. Desde ese momento numerosas clasificaciones han emergido debido al interés de los científicos por estudiarlas.

El término psicopatología, etimológicamente *psyché* (psijé): alma o razón. *páthos* (pazos): enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

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 también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.

En Psicología se estudian los factores que pueden inducir estados patológicos en el proceso mental, que a diferencia del estado de salud tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica, se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados patológicos en el proceso mental.

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

Dentro de esta perspectiva, Ruiz Ogara, Barcía Salorio, López-Ibor (1982) considera, que la psicopatología es el núcleo central constitutivo de la Psiquiatría, entendiéndola como el conjunto de signos y síntomas que debemos interpretar y tratar. Con ella se pretende llegar a la experiencia íntima del sujeto y a su vivencia, a fin de clarificarla. El método a seguir se basaría en la observación cuidadosa, experta y comprensiva del paciente.

McKinnon y Yudofsky (1989), establece 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.

Durante la segunda mitad del siglo XX, el tema de la clasificación ha dominado los estudios en psicopatología. En este periodo se han publicado cinco ediciones del Manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), numerosos libros, capítulos y artículos sobre clasificación.

El Manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría contiene una tipificación de los trastornos mentales y proporciona una herramienta descriptiva compuesta por clasificaciones nítidas de las categorías de información.

De todas formas, esta producción no ha resuelto algunos de los problemas fundamentales de la nosología psiquiátrica. Algunos aspectos sin resolver incluyen la definición de enfermedad mental o desorden mental, los principios de nosología para la organización de la clasificación psiquiátrica, y la distinción entre normalidad y patología. La validez de varios diagnósticos no está establecida. Las controversias existen en relación a la definición y el status lógico de algunos diagnósticos.

Se toma el constructo "psicopatología" como un conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico. Sin embargo, esto no significa que este mismo grupo de fenómenos no puedan ser estudiados por ciencias como la Neurología, Psicofarmacología, Psicometría y Filosofía entre muchas otras.

Como ciencia la psicopatología tiene un carácter objetivo, no es el fruto de la voluntad y creación de un hombre en particular, es el producto de la necesidad histórica de la humanidad, para poder enfrentar uno de sus grandes problemas, la salud mental. Esta ciencia es un reflejo del conocimiento logrado a través de múltiples esfuerzos, como por ejemplo: los vínculos, relaciones, causas y factores implicados en los

Tabla 5. Puntuaciones Directas de Escalas e Índices en la muestra de 1600 sujetos en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Puntuaciones Directas de Escalas e Índices	Muestra n=1600		Femeninos n=1101		Masculinos n=499		Sig. Dif.
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
Somatizaciones	0,40	0,41	0,46	0,44	0,27	0,29	0,000
Obsesiones y compulsiones	0,59	0,49	0,60	0,49	0,57	0,48	0,374
Sensibilidad Interpersonal	0,40	0,44	0,41	0,46	0,37	0,40	0,156
Depresión	0,48	0,44	0,53	0,46	0,39	0,37	0,000
Ansiedad	0,33	0,38	0,36	0,40	0,26	0,31	0,000
Hostilidad	0,41	0,52	0,41	0,54	0,40	0,46	0,799
Ansiedad Fóbica	0,17	0,31	0,18	0,34	0,13	0,25	0,003
Ideación Paranoide	0,33	0,46	0,33	0,46	0,34	0,45	0,753
Psicoticismo	0,18	0,30	0,19	0,30	0,17	0,27	0,200
Items Adicionales	0,44	0,47	0,46	0,49	0,38	0,42	0,001
Índice de Severidad Global GSI	0,38	0,33	0,41	0,35	0,33	0,28	0,000
Total de Síntomas Positivos PST	23,96	14,78	24,95	15,00	21,77	14,06	0,000
Índice de Malestar Positivo PSDI	1,32	0,34	1,34	0,36	1,27	0,30	0,000

Podemos ver en los resultados de la Tabla 5 que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las 9 dimensiones y los 3 índices del SCL-90 R entre la muestra de mayor escala realizada con 1600 alumnos de distintas carreras de la UNMDP y las muestras diferenciadas por sexo.

Con el propósito de comparar las medias de las puntuaciones por escala del SCL-90 de los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata con otras muestras normativas similares, se eligieron algunos estudios que mencionan resultados específicos de la aplicación del SCL-90-R en estudiantes universitarios o poblaciones de adolescentes adultos y que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4. Prueba de muestras independientes SEGÚN SEXO < 0,05

		T	gl	Sig. (bilateral)
SOMATIZACIONES	Se han asumido varianzas iguales	1,487	232	0,138
OBSESIONES Y COMPLUSIONES	Se han asumido varianzas iguales	0,182	232	0,855
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL	Se han asumido varianzas iguales	-0,741	232	0,459
DEPRESIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,520	232	0,130
ANSIEDAD	Se han asumido varianzas iguales	0,183	232	0,855
HOSTILIDAD	Se han asumido varianzas iguales	-0,420	232	0,675
ANSIEDAD FÓBICA	Se han asumido varianzas iguales	0,713	232	0,477
IDEACIÓN PARANOIDE	Se han asumido varianzas iguales	-0,500	232	0,618
PSICOTICISMO	Se han asumido varianzas iguales	-0,621	232	0,535
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	Se han asumido varianzas iguales	0,503	232	0,616
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	Se han asumido varianzas iguales	0,286	232	0,775
INDICE DE MALESTAR POSITIVO	Se han asumido varianzas iguales	0,830	232	0,407

En un primer momento en el análisis de resultados se establecieron grupos diferenciados por sexo. Teniendo en cuenta los resultados presentes en las tablas 3 y 4, podemos concluir que no se registraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los indicadores establecidos en el SCL-90.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos puntajes directos SCL-90-R discriminados por sexo.

	SEXO	N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
SOMATIZACIONES	F	200	0,49	0,40332	0,02852
	M	34	0,39	0,32817	0,05628
OBSESIONES Y COMPULSIONES	F	200	0,62	0,45489	0,03217
	M	34	0,61	0,49966	0,08569
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL	F	200	0,46	0,48685	0,03443
	M	34	0,53	0,50386	0,08641
DEPRESIÓN	F	200	0,56	0,48059	0,03398
	M	34	0,43	0,48770	0,08364
ANSIEDAD	F	200	0,42	0,39547	0,02796
	M	34	0,41	0,33698	0,05779
HOSTILIDAD	F	200	0,44	0,51845	0,03666
	M	34	0,48	0,53044	0,09097
ANSIEDAD FÓBICA	F	200	0,17	0,27959	0,01977
	M	34	0,13	0,27551	0,04725
IDEACION PARANOIDE	F	200	0,36	0,41639	0,02944
	M	34	0,40	0,53813	0,09229
PSICOTICISMO	F	200	0,22	0,30135	0,02131
	M	34	0,26	0,31061	0,05327
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	F	200	0,56	0,52951	0,03744
	M	34	0,51	0,47989	0,08230
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	F	200	26,84	14,83288	1,04884
	M	34	26,03	17,80447	3,05344
INDICE DE MALESTAR POSITIVO	F	200	1,37	0,33957	0,02401
	M	34	1,32	0,29967	0,05139

ANSIEDAD FÓBICA	234	0,00	1,86	0,16	0,27871
IDEACIÓN PARANOIDE	234	0,00	2,33	0,36	0,43508
PSICOTICISMO	234	0,00	1,80	0,22	0,30229
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	234	0,00	2,86	0,55	0,52190
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	234	1,00	79,00	26,72	15,26067
INDICE DE MALESTAR POSITIVO	234	1,00	2,65	1,36	0,33396
N válido (según lista)	234				

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario SCL-90-R teniendo en cuenta sus nueve dimensiones primarias de síntomas y sus tres índices globales de psicopatología. Se verifica que hay mayor cantidad de estudiantes que presentan la dimensión Obsesiones y compulsiones (OBS) siendo su media de 0,62, con un desvío de 0,46, y en segundo lugar los sujetos de la muestra presentan una media de 0,54 en la dimensión Depresión (DEP). Los resultados demuestran a su vez que la dimensión Ansiedad Fóbica (FOB) es la que se presenta con menor frecuencia, la siguiente dimensión con una media menor es Psicoticismo (PSI) siendo la misma de 0,22.

Es importante destacar también que la escala Hostilidad, es en la que se encuentra el mayor número de estudiantes, aunque la media de la misma no posee los puntajes más altos.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del desempeño académico

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Año de Ingreso a la Universidad	2008	2010	2009	
Número de Cursadas Aprobadas	0,67	8,25	4,91	1,66212
Finales con aplazos por año	0,00	6,25	2,47	1,33077
Finales sin aplazos por año	0,00	6,25	2,27	1,31587
Promedio con Aplazos	3,00	9,80	7,10	1,26116
Promedio sin Aplazos	4,00	9,80	7,56	0,91170
Numero de aplazos	0,00	5	0,92	1,210

En la tabla 1 observamos que el total de los 234 alumnos presenta una media de 4,91 de número de cursadas aprobadas por año con un desvío típico de 1,66. Por otro lado los alumnos presentaron una media de 7,10 en relación a los promedios con aplazos con un desvío de 1,26, se encontró una media superior en los promedios sin aplazos siendo la misma de 7,56 con un desvío de 0,91.

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

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SOMATIZACIONES	234	0,00	2,58	0,48	0,39453
OBSESIONES Y COMPULSIONES	234	0,00	2,50	0,62	0,46056
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL	234	0,00	2,67	0,47	0,48883
DEPRESIÓN	234	0,00	2,62	0,54	0,48296
ANSIEDAD	234	0,00	1,90	0,42	0,38689
HOSTILIDAD	234	0,00	3,33	0,44	0,51925

***Total de síntomas positivos (TSP):** Se calcula sumando el total de ítems marcados como positivos (respuesta mayor a 0). Puntuaciones extremas se consideran indicadores de un intento consciente de mostrarse mejor de lo que realmente se está o, por el contrario, de la tendencia a exagerar el malestar psicológico. Un valor menor de 4 se considera sospechoso de negación de síntomas o de minimización de patología, mientras que uno mayor de 50 en varones o 60 en mujeres es indicador de la tendencia a la exageración de la patología.

***Índice de malestar sintomático positivo (IMSP):** Evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización o a la exageración del estado de malestar. Se calcula sumando el total de los ítems marcados como positivos, como en el caso del ISG, pero dividiendo por el total de síntomas presentes (TSP).

El instrumento presenta 7 ítems adicionales que no forman parte de ninguna dimensión pero sí de los índices generales. Se relacionan con problemas de sueño, problemas con la comida, culpa y pensamientos de muerte.

En cuanto a la justificación de la elección del instrumento, el uso y propiedades psicométricas del SLC-90-R indica que, la gran popularidad del mismo entre profesionales e investigadores de la salud mental puede atribuirse a tres características: (1) se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección, (2) permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad, y (3) exhibe buenas propiedades psicométricas.



*Hostilidad (HOS): Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo, rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas)

*Ansiedad fóbica (FOB): Respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, lo que ocasiona una conducta de evitación o escape. Varios de los síntomas de esta dimensión son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, a salir o estar solo, a viajar en medios públicos de transporte)

*Ideación paranoide (PAR): Distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios)

*Psicoticismo (PSIC): El psicoticismo está representado como una expresión de la experiencia humana. Incluye un amplio espectro de síntomas referidos a al espectro psicótico, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis (sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro)

A su vez el instrumento está compuesto por ***tres índices globales de psicopatología:***

***Índice de Severidad Global (ISG):** Indicador del nivel actual de la severidad del malestar general percibido. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar. Para ello, debe sumarse el total de los puntajes de las respuestas a todos los ítems y dividirlo por el número total de ítems (90). Proporciona, en un único número, el grado de patología de una persona.

perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos.

Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas, descritas a continuación:

*Somatización (SOM): Percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares)

*Obsesiones y compulsiones (OBS): Síntomas característicos del trastorno del mismo nombre (pensamientos, impulsos y acciones vivenciados como involuntarios, no deseados, egodistónicos e imposible de controlar).

*Sensitividad interpersonal (SI): Sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales).

*Depresión (DEP): Incluye la mayoría de los principales síntomas típicos de los trastornos del espectro depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos corrientes (disforia, falta de motivación, pérdida de intereses, falta de energía, llanto, desesperanza, tristeza, ideación suicida).

*Ansiedad (ANS): Síntomas cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones). Se incluyen algunos correlatos somáticos de la ansiedad.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Existiría una asociación entre la presencia de determinadas psicopatologías y el rendimiento académico de los alumnos.
2. Los sujetos que tengan una puntuación significativamente alta en determinadas escalas de sintomatología mostrarían una alteración en su rendimiento académico.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: se trata de un estudio retrospectivo, de un grupo, basado en un diseño no-experimental, longitudinal de tipo correlacional (León y Montero, 2007).

Universo: Comprende a todos los estudiantes regulares de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Muestra: Se trabajará con una muestra de conveniencia de aproximadamente 200 alumnos, que hayan dado su consentimiento previamente. Finalmente, se obtuvieron datos completos de 234 sujetos.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS:

1. Para obtener datos sobre la trayectoria académica de los estudiantes se utilizó la información actualizada de los sistemas informáticos de la División Alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Fueron tenidos en cuenta los siguientes indicadores: a) cantidad de materias cursadas b) cantidad de finales rendidos (aprobados y aplazos), c) promedio académico (con y sin aplazos), d) regularidad.
2. Para obtener información sobre la presencia de psicopatología en los estudiantes, se aplicará el SCL-90 Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (DerogatisSymptomChecklist, Revised [SCL-90-R]). Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales el respondiente debe indicar en qué medida lo han molestado o

Consideramos que es de particular interés indagar, caracterizar, y establecer las relaciones entre la presencia de psicopatologías y el rendimiento académico y la posible afectación de los resultados académicos debido a la presencia de sintomatología en los estudiantes universitarios de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En función de lo expuesto, resulta de interés investigar y relacionar la presencia de psicopatologías en estudiantes universitarios asociada al rendimiento académico de los mismos.

Este proyecto se orienta con la posible perspectiva de que los resultados del mismo constituyan una contribución para ampliar el campo de conocimiento en esta temática, como así también, los resultados podrían alentar el inicio de nuevas investigaciones.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las relaciones entre la presencia de psicopatologías y el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Describir y caracterizar la presencia de sintomatología de los alumnos de la Facultad de Psicología a partir de la evaluación de las escalas medidas en el SCL-90.
2. Describir y caracterizar el rendimiento académico de los estudiantes de Psicología a partir de la base de datos aportada por el Departamento de División Alumnos.
3. Establecer relaciones entre la presencia de psicopatologías y las trayectorias académicas.

Feldman *et al.* (2008) en su estudio basado en las relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos concluyeron que la presencia de condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico.

Por su parte, en la investigación realizada a estudiantes de psicología del Centro Universitario de los Altos, los autores Caldera Montes y Castro (2007) tomaron como población estudiada al 100 por ciento de la matrícula de la carrera, el cual equivalía a 115 alumnos para evaluar la relación entre estrés y rendimiento académico, los resultados obtenidos no muestran relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes, pero sí manifiestan tendencias interesantes que obligan a profundizar sobre el tema, ya que las tendencias sí manifiestan que los niveles bajos y sobre todo los medios de estrés son mejores condiciones para el aprovechamiento escolar.

La relación entre sintomatología ansiosa y rendimiento académico ha sido ampliamente estudiada, podemos mencionar estudios realizados dentro del contexto universitario, en distintos países que muestran la estrecha relación entre el rendimiento académico del alumnado y la ansiedad que los mismos manifiestan ante distintos tipos de exámenes (Viñas Poch y Caparrós Caparrós, 2000).

Ayora (1993), asevera que la ansiedad antes, durante y después de una evaluación o exámenes constituye una experiencia muy común, y que en algunos casos se traduce en experiencias negativas como bajas calificaciones, merma académica, abandono escolar y universitario, entre otras. Navas (1989) sostiene la existencia de dos componentes en la ansiedad producida por los exámenes: la preocupación y la emotividad. La primera se refiere a los pensamientos relacionados con las consecuencias del fracaso. La segunda se asocia a las sensaciones desagradables y a las reacciones fisiológicas provocadas por la tensión del examen. Tanto la preocupación como la emotividad parecen contribuir a la reducción del rendimiento académico.

entre otros. En tiempos más recientes, asistimos al surgimiento de posturas que cuestionan la utilidad del concepto de causa, o en todo caso la necesidad de revisar a fondo la tradición moderna del concepto de causalidad. En este sentido según Fernández Álvarez (1992) "...la mejor manera de comprender una perturbación puede no comenzar por identificar una causa, sino acertando a elaborar un modelo de cómo y en qué circunstancias ocurre este fenómeno..." (p. 60).

Luego de este recorrido sobre la conceptualización y descripción de la psicopatología y sus diferentes enfoques, se considerará para este proyecto al enfoque descriptivo que se centra en la manifestación de los síntomas y signos de los trastornos psicopatológicos. En función de esto, para obtener información sobre la presencia de psicopatología en los estudiantes, se aplicará el SCL-90 Inventario de Síntomas de Derogatis, ya que apunta a identificar la ausencia o presencia de síntomas.

Encontramos en la literatura investigaciones internacionales en las que se relaciona la presencia de psicopatologías o alguna de ellas en particular con el rendimiento académico. Podemos citar una investigación desarrollada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, cuyo objetivo fue investigar de acuerdo al sexo, la edad y el tipo de escuela a la que asistan escolares adolescentes la presencia de indicadores de depresión, así como también determinar su relación con el desempeño académico en las áreas de lengua y matemática (Pérez y Urquijo, 2001).

Por su parte, Cabal y Gutiérrez (2001) encontraron en su investigación que tres cuartas partes del grupo exhibió la presencia de algún tipo de psicopatología en su evaluación clínica y el 66.6 % depresión y/o ansiedad, con una alta comorbilidad 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 ocurrencia de psicopatología en este grupo, no guarda relación con el rendimiento académico de los alumnos estudiados.



actividad del individuo y el modo como éstas operan condicionando su comportamiento (Pérez Álvarez, 1996).

El papel del condicionamiento es de máxima importancia, la terapia se dirige a determinar las conductas inadaptadas es decir los síntomas manifiestos que las mantienen. Una vez identificadas el terapeuta puede preparar un programa de procedimiento "de aprendizaje" dirigidos a eliminar las respuestas inadaptadas e instaurar otras más adaptativas (Fernández Álvarez, 1992)

La **psicología cognitiva**, parte de una reacción contra el paradigma conductista, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, 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. El sujeto volvió a ser considerado como alguien que participa activamente en la conformación de los actos de conducta, y su experiencia concebida como acto de construcción de la realidad.

La tesis central de este nuevo enfoque radicó en que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen de desórdenes psicológicos, y que el efecto de estos pensamientos erróneos opera afectando negativamente el estado emocional de las personas.

En conclusión, 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 terapia cognitiva se centra en el contenido ideacional envuelto en el síntoma. El terapeuta intenta familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos, y las conductas de los pacientes para intentar comprender su interrelación. El enfoque está orientado fenomenológicamente ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de punto de vista del paciente (Fernández Álvarez, 1992)

En síntesis, la historia del pensamiento psicopatológico es una rica muestra de las diferentes modalidades a partir de las cuales se enfocó la naturaleza de los trastornos. Ha habido enfoques monocausalistas, pluricausalistas, multideterminados,

síntomas. Sin embargo, esto no debe conducir a considerar a esa o esas personas como enfermos y, más aún, se previene sobre la inconveniencia de utilizar rotulaciones psicopatológicas, ya que éstas, tomadas de los moldes psiquiátricos clásicos, se utilizan según su criterio, para ocultar la realidad del desequilibrio familiar, convirtiendo al paciente identificado como blanco de intervenciones, que tiende a reproducir los mismos mecanismos de interacción llevados a cabo por el grupo familiar en los intentos previos a la terapia (Fernández Álvarez, 1992). La psicopatología no es considerada un conflicto del individuo, sino una “patología de la relación”.

La persona es parte de un sistema, siendo los miembros pertenecientes a éste, interdependientes. Un cambio en un miembro, afecta a los miembros restantes. El síntoma presenta valor de conducta comunicativa y es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente. El síntoma cumple la función de mantener al sistema en equilibrio. La intervención del terapeuta se orientará a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas (Cinabal, 2006).

Los **enfoques conductistas**, en cambio, 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 determinadas estímulos. Lo que sostiene una conducta patológica, y por ende lo que sostiene 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 pasadas de la vida de sujeto. En este sentido, se vuelven importantes las condiciones exteriores que afectan la

Desde este marco teórico no se puede dejar de mencionar la clasificación psicoanalítica clásica de Freud, que incluyó sucesivamente primero la distinción entre neurosis de defensa y neurosis actuales, con la inclusión posterior de las neurosis narcisistas y que finalmente se organizó en el esquema tripartito neurosis – psicosis – perversiones (Laplanche y Pontalis, 2004).

Si bien la psicopatología recién se delimitó como disciplina en el siglo pasado dentro del campo y con los criterios de la medicina y la psiquiatría, es posible pensar hoy en la posibilidad de una psicopatología psicoanalítica. Es decir, un corrimiento de la psicopatología de la mera clasificación nosológica, hacia “el campo de la relación humana en tanto problemática” (Paz, 1979).

En su libro de Psicopatología General, Jaspers (1970) habla sobre la dependencia de los métodos psicopatológicos de otras ciencias, afirma que en la psicopatología se reúnen los métodos de casi todas las ciencias. Biología y morfología, medición, estadística, matemáticas, ciencias de espíritu comprensivas, métodos sociológicos todos encuentran su aplicación en ella. Esta dependencia de la psicopatología es constitutiva de la misma, tiene que ver con el ser humano en su totalidad, ciertamente con el ser humano enfermo.

En contraposición, los enfoques **interaccionales**, consideran que los trastornos son el resultado de una serie de mecanismos activados en las redes de interacción, que ligan a un grupo de personas en el seno de un sistema particular. Desde este enfoque, la presencia de un factor sintomático en el comportamiento de un individuo no señala, 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 la persona pertenece. En general, el sistema privilegiado para este enfoque ha sido el grupo familiar y en particular, la familia nuclear (Fernández Álvarez, 1992).

El hecho de que una persona manifieste síntomas de un trastorno, es entendido entonces, como la manera en la que 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

fenómenos psicopatológicos. Es el fundamento esencial de la Psiquiatría Clínica, en tanto, rama de la medicina que se encarga del diagnóstico, investigación y tratamiento de las enfermedades mentales (Reyes Pérez, 2010).

Al realizar un recorrido teórico del término “psicopatología” podemos continuar conceptualizándolo desde diferentes marcos teóricos:

Los enfoques **humanísticos existenciales** que 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 armado 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. En estos enfoques se encuentran permanentes referencias a la filosofía, como puede ser aportes de Heidegger, que muestran al hombre como un ser en el mundo que debe encontrar una respuesta válida y creadora para su soledad esencial (Fernández Álvarez, 1992).

Este modelo plantea que los individuos y grupos en conflicto poseen vastos recursos para la autocomprensión y el crecimiento, que se pueden aprovechar a través de la experiencia de un conjunto reducido y definido de condiciones facilitadoras. Estas condiciones son la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva incondicional del terapeuta. La terapia se orienta a liberar al individuo, para lograr un crecimiento y desarrollo normal, eliminando los obstáculos para que pueda seguir adelante (Cinabal, 2006).

El modelo **psicoanalítico** se basa en la teoría de la represión, se centra en los datos de los procesos inconscientes. El origen primario de los trastornos procede de las ansiedades infantiles reprimidas y los mecanismos defensivos que surgieron para proteger al individuo de las repeticiones de estos sentimientos. El síntoma tiene la función de mantener el equilibrio intrapsíquico. El objetivo del terapeuta es hacer consciente lo inconsciente (Fernández Álvarez, 1992)

Tabla 6. Comparación de las medias en España, Chile y Mar del Plata

Escala	Medias para todas las muestras				
	Psicología=234	MDQ n=1600	Chile n=718	España n=1277	SCL-90 R n=530
Somatización	0,48	0,40	1,06	0,65	0,55
Obsesiones y compulsiones	0,62	0,59	1,32	1,05	0,60
Sensitividad Interpersonal	0,47	0,40	0,94	0,88	0,45
Depresión	0,54	0,48	1,09	0,89	0,72
Ansiedad	0,42	0,33	1,01	0,66	0,52
Hostilidad	0,44	0,41	0,84	0,66	0,45
Ansiedad Fóbica	0,16	0,17	0,48	0,29	0,25
Ideación Paranoide	0,36	0,33	0,87	0,77	0,47
Psicoticismo	0,22	0,18	0,74	0,41	0,21
Índice Global de Severidad	0,55	0,38	0,96	0,71	0,51
Total de Síntomas Positivos PST	26,72	23,96	45,68	37,90	25,32

En la tabla 6 se puede observar los resultados de las medias de las puntuaciones por escala del SCL-90 de tres muestras normativas realizadas en diferentes poblaciones:

En primer lugar se observa las medias de la presente investigación, obtenidas de la muestra de 234 estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del plata.

Posteriormente aparecen detallados los resultados de las medias de la Muestra Normativa de Estudiantes Universitarios de la Universidad Nacional de Mar del Plata (2001) con un n=1600 (499M y 1101F). (Pérez y Urquijo, 2001).

En la tercera columna se observan los resultados de la Muestra Normativa de Estudiantes Universitarios de Chile (2008) con un n=718 (341M y 377F). (Gempp Fuentealba y Avendaño Bravo, 2008).

En la cuarta columna se presentan los datos de las medias de la Muestra Normativa de estudiantes Universitarios de España (2007) con un n=1277 (444 M 798 F). (Caparrós et al., 2007).

Y por último las medias de la Muestra Normativa de la adaptación española del SCL-90-R, generada en Canarias con un n=530 (252 M 278 F) (De Rogatis, 2002).

Podemos observar que en la muestra marplatense las medias en la totalidad de las dimensiones y en los tres índices son menores a las medias de las muestras de Chile, España, y de los resultados de la muestra que ha sido utilizada para validar el instrumento. No ha representado ésta una diferencia significativa. En los 1600 sujetos marplatenses la dimensión con mayor frecuencia es la de Obsesiones y Compulsiones con una medida de 0,59 y la de menor frecuencia Ansiedad Fóbica cuya media es de 0,17.

En la muestra de 234 alumnos que corresponde a nuestra investigación todas las escalas e índice se encuentran más elevados en relación a la totalidad de la muestra marplatense de 1600 sujetos exceptuando la escala de ansiedad fóbica.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. ttp.
SOMATIZACIONES	234	5	97	43,29	24,955
OBSESIONES Y COMPILSIONES	234	5	99	50,89	27,627
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL	234	5	99	45,50	27,607
DEPRESIÓN	234	1	99	34,78	26,699
ANSIEDAD	234	5	97	42,24	27,480
HOSTILIDAD	234	5	99	39,21	32,404
ANSIEDAD FÓBICA	234	5	99	28,07	28,789
	234	5	99	33,76	31,417

IDEACIÓN PARANOIDE					
PSICOTICISMO	234	5	99	44,36	32,987
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	234	1	99	48,77	29,581
TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS	234	1	99	39,55	29,241
INDICE DE MALESTAR POSITIVO	231	1	90	22,84	22,408
N válido (según lista)	231				

De acuerdo al SCL-90-R se considera indicador de una persona EN RIESGO a toda puntuación percentil superior a 90 y se establece como PRESENCIA de PATOLOGÍA SEVERA a toda puntuación igual o superior a percentil superior a 97.

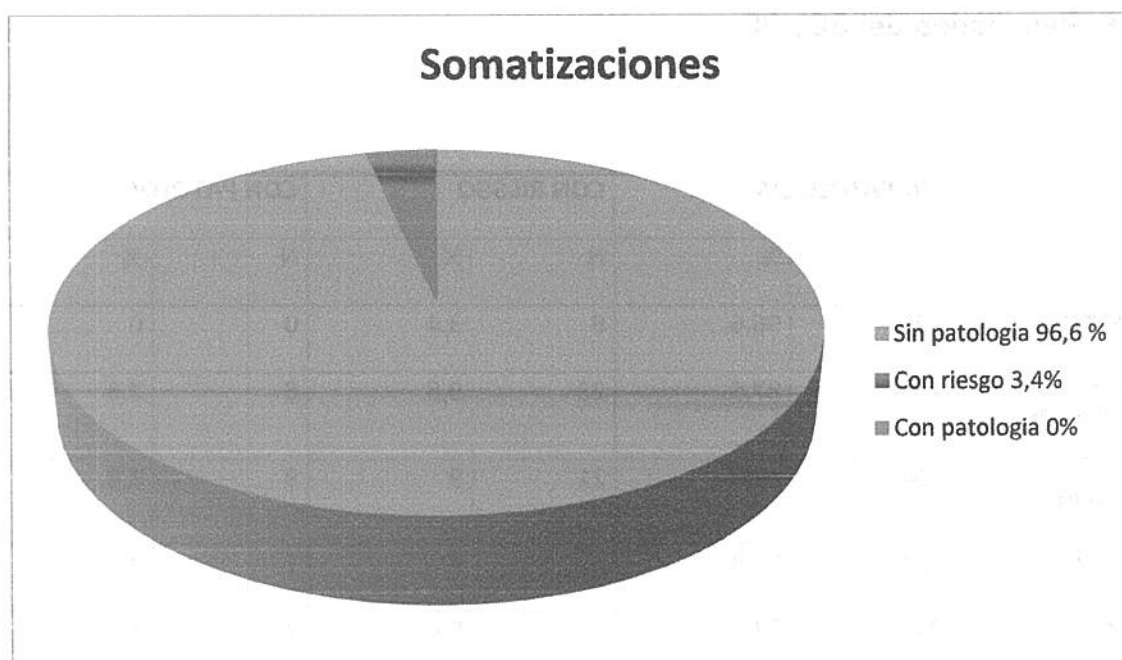
Tabla 8. Resultados del SCL-90.

ESCALAS	SIN PATOLOGÍA		CON RIESGO		CON PATOLOGÍA	
	N	%	N	%	N	%
SOMATIZACIONES (SOM)	226	96,6	8	3,4	0	0
OBSESIONES Y COMPULSIONES (OBS)	205	87,6	23	9,8	6	2,6
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (SI)	204	87,2	21	9	9	3,8
DEPRESION (DEP)	222	94,8	5	2,2	7	3
ANSIEDAD (ANS)	217	92,7	13	5,6	4	1,7
HOSTILIDAD (HOS)	219	93,6	9	3,8	6	2,6
ANSIEDAD FOBICA (FOB)	225	96,2	3	1,2	6	2,6
IDEACION PARANOIDE (PAR)	224	95,7	4	1,7	6	2,6
PSICOTICISMO (PSIC)	216	92,3	11	4,7	7	3
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD (IGS)	216	92,3	23	4,27	8	3,7
TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (TSP)	204	87,2	21	9	9	3,8

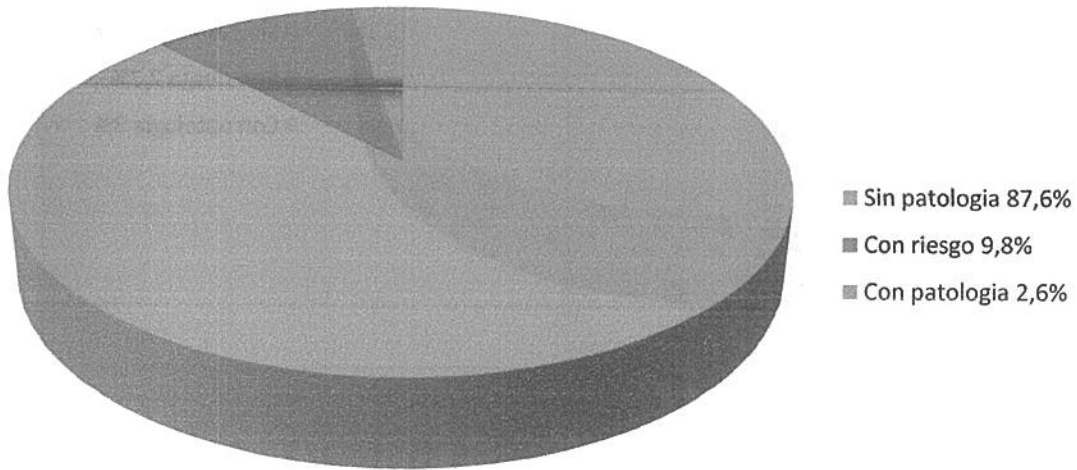
Del cuadro antes expuesto podemos observar los estadísticos descriptivos de las diferentes dimensiones de psicopatología medidas por el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R®). Se verifica que las escalas Obsesiones y Compulsiones y Sensitividad Interpersonal son las que poseen la mayor cantidad de estudiantes que verifican riesgo. Por otro lado los estudiantes universitarios presentan bajos niveles de riesgo de Ansiedad Fóbica e Ideación Paranoide.

Se observa también que la escala Sensitividad Interpersonal, es en la que verificamos el mayor número de estudiantes con presencia de patología (3,8). En contraposición, el menor número de sujetos se halla en la escala Ansiedad (1,7).

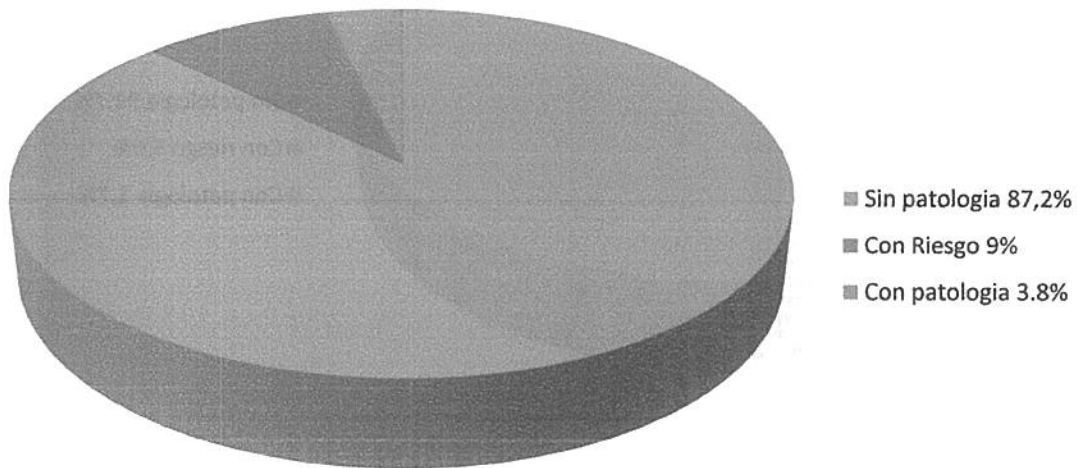
Podemos observar a continuación nueve gráficos correspondientes a las diferentes escalas del SCL 90 R en relación con la ausencia, riesgo o presencia de psicopatología:



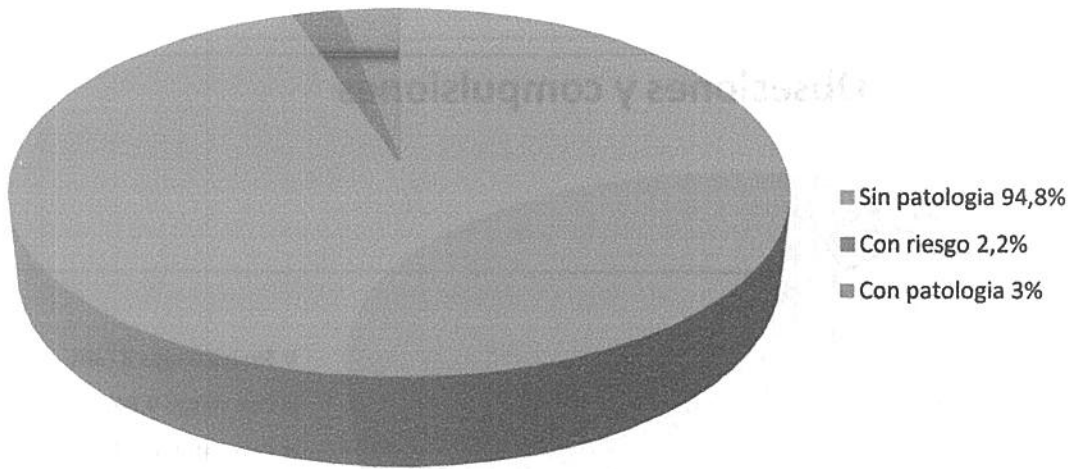
Obsesiones y compulsiones



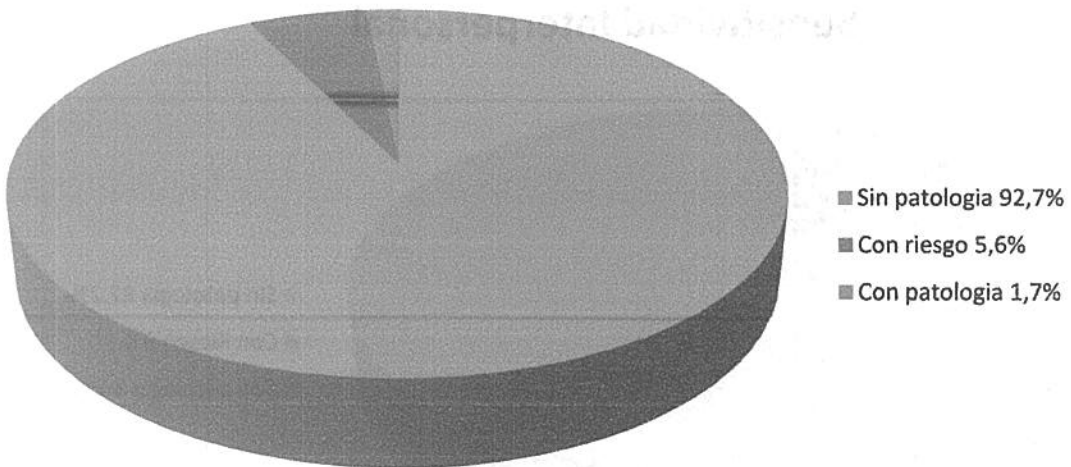
Sensitividad Interpersonal



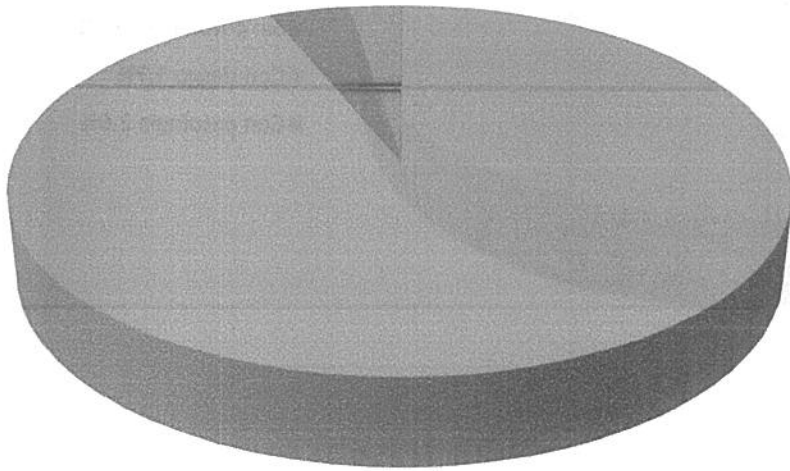
Depresión



Ansiedad

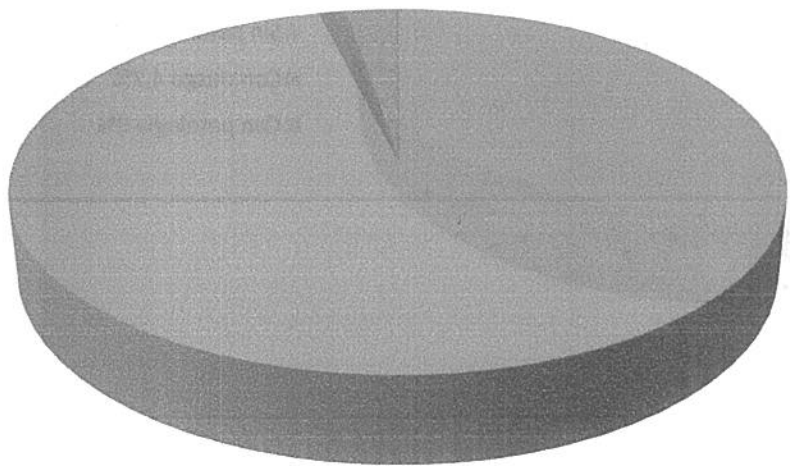


Hostilidad



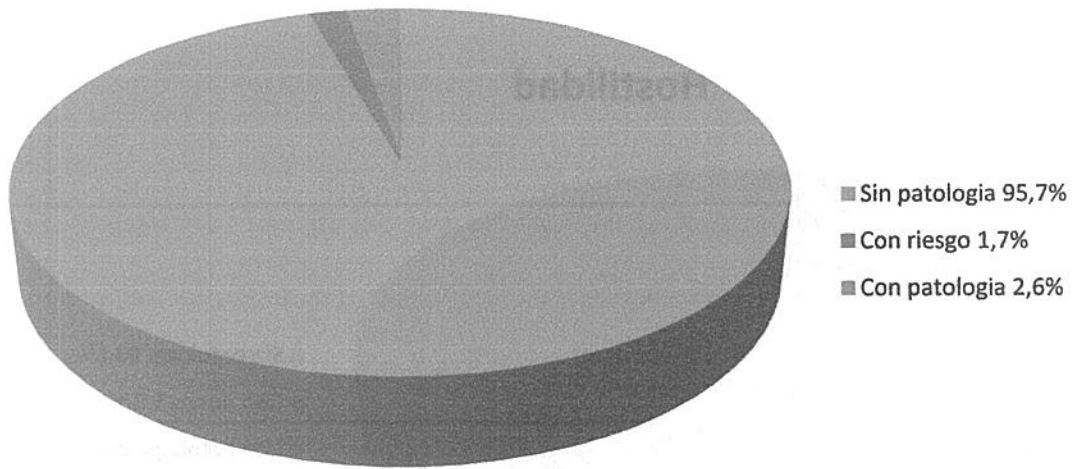
- Sin patologia 93,6%
- Con riesgo 3,8 %
- Con patologia 2,6%

Ansiedad Fóbica



- Sin patologia 96,2%
- Con riesgo 1,2%
- Con patologia 2,6%

Ideación paranoide



Psicoticismo

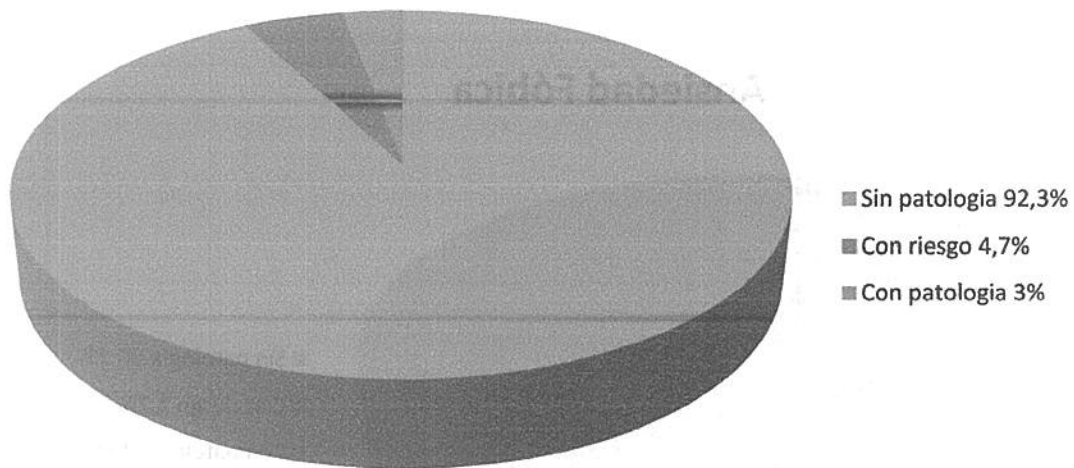


Tabla 9. Cuadro de Correlaciones entre psicopatología y rendimiento académico.

		Cursadas	Pconapla	Fincapla	Psinapla	Finapro	Naplazos	tiempocu
SOM	Correlación de Pearson	,002	,028	,002	,042	,005	-,012	-,030
	Sig. (bilateral)	,979	,670	,975	,528	,942	,850	,650
OBS	Correlación de Pearson	-,023	-,027	,032	-,022	,028	,019	,112
	Sig. (bilateral)	,729	,680	,631	,744	,669	,771	,088
INT	Correlación de Pearson	-,013	,036	,003	,031	,009	-,028	,052
	Sig. (bilateral)	,846	,584	,963	,642	,890	,668	,431
DEP	Correlación de Pearson	-,047	,022	-,025	,023	-,016	-,046	,024
	Sig. (bilateral)	,473	,738	,704	,732	,808	,484	,711
ANS	Correlación de Pearson	-,010	,012	,047	,032	,046	,008	,056
	Sig. (bilateral)	,882	,861	,473	,626	,482	,899	,390
HOS	Correlación de Pearson	-,040	-,066	,049	-,043	,038	,062	,031
	Sig. (bilateral)	,539	,319	,453	,511	,565	,347	,637
FOB	Correlación de Pearson	-,089	-,100	-,075	-,032	-,092	,070	,119
	Sig. (bilateral)	,174	,126	,254	,628	,161	,284	,070
PAR	Correlación de Pearson	,041	,011	,075	,039	,071	,026	,122
	Sig. (bilateral)	,531	,872	,256	,558	,281	,688	,062
PSI	Correlación de Pearson	-,019	-,022	-,005	-,027	-,004	-,005	,146(*)
	Sig. (bilateral)	,773	,738	,944	,681	,953	,943	,026
ITADI	Correlación de Pearson	-,008	,002	,021	,008	,025	-,021	,074
	Sig. (bilateral)	,909	,981	,754	,903	,705	,750	,262
TOTAL	Correlación de Pearson	-,025	-,003	,015	,012	,016	-,001	,077
	Sig. (bilateral)	,699	,966	,817	,860	,811	,982	,238
GSI	Correlación de Pearson	-,025	-,003	,015	,012	,016	-,001	,077
	Sig. (bilateral)	,699	,966	,817	,860	,811	,982	,238

SOMPER	Correlación de Pearson	-,086	,019	-,045	,026	-,041	-,025	-,124
	Sig. (bilateral)	,192	,771	,496	,689	,536	,702	,058
OBSPER	Correlación de Pearson	-,014	-,029	,040	-,024	,036	,024	,118
	Sig. (bilateral)	,826	,659	,543	,717	,587	,712	,071
INTPER	Correlación de Pearson	,014	,011	,041	,019	,034	,039	,065
	Sig. (bilateral)	,831	,867	,537	,768	,608	,551	,322
DEPPER	Correlación de Pearson	-,089	,011	-,049	,012	-,039	-,055	-,047
	Sig. (bilateral)	,175	,865	,458	,855	,558	,402	,476
ANSPER	Correlación de Pearson	-,001	,024	,078	,040	,076	,017	,030
	Sig. (bilateral)	,990	,714	,235	,547	,248	,797	,645
HOSPER	Correlación de Pearson	,046	-,044	,117	-,023	,103	,087	,008
	Sig. (bilateral)	,480	,504	,074	,727	,117	,187	,899
FOBPER	Correlación de Pearson	-,065	-,052	-,062	-,003	-,071	,033	,116
	Sig. (bilateral)	,322	,429	,347	,968	,281	,617	,078
PARPER	Correlación de Pearson	,105	,033	,122	,064	,118	,032	,166(*)
	Sig. (bilateral)	,110	,616	,063	,333	,072	,629	,011
PSIPER	Correlación de Pearson	,028	,005	,027	-,006	,023	,026	,210(**)
	Sig. (bilateral)	,673	,940	,679	,923	,727	,698	,001
PSTPER	Correlación de Pearson	-,007	-,028	,043	-,011	,034	,043	,063
	Sig. (bilateral)	,912	,675	,517	,870	,600	,509	,337
GSIPER	Correlación de Pearson	-,023	-,009	,020	,007	,018	,008	,042
	Sig. (bilateral)	,729	,895	,766	,914	,782	,898	,520
PSDIPER	Correlación de Pearson	-,053	,056	-,024	,049	-,009	-,074	-,033
	Sig. (bilateral)	,422	,395	,719	,461	,886	,266	,614

Correlaciones

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

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

Estos resultados indican que en los estudiantes se observa una asociación estadística positiva entre la presencia de Psicoticismo y el tiempo transcurrido en la carrera, es decir que un alto puntaje en Psicoticismo está relacionado a un mayor tiempo en el transcurrir de los estudios. Queremos destacar que las correlaciones obtenidas son bajas.

Así mismo, es interesante mencionar que en relación a la escala Ansiedad Fóbica encontramos una correlación estadística negativa. Es decir que a mayor Ansiedad Fóbica menor es el rendimiento académico tomando en cuenta el tiempo transcurrido en la carrera, el promedio con y sin aplazos y los finales aprobados y desaprobados, como así también, las cursadas aprobadas.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Haciendo referencia a nuestros objetivos, podemos decir que nuestras hipótesis han sido confirmadas parcialmente. En relación a nuestra primer hipótesis que sostiene que la presencia de determinadas psicopatologías se asocia con el desempeño académico en una población de estudiantes universitarios, se observa que las dimensiones Somatización, Obsesiones compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, presentan una correlación baja con el desempeño académico. En cambio Psicoticismo presenta una correlación positiva significativa en relación al rendimiento académico, es decir, un mayor nivel de Psicoticismo se asocia a un mayor tiempo en el transcurrir en la carrera.

A sí mismo, es interesante destacar considerando la escala Ansiedad Fóbica, y al Índice de Severidad Global, encontramos una correlación estadística negativa en relación al rendimiento académico tomando en cuenta el tiempo transcurrido en la carrera, el promedio con y sin aplazos, y los finales aprobados y desaprobados, como



así también en las cursadas aprobadas. Es decir que cuanto mayor es la presencia de sintomatología de Ansiedad Fóbica menor es el rendimiento académico.

Estos resultados permitieron confirmar parcialmente nuestra segunda hipótesis que sostiene que en los sujetos con una puntuación significativamente alta en determinadas escalas de sintomatología mostrarían alteración en su rendimiento académico.

En cuanto a los estudios realizados dentro del contexto universitario en distintos países se puede observar la estrecha relación entre el rendimiento académico del alumnado y la ansiedad que los mismos manifiestan ante distintos tipos de exámenes; (Viñas Poch y Caparrós Caparrós, 2000). Sin embargo, nuestros resultados no muestran una relación estadística positiva entre Ansiedad y rendimiento académico.

Ayora (1993) asevera que la ansiedad antes, durante y después de una evaluación o exámenes constituye una experiencia muy común, y que en algunos casos se traduce en experiencias negativas como bajas calificaciones, merma académica, abandono escolar y universitario, entre otras. Coincidimos, en parte, con esta afirmación ya que nuestros resultados confirmaron una relación estadística negativa en relación a la Ansiedad Fóbica y rendimiento académico. La dimensión Ansiedad Fóbica entendida como una respuesta de miedo desproporcionada en relación al estímulo que la provoca y que ocasiona una conducta de evitación o escape, se vincula con la investigación previamente mencionada, donde la ansiedad provocada ante un estímulo que por ejemplo serían los exámenes, genera un bajo desempeño académico.

Por su parte, Cabal y Gutiérrez (2001) confirmaron que la alta ocurrencia de psicopatología, no guarda relación con el rendimiento académico de los alumnos estudiados. Estos resultados difieren de los alcanzados por nuestro estudio, ya que en los sujetos con una puntuación significativamente alta en determinadas escalas de psicopatología se encuentra una alteración en su rendimiento académico.

Por su parte, en la investigación realizada a estudiantes de psicología del Centro Universitario de los Altos, para evaluar la relación entre estrés y rendimiento académico, Caldera Montes y Pulido Castro (2007) entienden al estrés como “una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo, nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, y otras situaciones similares”. Este constructo se relaciona con una de las escalas de nuestro instrumento que mide Ansiedad, entendida como “Síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad -nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones-” (SCL – 90). Los resultados obtenidos de la investigación en el Centro Universitario de los Altos no muestran relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes. A través del presente trabajo se observa que en general la persona con altas puntuaciones en Ansiedad no presenta una variación significativa en su desempeño académico.

En el análisis de resultados se establecieron grupos diferenciados por sexo, no registrándose entre ellos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de las diferentes sintomatologías.

Como mencionamos anteriormente, la mayor parte de los estudios que tratan de esclarecer las relaciones entre presencia de psicopatología y rendimiento académico, se han llevado a cabo por medio de relaciones correlacionales; por tanto, no se pueden establecer mediante los resultados arribados relaciones de causa – efecto.

A modo de cierre, podemos sostener que a lo largo de esta investigación fuimos observando las diferentes relaciones que se establecen entre malestar psicológico y el desempeño académico. Hallamos que si bien ambos, presentan asociaciones estadísticamente significativas, no podría afirmarse que se determinan mutuamente, considerando los bajos niveles de asociación. Esto nos lleva nuevamente a confirmar la idea de que el desempeño académico es una variable multideterminada, considerando dentro de los factores que lo afectan la personalidad, los métodos de enseñanza y técnicas de estudios utilizados, las estrategias de aprendizaje y de afrontamiento, factores socioculturales, entre otros.

Esta investigación podrá dar lugar a nuevos estudios que aporten datos acerca de las relaciones encontradas y la búsqueda de las causas de las mismas, pudiendo incluir y ampliar otras variables que inciden en el rendimiento académico. También sería interesante hacerlo extensivo a otras facultades de nuestra Universidad Nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association.(1994). *Diagnóstico statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.

Ayora, A. (1993). *Ansiedad en situaciones de evaluación o examen, en estudiantes secundarios de la ciudad de Loja (Ecuador)*. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 25, N.º 3.

Cabal, G. y Gutierrez, J. (2001). *Psicopatología en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Salud – Univalle*. Bogotá. Psicología Escolar e Educacional. Abril 2007 vol. 30, n.4 Bogotá.

Caldera Montes, J. y Pulido Castro, B. (2007). *Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos*.

Caparrós-Caparrós, B.; Villar-Hoz, E.; Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007) Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794

Carroll, J. B. (1993). *Human Cognitive Abilities*. Cambridge: University Press.
Castaño, C. (1974). Problemas de predicción de los tests mentales con especial referencia a la orientación escolar y profesional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 126, 31-41.

Cibanal, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Editorial Club Universitario de la investigación en Psicología y Educación (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Derogatis L. (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*. Minneapolis: National Computer System.

De Rogatis, L. (2002) *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación de Gonzalez de Rivera y cols.* Madrid: TEA Ediciones S.A.

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.* Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. *Psicología Escolar e Educativa*; sep./dic. 2008, vol. 7, no.3.

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia.* Buenos Aires. Edit. Paidós.

García Yague, J. (1992). "El difícil camino de la mejora cualitativa de nuestra escuela primaria"; *Tendencias pedagógicas* n°O; 1-27.

Gempp Fuentealba, R. y Avendaño Bravo, C. (2008) Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos, *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.

Jaspers, K. (1970). "Psicopatología General" - Título Original "Allgemeine Psychopathologie" Copyright by Editorial Beta, Buenos Aires, 15 – 54.

Jiménez, M. (2000). *Competencia social: intervención preventiva en la escuela.* *Infancia y Sociedad*, 24, 21-48.

Laplanche, J y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis: bajo la dirección de Daniel Lagache.- 1' ed. 6' reimp.-* Buenos Aires: Paídos.

Lasiville, G. y Navarro, L. (1990). *El valor del tiempo en la universidad.* Universidad de Málaga.

León, O. G. y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica*

Marsh, H. y Seeshing, A. (1997). *Causal effects of academic self-concept on academia achievement: structural equation model of longitudinal data.* *Journal of Educational Psychology*, 89(1), 41-54.

McKinnon, R y Yudofsky, S (1989). "The Psychiatric evaluation in clinical practice", Lippincott, Philadelphia.

Millon, T. (1991). *Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards*. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 245 – 261.

Navas, J. (1989). *Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas-conductuales*. *Revista de Aprendizaje y Comportamiento*, Vol. 7, N.º 1.

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. Recuperado en 2012, <http://revistas.luz.edu.ve/index.php/mc/search/titles>

Paz, J. R. (1979). *"Psicopatología: Sus fundamentos dinámicos"*. Editorial Nueva Visión, Buenos aires.

Pérez Álvarez, M. (1996). *"La psicoterapia desde el punto de vista conductista"*. Madrid: Biblioteca Nueva. 280 pp.

Pérez, M. y Urquijo, S. (2001) *Depresión en adolescentes. Relación con el rendimiento académico*. *Psicología Escolar e Educativa*; 5(1); 49-58.

Pizarro, R. y Clark, S. (1998): *Currículo del hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus estatus*. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 7, 25-33.

Reyes Pérez, J. F. (2010). *Psicopatología Clínica Básica: Concepto, Clasificación y Aplicaciones* recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos78/psicopatologia-clinica-basica-aplicaciones/psicopatologia-clinica-basica-aplicaciones.shtml> .

Rodríguez Espinar, S. (1982). *Factores de rendimiento escolar*. Barcelona; Oikostau.

Ruiz Ogara C, Barcia Salorio, D y López-Ibor JJ. (1982). *"Psiquiatría"*, 1.ªed, Barcelona.

Selmes, I. (1988). *La mejora de las habilidades para el estudio*. Madrid: Paidós.

Tobias, S. (1986). *Anxiety and cognitive processing of instruction*. In R.Schwarzer (Ed.), *Self-related. cognition in anxiety and motivation* (pp. 35-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum. .

Vélez van Meerbeke, A. & Roa González, C. (2005). *Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina*. *Educación Médica*, 8(2), 74-82.

Viñas Poch, R., Caparrós Caparrós, B. (2000). *Afrontamiento del período de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios*. *Revista Electrónica de Psicología*, Vol. 4, N.º I.

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 Psicología Cognitiva y Educacional de la Universidad de Mar del Plata, Facultad de Psicología. Agradecemos la oportunidad de formar parte del grupo, como así también, de haber podido compartir los resultados del mismo.

Agradecemos particularmente al Dr. Sebastián Urquijo, quién nos acompañó en todas las etapas del proceso.

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Deroqatis

María Martina Casullo, Marcelo Pérez.
(2008)

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
-
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Total de síntomas positivos (TSP)
 - 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

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

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

2) Total de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario

- 1) Para cada una de las respuestas a los ítems, se asignarán los siguientes valores:

Nada: 0 Muy poco: 1 Poco: 2 Bastante: 3 Mucho: 4

Con esos cinco números se completará en la *hoja para el cálculo de los puntajes* el valor que le corresponde a cada respuesta. Por ejemplo, si al ítem nro. 1 el examinado marcó una cruz en la columna encabezada con la opción " poco" , donde dice en la hoja de cálculo donde dice 1..... se deberá completar con el número dos: 1..2.. De la misma forma se procede con las 90 respuestas.

- 2) Cada una de las nueve dimensiones primarias tiene sus ítems en un mismo renglón de la hoja para el cálculo de puntajes. Para cada dimensión se sumarán los valores de todas las respuestas que la componen, y el resultado se escribirá en donde dice "total". Luego se contará el número de respuestas en dicha dimensión y se anotará en "Nº resp.". Finalmente se calculará el promedio dividiendo el número "total" por el de "Nº resp.". Dicho valor se escribirá en "promedio".

Ejemplo:

SOMATIZACIONES (SOM):

1.2 4.1 12.0 27.2 40.1 42.2 48.3 49.1 52.0 53.1 56.2 58.2 →

Total	17	promedio
Nº resp.	12	1,41

- 3) Los ítems adicionales no conforman una dimensión, pero a fin de luego poder calcular el índice de severidad global, se realizará la sumatoria como se vino haciendo para obtener el total, sin hacer el promedio.
- 4) Para calcular el índice de severidad global (IGS), se suman los valores de todas las respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas). Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas "total" de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.
- 5) El total de síntomas positivos (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado
- 6) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero , vale decir por TSP
- 7) Estos doce puntajes brutos se transformarán en un puntaje T normalizado para su adecuada lectura. Dichos puntajes se volcarán en el cuadro correspondiente de la hoja de cálculos:

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

- 8) Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.
- 9) Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en varones y 13 en mujeres (adolescentes), pueden indicar tendencia a mostrarse exageradamente libre de síntomas. Valores brutos de TSP superiores a 71 en varones y 75 en mujeres indicarían por el contrario malestar exagerado o dramatización.
- 10) Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse demasiado bien o mal. Un IMSP menor a 1,00 (bruto) con un TSP muy bajo (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres adultos) en general indica tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos. IMSP mayores a 3,20 en adultos sugiere dramatismo. Mayores a 3,50 extremo dramatismo.

Hoja para el cálculo de los puntajes

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas, usando tabla.
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

1) SOMATIZACIONES (12 ítems)

1.... 4.... 12.... 27.... 40.... 42.... 48.... 49.... 52.... 53.... 56.... 58.... →

Total		promedio
Nº resp.		

SOM

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... →

Total		promedio
Nº resp.		

OBS

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... →

Total		promedio
Nº resp.		

SI

4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5....14....15... 20.... 22.... 26... 29... 30... 31... 32....54... 71... 79.... →

Total		promedio
Nº resp.		

DEP

5) ANSIEDAD (10 ítems)

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... →

total		promedio
Nº resp.		

ANS

6) HOSTILIDAD (6 ítems)

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... →

Total		promedio
Nº resp.		

HOS

7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

13..... 25..... 47..... 50..... 70.....75..... 82..... →

Total		promedio
Nº resp.		

FOB

8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... →

Total		promedio
Nº resp.		

PAR

9) PSICOTICISMO (10 ítems)

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... →

Total		promedio
Nº resp.		

PSIC

ITEMES ADICIONALES (7 ítems)

19.....44..... 59.....60..... 64.....66.....89..... →

Total	
Nº resp.	

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL ----- →

Σ "total"	Nº respuestas contestadas	
	/	

IGS

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS ----- →

--

TSP

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO ----- →

Σ "total"	SP	
	/	

IMSP

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN MUESTRAS DE ADOLESCENTES y ADULTOS

Las muestras fueron tomadas a personas de población general de la ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, como parte de actividades prácticas obligatorias de los alumnos que cursaron la asignatura TEORÍA Y TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO, Módulo I, Cátedra 2, (Facultad de Psicología, UBA), en los años 2003 (adultos) y 1998 (adolescentes). Los 588 adolescentes que conformaron la muestra tenían edades comprendidas entre los 12 y 19 años ($\bar{x} = 15$, $s = 1,5$) y los 760 adultos entre 25 y 60 años ($\bar{x} = 41$, $s = 9$). Los valores promedio y de desvío estándar de cada muestra fueron:

DIMENSIONES DE SINTOMAS	FEMENINO N: 313		MASCULINO N: 275		« t »
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Somatizaciones	1,28	0,78	0,99	0,72	
Obsesiones, Compulsiones	1,22	0,78	0,75	0,57	*
Sensibilidad Interpersonal	0,92	0,69	0,47	0,47	*
Depresión	1,19	0,80	0,67	0,55	*
Ansiedad	1,08	0,82	0,56	0,54	*
Hostilidad	1,10	0,90	0,92	0,80	
Ansiedad Fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44	*
Ideaciones Paranoides	1,07	0,90	0,77	0,72	*
Psicoticismo	0,70	0,65	0,42	0,47	*
Indice Severidad Global	0,93	0,58	0,59	0,40	*
Total de Síntomas Positivos	42,90	18,95	30,60	16,43	*
Indice de Malestar Positivo	1,82	0,52	1,64	0,5	*

DIMENSIONES DE SINTOMAS	FEMENINO N: 381		MASCULINO N: 379		« t »
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Somatizaciones	0,85	0,62	0,57	0,48	*
Obsesiones, Compulsiones	1,12	0,70	1,0	0,69	*
Sensibilidad Interpersonal	0,85	0,63	0,69	0,59	*
Depresión	1,05	0,69	0,81	0,59	*
Ansiedad	0,96	0,64	0,74	0,56	*
Hostilidad	0,80	0,66	0,78	0,65	
Ansiedad Fóbica	0,41	0,51	0,29	0,39	*
Ideaciones Paranoides	0,90	0,78	0,85	0,71	
Psicoticismo	0,52	0,49	0,46	0,47	
Indice Severidad Global	0,16	0,09	0,13	0,07	*
Total de Síntomas Positivos	38,78	16,71	33,82	17,05	*
Indice de Malestar Positivo	1,90	0,48	1,81	0,45	*

Los asteriscos en la columna t indican que hay diferencias significativas entre los valores medios por género, con un nivel de significación $p < 0.01$, lo que justifica utilizar baremos diferenciados con dicha variable. Por otra parte, los valores obtenidos fueron marcadamente diferentes a los de la muestra original estudiada por Derogatis en EEUU y que figuran en el Manual en inglés del SCL-90-R, por lo que es imprescindible el uso del baremo local (argentino) para interpretar de forma válida las puntuaciones obtenidas.

A fin de determinar la necesidad de más de un baremo para los adultos, se lo dividió en tres grupos etáreos (25 a 34, 35 a 45 y 46 a 60 años) y se calculó ANOVA de un factor, no obteniéndose diferencias significativas en ninguna escala entre dichos grupos, por lo que se confeccionó un baremo único.

Normas Adolescentes
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adolescentes													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,10	0,11	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	7,00	1,00	30
35	0,08	0,20	0,22	0,15	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19	13,00	1,10	35
40	0,25	0,50	0,44	0,38	0,30	0,29	0,00	0,17	0,10	0,37	22,00	1,30	40
45	0,42	0,80	0,78	0,70	0,50	0,50	0,14	0,50	0,20	0,56	32,13	1,50	45
50	0,75	1,20	1,11	1,00	0,90	0,83	0,29	0,83	0,60	0,84	43,00	1,76	50
55	1,18	1,66	1,56	1,54	1,40	1,33	0,57	1,50	0,90	1,17	52,00	2,02	55
60	1,58	2,10	2,00	1,92	1,90	2,00	1,00	2,05	1,40	1,53	63,00	2,40	60
63	1,89	2,4	2,33	2,31	2,2	2,5	1,29	2,5	1,6	1,71	69,7	2,54	63
65	2,08	2,60	2,44	2,46	2,40	2,81	1,57	2,67	1,80	1,86	72,39	2,66	65
70	2,84	3,20	3,11	3,23	3,15	3,55	2,57	3,26	2,50	2,33	80,62	3,10	70
75	3,34	3,30	3,57	3,65	4,02	4,00	2,89	3,35	3,01	2,78	88,06	3,36	75
80	3,42	3,30	3,78	5,25	4,38	4,00	3,43	3,67	3,20	3,12	89,00	3,37	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 313 12 a 19 años. Casullo - Pérez (2006)

MASCULINO adolescentes													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	3,56	0,90	30
35	0,00	0,10	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	8,00	1,00	35
40	0,02	0,30	0,22	0,15	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19	13,00	1,17	40
45	0,17	0,50	0,36	0,35	0,20	0,33	0,00	0,33	0,10	0,33	20,00	1,33	45
50	0,33	0,90	0,67	0,54	0,40	0,67	0,14	0,67	0,30	0,52	30,00	1,54	50
55	0,58	1,30	1,00	0,77	0,70	1,17	0,29	1,00	0,50	0,71	39,00	1,80	55
60	0,92	1,80	1,33	1,23	1,00	1,67	0,57	1,50	0,80	0,97	47,00	2,14	60
63	1,08	2,01	1,56	1,46	1,31	2,02	0,71	1,83	1,01	1,1	52,1	2,29	63
65	1,31	2,20	1,67	1,62	1,43	2,33	0,86	2,00	1,28	1,27	56,00	2,47	65
70	1,75	2,72	2,24	2,11	2,07	3,21	1,32	2,71	1,92	1,60	71,00	2,81	70
75	2,23	3,48	2,84	2,83	2,89	3,62	3,37	3,49	2,43	2,26	74,53	3,72	75
80	3,08	3,89	3,00	3,00	3,70	3,67	4,00	4,83	2,50	2,39	76,00	4,00	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 275 12 a 19 años. Casullo - Pérez (2006)

Normas Adultos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	1,83	2,10	1,67	2,00	1,80	1,67	1,14	2,00	1,10	1,62	62,00	2,53	63
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo – Pérez (2008)

MASCULINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	1,25	1,90	1,56	1,62	1,60	1,67	0,86	1,83	1,20	1,32	57,00	2,40	63
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo – Pérez (2008)

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

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).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

Bibliografía:

Beaglehole, R.; Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología Básica*. Washington: Oficina Panamericana de la Salud,

Casullo, M. M. y Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 7, 147-157.

Casullo, M.M. y Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *PSYKHE*, 10 (1) 155- 162.

Casullo, M. M., Cruz, M. S.; González, R y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16, (2), 135-149.

Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.

Friedman, G. (1975). *Principios de Epidemiología*. Buenos Aires: Panamericana.

Valsiner, J. (2004). Culture in Psychology. Between social positioning and producing new knowledge. *Culture & Psychology*, 10, (1), 5-27.



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
	N° INVENTARIO:
	R-01283