

Perfiles psicopatológicos de los estudiantes universitarios de las facultades de Psicología, Derecho e Ingeniería

Schmidt, Vanesa; Woszczyzna, Natalia; Zapata, Silvana

Resumen

En la actualidad, el estudiantado universitario constituye una población altamente heterogénea en múltiples aspectos: edad, nivel socio-económico, experiencia laboral y social, estudios previos, recursos cognitivos, apoyo familiar y social. A su vez, están expuestos a nuevas exigencias y demandas propias de la vida universitaria.

Esta investigación busca determinar el perfil psicológico de los estudiantes universitarios de las Facultades de Psicología, Derecho e Ingeniería de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La muestra a evaluar estuvo constituida por 300 alumnos, 100 estudiantes de cada unidad académica seleccionada.

Se indagó la asociación entre el perfil psicopatológico y la elección de los estudios universitarios; se observó que los ingresantes de las tres carreras tienden a presentar puntuaciones medias más elevadas en obsesiones y compulsiones, depresión, somatización y hostilidad. Se ha logrado determinar y comparar la presencia de síntomas psicopatológicos y la prevalencia de psicopatologías en los estudiantes de las tres Facultades

Se utilizó al SCL-90 de Derogatis como instrumento de medición, para la conformación del perfil psicopatológico.

Palabras-clave: Perfiles psicopatológicos - SCL-90 –Estudiantes universitarios –Psicopatología

Índice

1. Introducción.....	4
1.1 Tema de la investigación.....	4
1.2 Objetivos generales.....	4
1.3 Objetivos particulares.....	4
1.4 Motivaciones.....	5
1.5 Fundamentación.....	5
2. Antecedentes.....	8
2.1 Concepto de psicopatología.....	9
2.1.1 La tendencia Conductual o conductista.....	11
2.1.2 El modelo psicodinámico.....	12
2.1.3 El modelo humanístico.....	13
2.2 Perfil Psicopatológico.....	14
2.2.1 Somatización.....	15
2.2.2 Obsesiones y compulsiones.....	16
2.2.3 Sensitividad interpersonal.....	18
2.2.4 Hostilidad.....	18
2.2.5 Ansiedad Fóbica.....	19
2.2.6 Ideación Paranoide.....	20
2.2.7 Psicoticismo.....	21
2.2.8 Depresión.....	21
2.2.9 Ansiedad.....	22
2.3 Hacia una aproximación del concepto estudiante universitario.....	23
2. 4Revisión bibliográfica de estudios científicos.....	27

3. Método.....	34
3.1 Diseño de la investigación	34
3.2 Hipótesis.....	34
3.3 Participantes.....	34
3.4 Procedimiento.....	34
3.5 Instrumento.....	35
3.5.1 SCL90.....	35
3.5.2 Investigaciones realizadas para evaluar el SCL-90.....	37
4.Resultados.....	48
5. Conclusiones.....	67
6. Referencias bibliográficas.....	76

1. Introducción

1.1 Tema de la Investigación

El objeto del estudio es el de establecer la presencia y prevalencia de síntomas psicopatológicos en tres muestras de estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las Facultades a indagar serán: Psicología, Ingeniería y Derecho.

1.2 Objetivos generales

- Determinar la presencia de síntomas psicopatológicos y la prevalencia de psicopatologías en los ingresantes de las Facultades de Psicología, Derecho e Ingeniería.
- Desarrollar un espacio en la Facultad promotor de salud y que funcione como recurso de apoyo a los estudiantes. Apuntando al desarrollo saludable, personal y social de los alumnos.
- Incrementar el compromiso entre las Facultades de la Universidad pública de nuestra ciudad para un abordaje multidisciplinar y la promoción de la salud.

1.3 Objetivos particulares

- Caracterizar y comparar la presencia de síntomas psicopatológicos en alumnos de las Facultades de Psicología, Derecho e Ingeniería.
- Explorar las diferentes relaciones entre los perfiles psicopatológicos y la elección por una determinada carrera universitaria.

1.4 Motivaciones

Se considera que este estudio será importante para las Facultades indagadas, para poder mejorar la adaptación al sistema universitario de la población estudiantil, como así también, para asesorar a las autoridades de otras Facultades, en el seguimiento, orientación y ayuda para la integración del alumnado al sistema universitario. El propósito es que a partir de esta investigación, se logre organizar un espacio tutorial que permita mejorar la atención brindada a los estudiantes, logrando un seguimiento más personalizado.

Así como también contribuir a un mayor conocimiento sobre problemáticas de salud mental en poblaciones universitarias marplatenses, para así poder contemplar a futuro la ideación y consolidación de un servicio universitario de atención primaria a la salud.

1.5 Fundamentación

Se ha elegido dicha temática, ya que nos ha resultado interesante indagar sobre una posible asociación entre la elección que un sujeto realiza respecto a una carrera universitaria y la presencia y/o prevalencia de ciertos rasgos psicopatológicos. Pudiendo dar cuenta mediante una observación directa, que la población universitaria no se trata de una población homogénea, sino por el contrario, se puede vislumbrar a simple vista ciertos rasgos y/o perfiles específicos dentro de cada Facultad.

A su vez, en una revisión sobre los antecedentes de numerosos estudios sobre psicopatología en estudiantes universitarios, se pudo determinar cuáles son los factores estresores más destacados: la presión que les genera a los estudiantes los exámenes o los profesores, la falta de apoyo

familiar y las exigencias académicas, Erazo y Jiménez Ruiz (2012), Así como también, resultó recurrente como patología característica en esta población, la depresión y la presencia de niveles altos de ansiedad. En base a estos estudios nos ha interesado poder profundizar en la temática, extendiéndonos más allá de estos rasgos comunes a toda la población universitaria, para poder dilucidar si existe un perfil que determina la elección de la carrera universitaria.

Luego de examinar diversos estudios efectuados a nivel mundial con población universitaria, queda justificado el inicio de nuestro proyecto de investigación en tres carreras diferentes de la Universidad Pública de Mar del Plata. Se ha considerado una muestra que resultaría en principio ampliamente divergente, tal que las diferencias percibidas permitirían predecir la tendencia de un estudiante específico a pensar, sentir, comportarse de una determinada forma, de acuerdo a cada perfil. Tal es así que se presume encontrar tres perfiles con marcados rasgos específicos de cada área.

Se percibe que dicha temática, debe ser visible para una institución como la Universidad, donde se pueden gestionar prácticas de psicoprofilaxis para mejorar la salud del alumnado universitario. Con la finalidad de optimizar modos de afrontamiento (en caso de ser necesario) y mejoras en las respuestas ante diversos problemas particulares de este espacio.

La Facultad de Psicología, por ser una carrera atinente a la salud, será atractiva para cierto perfil psicológico, de personas con manejo de pensamiento y apertura a nuevas ideas. A diferencia de la Facultad de

Derecho, que si bien pertenece al área de las ciencias sociales, concentraría personas con pensamiento rígido y rasgos de extroversión, mientras que la Facultad de ingeniería reúne estudiantes con mayor racionalidad abstracta y pensamiento instrumental.

Este proyecto forma parte de un estudio mayor 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”. Realizado por el grupo de investigación de la cátedra de Psicología Cognitiva y Educacional.

2. Antecedentes

La salud mental se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Así se afirma que la salud no implica ausencia de enfermedad, sino presencia de bienestar, donde influyen aspectos como autonomía funcional, una percepción adecuada de la realidad, una correcta adaptación y respuestas apropiadas a los estímulos del medio, a las relaciones interpersonales, donde el sujeto se pueda percibir bien (buen autoconcepto) y tener confianza en sí mismo, como también tener estrategias de afrontamiento ajustadas a las demandas (OMS, 2011).

Por otro lado Oramas, Santana-López y Vergara (2006) define la salud mental como el hecho de poder aprender de la realidad, para así

transformarla por medio del enfrentamiento, dirección y solución total de problemas o conflictos, internos o entre sujetos y su contexto. Bermann (1996) también manifiesta, que cuando ese aprendizaje se interrumpe o fracasa al intentar solucionar los problemas, puede recién hablarse de enfermedad.

Como afirman Azpiroz Núñez y Prieto (2007) en su estudio sobre lo normal y lo patológico en el marco de los trastornos de la personalidad, durante mucho tiempo se pensó la salud y la enfermedad mental en términos dicotómicos pero de forma progresiva, fue adquiriendo importancia la noción de que no existe salud y enfermedad en términos absolutos sino dentro de un continuo con diferentes niveles de funcionamiento.

Diversos autores como Sainsbury (1978) destacan como criterio de salud mental, la estabilidad, que sólo se logra si el sujeto logró desarrollarse hasta tal punto que su personalidad es madura e integrada. Sin embargo, el concepto de estabilidad ha traído problemas ya que se trata de un criterio poco realista. Un sujeto no es más “normal” que otro por ser estable sino sobre todo porque su conducta, pensamientos y sentimientos se adapten en gran medida al contexto en el que se encuentra.

Desde un criterio estadístico de normalidad, la palabra “normal” indicaría la conformidad con la regla, que no se aparta del promedio. “...es normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según la edad, sexo, raza, procedencia, etc....” (Vidal & Alarcón, 1986; p. 199).

La normalidad se enfoca en la mayoría de los casos en relación con los demás, con el ideal o la regla” (Bergeret, 1980; p.29). Lo anormal, en contraposición, implicaría una desviación de la norma.

2.1 Concepto de psicopatología

De acuerdo a la Fundación Universitaria Luis Amigó (2011), define la psicopatología como aquella disciplina que estudia, organiza, clasifica la conducta anómala y las diferentes alteraciones que de allí se desprenden.

La psicopatología, es una disciplina teórico-clínica, parte de la observación minuciosa y el estudio de los pacientes con diversas expresiones de perturbaciones mentales y psíquicas, que a diferencia de la psiquiatría clínica, el investigador psicopatológico no se dedica a la intervención terapéutica con los pacientes. Ofrece al terapeuta, sea éste psiquiatra, psicólogo clínico u investigador en el área mental, herramientas semiológicas (de signos y síntomas), nosológicas (de construcción de entidades clínicas) y taxonómicas (de ordenamiento y clasificación) de los diferentes trastornos.

En síntesis, la psicopatología pretende lograr:

- Una ordenación sistemática de las anormalidades mentales.
- Un reconocimiento de la etiología, sintomatología y proceso de las mismas.
- La comprensión de la experiencia mórbida.
- La recepción de experiencias multi e interdisciplinarias en el estudio de fenómenos psicopatológicos.

Estos fenómenos psicopatológicos deben tener al menos una de las siguientes condiciones:

- Perturbar o producir sufrimiento a la persona afectada o los allegados.
- Crear algún grado de incapacidad funcional.
- Ser socialmente inapropiado en su contexto.
- Ser incongruente con el criterio de realidad.

La psicopatología puede tener enfoques diferentes, de acuerdo a los diversos modelos y teorías que existen sobre el funcionamiento mental. En ese sentido, se podrían clasificar las más importantes corrientes o escuelas, en las siguientes tendencias:

2.1.1 La Tendencia conductual o conductista

La fundación Universitaria Luis Amigó de Colombia (2011), plantea que este modelo describe las respuestas desadaptadas, en un marco de aprendizajes y comportamientos observables y sometidos a experimentación. No incluye categorías subjetivas y permanece en el registro más empírico de la conducta observable, mensurable y ligada a los estímulos y las respuestas. Se ha enriquecido con los desarrollos cognitivo-conductuales en el sentido de lo que clásicamente se consideraba no observable ni objetivable, lo que se llamaba la “caja negra” de los procesos mentales y cognitivos.

En la actualidad estos procesos tienen varios modelos para explicar su funcionamiento y por tanto para entender las formas de producción de signos y síntomas.

En este caso, debe resaltarse que el modelo conductual de la psicopatología no marca diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje condicionado por el entorno o ambiente. Por lo tanto, se le concede una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo gira en torno a la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

Caparrós, Esparcia, Faja, Ruiz y Varón (2006) en su desarrollo sobre las diferentes escuelas que abordan la psicopatología, describen los siguientes modelos:

2.1.2 El modelo psicodinámico

A este modelo le corresponde históricamente haber sido el primero en reconocer la importancia de los factores psíquicos de la conducta, tanto normal como anormal, y en plantear una continuidad entre la normalidad y la patología. Según el mismo, hay fuerzas internas e inconscientes que determinan la conducta; concretamente, conflictos psicológicos internos que originan y mantienen el trastorno psicopatológico. La conciencia, solo es el dato inmediato y primero del estudio de la mente y de la patología, y está fuertemente mediatizada por problemas y conflictos más significativos y

complejos. Las personas no son conscientes ni de sus motivaciones, ni de sus conflictos y frustraciones más relevantes.

Las aportaciones más relevantes del modelo psicodinámico son:

- El reconocimiento de las emociones en la vida psíquica, en general, y en la génesis de los trastornos psicopatológicos, en particular
- La visión dimensional de los conceptos de normalidad y anormalidad.
- La introducción de la biografía de la persona como variable importante.
- Sus aportaciones a la historia intelectual de la civilización occidental.

2.1.3 El modelo humanístico

Plantea que cada persona tiene de forma innata un potencial de crecimiento y actualización que constituye el motor de su conducta. Cuando estas capacidades hacia la autorrealización y la autenticidad se ven bloqueadas o distorsionadas –tanto si es por el excesivo uso de los mecanismos de defensa, como por estrés, etc.-, entonces se produce la patología.

Las aportaciones más importantes a la psicopatología son:

- La introducción de una postura optimista y esperanzadora ante el potencial de la persona para solucionar problemas.
- El énfasis de los factores psicosociales.
- La importancia de la terapia como la finalidad esencial de toda intervención en psicopatología, situando la ayuda al individuo como la meta última.

La denominada “cognición social” (o psicología social cognitiva) resulta un marco de trabajo imprescindible para el psicopatólogo, puesto que si pretende comprender cómo y por qué se producen los problemas y anomalías que presentan las personas, no puede olvidar que son seres sociales. Para ello esta ciencia estudia cómo se registran, elaboran y recuperan los estímulos sociales, tales como la información acerca de uno mismo y de los demás, y cuáles son los contenidos de esos estímulos.

2.2 Perfil psicopatológico

En esta investigación se va a utilizar el SCL-90 con el objetivo de conformar un perfil psicopatológico, con el propósito de dilucidar perfiles diferenciados por unidad académica. El mismo estará compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo).

Se afirma que las características particulares de un determinado contexto se combinan con las características individuales de un joven, para predisponer o facilitar conductas de riesgo o cuadros de salud mental. Por ello, resulta fundamental atender a la calidad de los contextos sociales y el rol que ellos juegan en modular, prevenir o reducir las conductas de riesgo, así como en facilitar la emergencia de salud o enfermedad. En este sentido, este contexto universitario podría estar desempeñando un rol en la generación de sintomatología de sus estudiantes, así como también ofrecer posibilidades de intervención preventiva (Florenzano, 2006).

Es en el campo de investigación de la personalidad, donde se ha indagado sobre la cuestión de las diferencias individuales y los perfiles.

Autores como Cattell y Kline (1982) definieron a la personalidad como: “lo que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación dada”. Su esencial aporte fue la descripción sistemática de la personalidad y la constitución de una taxonomía de las diferencias individuales. A su vez define el concepto de rasgo como, aquello que determinará qué hará una persona cuando se enfrente con una situación determinada. Para él los rasgos son conceptos abstractos, es decir, herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos; no son necesariamente una realidad física específica, a diferencia de Allport (1986), que afirmaba que los mismos existen como determinantes de la conducta, constituyéndose como unidades de la personalidad.

Utilizó el análisis factorial para describir dos tipos de rasgos, los de superficie, aquellos que se hacen aparentes con relativa facilidad, y los más profundos, a los cuales denominó de origen, quienes son determinantes ocultos, subyacentes de la personalidad.

Concluyó que el conjunto de puntuaciones de todos los factores es el perfil de un individuo, y que a partir de allí el psicólogo clínico, podrá efectuar afirmaciones sobre la personalidad analizando e interpretando este perfil.

Esta investigación se enmarca dentro del enfoque cognitivo-conductual, utilizando como instrumento de medida el SCL-90. Se desarrollará a continuación las dimensiones que componen dicho test.

2.2.1 Somatización

Percepción de malestares relacionados con distintas disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales) y con dolores físicos (cefalea, lumbalgia, musculares). La somatización (síntomas corporales sin causas orgánicas documentables) es frecuente en la práctica médica general, presentando síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud (Del Olmo Romero –Nieva, 2007).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana la ha definido como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias"(DSM-IV, 2002; p.457).

2.2.2 Obsesiones y compulsiones

Síntomas característicos del trastorno del mismo nombre (pensamientos, impulsos y acciones vivenciados como involuntarios, no deseados, egodistónicos e imposible de controlar) (Del Olmo Romero-Nieva, 2007).

El DSM IV describe las obsesiones y compulsiones de la siguiente manera:

El trastorno obsesivo se manifiesta por una gran diversidad de síntomas que afectan a diferentes funciones psíquicas, aunque la base del diagnóstico son las obsesiones y las compulsiones, y la imbricación entre ellas. La obsesión es definida como un tipo de cognición intrusa, parásita, repetitiva,

pasiva y egodistónica, que genera rechazo por parte del sujeto que la padece.

Las compulsiones son formas de conducta estereotipada que se repiten. Es un fenómeno activo, el equivalente en el campo de la acción de lo que son las obsesiones en el campo del pensamiento. Supone una pugna entre la tendencia a la acción y la resistencia a la misma, de forma que el acto no siempre llega a realizarse.

Los fenómenos obsesivos pueden aparecer en multitud de situaciones y trastornos, en personas sanas en situaciones de estrés, en enfermedades neurológicas (encefalitis, Gilles de la Tourette, etc.), en enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, depresión), o dentro del trastorno obsesivo.

El DSM-IV, por otro lado define las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. No se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorarlos o suprimirlos, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. Ésta reconoce que son el producto de su mente y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento (DSM-IV, 1995).

En el Clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10,1992) se definen los actos o rituales compulsivos como, formas de conducta estereotipada que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente

improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad.

2.2.3 Sensitividad interpersonal

Carrasco Ortiz, Sánchez Moral, Ciccotelli y del Barrio (2003) utilizan la expresión de sensitividad interpersonal para designar sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad, autodesprecio, dificultad y malestar que surge en las interacciones sociales). La susceptibilidad personal asociada a la depresión, también es una sintomatología concurrente con esta alteración dada la tendencia de estos sujetos a malinterpretar el comportamiento de los otros por su estado de inadecuación e insatisfacción.

2.2.4 Hostilidad

Fernández-Abascal y Martín Díaz (1994) definen la hostilidad como pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo o rabia (fastidio, enojo, malhumor, comportamiento explosivo, necesidad de golpear a alguien o romper cosas). Establecer un único concepto de ira y hostilidad es sumamente difícil, una revisión de los

conceptos de ira y hostilidad, revela una gran ambigüedad y confusión, incluso son utilizados intercambiabilmente.

La ira es descrita por algunos autores como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad (Diamond, 1982).

Con el concepto de hostilidad tampoco existe una total clarificación, y Diamond recoge las siguientes opiniones: Buss (1961) describe hostilidad como una actitud que implica una implícita respuesta verbal; Plutchik (1980) la considera como una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento (Diamond, 1982; p. 411-412).

Barefoot (1992) presenta una definición de hostilidad basada en las teorías existentes sobre ira y agresión. Abarca los componentes cognitivo, afectivo y conductual. Describe el componente cognitivo de hostilidad como los sentimientos negativos hacia otros, las atribuciones que producen estos sentimientos hacen más probable que la conducta de los demás pueda ser interpretada como antagonista o amenazante, y puede servir como justificante de la hostilidad que se posee hacia las conductas antagonistas de otros.

2.2.5 Ansiedad Fóbica

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) (Sánchez & Ledesma, 2009).

El DSM IV (1995) las ubica dentro de la categoría “agorafobia”, que se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

2.2.6 Ideación Paranoide

Distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide, concebido como un trastorno del pensamiento (proyección, suspicacia, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, delirios) (Sánchez & Ledesma, 2009).

Según el DSM IV (2002) la característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos. Los individuos con este trastorno dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o los van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones. Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás están urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón.

Puesto que están excesivamente atentos a las posibles amenazas, pueden comportarse de una forma cautelosa, reservada o tortuosa y

aparentan ser fríos y no tener sentimientos de compasión. Aunque a veces parecen objetivos, racionales y no emotivos, con mayor frecuencia muestran una gama afectiva lábil en la que predominan las expresiones de hostilidad, obstinación y sarcasmo. Su naturaleza combativa y suspicaz puede provocar en los demás una respuesta hostil, que a su vez, sirve para confirmar al sujeto sus expectativas iniciales.

A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque tienen muchas dificultades para aceptar las críticas. Los sujetos con este trastorno tratan de confirmar sus concepciones negativas preconcebidas respecto a la gente o las situaciones que les rodean atribuyendo malas intenciones a los demás que son proyecciones de sus propios miedos.

2.2.7 Psicoticismo

Según Carrasco Ortiz, Sánchez Moral, Ciccotelli y del Barrio (2003) el psicoticismo incluye una amplia gama de síntomas referidos 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). El psicoticismo en el SCL-90R (2000) no se refiere a la sintomatología delirante y alucinatoria, sino más bien sobre la visión no realista que el paciente tiene del problema. Las alteraciones de ansiedad y del estado de ánimo, especialmente estas últimas, se asocian con un pensamiento distorsionado y negativo. En una investigación sobre el autoconcepto y rasgos de

personalidad, los autores definen el psicoticismo como una dimensión de la personalidad normal.

2.2.8 Depresión

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) (Sánchez & Ledesma, 2009).

Según el DSM IV (2002), la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

2.2.9 Ansiedad

Síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones) (Sánchez & Ledesma, 2009).

Para desarrollar el concepto de ansiedad, tomamos de referencia un estudio realizado por Antonio Cano Vindel (1989), el autor describe a esa dimensión sintomática de la siguiente manera:

La ansiedad es una conducta emocional compleja (con respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras), generalmente asociada a situaciones o estímulos concretos.

En el campo de la cognición y la emoción, la ansiedad ocupa un lugar destacado. Por un lado, se estudian los procesos cognitivos que determinan una reacción emocional; y, por otro lado, se estudia la influencia de estados de ansiedad sobre los procesos cognitivos (memoria, pensamiento, etc.)

Una de las principales aportaciones de la Tesis Doctoral de Cano Vindel ha sido el desarrollo de una metodología para evaluar diferencias individuales en el nivel de ansiedad, ligadas a áreas situacionales, o rasgos específicos de ansiedad.

2.3 Hacia una aproximación al concepto estudiante universitario

Cuando se mencionan características de los estudiantes, se hace referencia a los rasgos personales, individuales y académicos, indicando con ello el modo de comportarse frente a una situación concreta, cuestión tan importante en este nivel como es la formación profesional (Torres Muñoz,

1990). Según dicho autor, el estudiante universitario se puede identificar como individuo y como conjunto social, teniendo como escenario las circunstancias socioculturales de nuestro medio.

Considerado individualmente, es la persona que ha logrado ingresar a la educación superior, previa aprobación de los estudios de enseñanza media y certificación de la solvencia económica requerida para tal efecto, especialmente cuando se trata de la universidad privada.

Considerado como conjunto, se constituye en un ente social con múltiples y diversas vivencias humanas que se proyectan a la sociedad global. Es desde este punto de vista que se pueden captar y comprender las características del estudiante universitario para interpretarlo íntegramente y ayudarlo en la búsqueda de su realización personal, misión que corresponde cumplir a la universidad a través de sus estamentos y de manera muy especial a través del cuerpo docente.

Datos recientes (Mastache, 2011), demuestran que el estudiantado universitario constituye una población altamente heterogénea en múltiples aspectos: edad, nivel socio-económico, experiencia laboral y social, estudios previos, recursos cognitivos, apoyo familiar y social, etc.

Por otro lado, los adultos que acceden al grado universitario tras haber permanecido, a veces, muchos años sin estudiar, generan desafíos para su enseñanza y, en particular, para el reconocimiento de los saberes adquiridos por fuera del sistema educativo.

El estudio de Anahí Mastache (2011) docente de la UBA, se centró en las particularidades de los estudiantes más jóvenes, bosquejando rasgos

que le son propios a las nuevas generaciones: su condición postmoderna, el alargamiento de la adolescencia y los estilos cognitivos y de vinculación con el conocimiento.

No existe una única juventud, por el contrario, cabe hablar de variedad de conjunto de juventudes; no obstante, es posible reconocer, algunos rasgos de identidad que permiten describirla de manera genérica. Como por ejemplo, quienes acceden al nivel superior, comparten el pertenecer a los sectores sociales que pudieron finalizar la educación media. Pese a las múltiples diferencias, según sector social, género, ubicación en el territorio y posibilidades de acceso a los bienes culturales, los jóvenes han nacido y vivido en un contexto que le es común, el mundo globalizado, en un contexto cultural postmoderno en el cual predominan las prácticas neoliberales y consumistas.

Por otra parte, la etapa de los estudios universitarios coincide con la crisis propia de los comienzos de la adolescencia tardía. Esta etapa vital, que comienza alrededor de los 17 u 18 años, constituye una construcción social relativamente nueva, producto de un conjunto de factores: las exigencias cada vez mayores de educación formal para el acceso a los bienes culturales, a un trabajo digno y a las posibilidades de ejercicio de una ciudadanía responsable.

El pasaje por varios períodos de escolaridad, se ha constituido como requisito necesario, más no suficiente para el acceso a ciertos bienes básicos, de ahí la creciente tendencia a realizar estudios superiores, y por consiguiente a demorar en el ingreso al campo laboral, lo que se conoce

como “moratoria social”. Esta situación se ve reforzada por las dificultades que enfrentan los jóvenes para insertarse en el mundo del trabajo ante las problemáticas de desempleo y de precarización laboral (Lepore & Schleser, 2005) y de las exigencias simultáneas de la juventud y la experiencia para acceder al empleo. Ello se vincula con la dificultad para constituir un hogar propio e independizarse económicamente de los padres. El clima cultural de “juvenalización” de la sociedad actual contribuye, por su parte, a extender esta dinámica de extensión de la dependencia familiar. La emancipación ya no es el objetivo prioritario de este grupo etario, aparecen nuevos intereses, nuevas centralidades para la vida, nuevos comportamientos.

Como consecuencia de la interacción sistemática y continua, durante muchos años, con las nuevas tecnologías digitales de la información y la comunicación. Los niños y jóvenes, han desarrollado modalidades diferentes para aprender y procesar información (Siemens, 2004). Recurren a un pensamiento vertiginoso, simultáneo, aleatorio, global y sintético, más que a un pensamiento sucesivo, lineal, deductivo, paso a paso y a velocidad convencional. Son capaces de manejar, de manera simultánea, grandes cantidades de información de manera global, intuitiva, sintética y estratégica, más que de manera analítica y reflexiva.

En contraposición, los jóvenes estudiantes presentan dificultades en el desarrollo de todas aquellas habilidades que requieren detenerse y que no toleran la inmediatez y la impaciencia tales como, los procesos de reflexión, pensamientos críticos, reconocimiento de las propias capacidades y toma de conciencia de las situaciones. A ello se suma la falta de tolerancia a la

frustración, inevitable en todo proceso de aprendizaje, se requiere de - aprender o re-aprender- o que, simplemente, exija aceptar que los procesos de compensación no se producen de manera inmediata y espontánea sino que, por el contrario, requieren de un tiempo de procesamiento y trabajo intelectual. Tienen también dificultades para sostener una misma y única tarea por un tiempo prolongado.

Se afirma que las características particulares de un determinado contexto se combinan con las características individuales de un joven, para predisponer o facilitar conductas de riesgo o cuadros de salud mental. Por ello, resulta fundamental atender a la calidad de los contextos sociales y el rol que ellos juegan en modular, prevenir o reducir las conductas de riesgo, así como en facilitar la emergencia de salud o enfermedad. En este sentido, este contexto universitario podría estar desempeñando un rol en la generación de sintomatología de sus estudiantes, así como también ofrecer posibilidades de intervención preventiva (Florenzano, 2006).

2.4 Revisión bibliográfica de estudios científicos

Una revisión de la literatura científica, sobre estudios efectuados en diferentes regiones, en poblaciones de estudiantes universitarios, exhibió que existen investigaciones que han intentado establecer los factores que desencadenarían patologías o enfermedades en los estudiantes universitarios. Erazo Caicedo y Jiménez Ruiz (2012) afirman que los factores estresores más destacados, serían: la presión que les genera a los estudiantes los exámenes o los profesores, la falta de apoyo familiar y las

exigencias académicas (Mohd, 2003), a su vez, indican que una patología característica en esta población es la depresión y la presencia de niveles altos de ansiedad.

Por otro lado, en un estudio realizado por Micin y Bagladi (2011) en la Universidad Pontificia Católica de Chile, en estudiantes que consultan a un Servicio de Salud Estudiantil, con la finalidad de determinar diferencias y/o asociaciones significativas en relación a género, se encontraron tasas significativas de trastornos adaptativos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, desordenes de personalidad y antecedentes de conducta suicida. Un alto porcentaje presenta alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión; mayor incidencia de trastornos adaptativos que de otros trastornos; a su vez, diferencias y asociaciones significativas según género para diversos trastornos.

Según refiere este estudio, el nuevo tipo de estudiante ya no pertenece sólo a los segmentos de mejor rendimiento académico de la educación media (Florenzano, 2006), no proviene de sistemas educativos aventajados, y pertenece a grupos sociales más vulnerables (Donoso & Cancino, 2007), condición que estaría asociada a un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental para adultos y adolescentes latinoamericanos, según extensa revisión de trabajos publicados desde 1982 al 2006 (Ortiz, López & Borges, 2007). Si adicionamos a esto, que el joven universitario se encuentra en una etapa del ciclo vital compleja, asociada a la resolución de tareas no comparables con otras épocas de la vida (Gomberoff, 2003), en que la conjunción de características individuales y contextuales pueden facilitar

estas conductas de riesgo (Martínez Guzmán & Loreto, 2007); podemos comprender mejor el surgimiento de problemas de salud mental en jóvenes (Florenzano, 2005). Si además reconocemos que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios.

Estos planteamientos resultan congruentes con los hallazgos recogidos en universidades extranjeras y chilenas, donde muestran incidencias consistentemente altas en universitarios de diversos cuadros de salud mental. Entre ellos, los trastornos de ansiedad, presentan una tasa cercana al 15 %, siendo más frecuentes en mujeres (19.5%) que hombres (8%), excepto el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social, cuyas tasas son semejantes (APA, American Psychiatric Association, 1995).

Estudios señalan que los cuadros depresivos en universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general y grupo etario correspondiente (Czernik et al., 2006; Riveros et al., 2007; Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002), incluso mayor a países en desarrollo (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo & Valenzuela 2007). Los trastornos depresivos a nivel nacional guardan equivalencia con las tasas encontradas a nivel Latinoamericano (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres 2005). La depresión mayor y distimia son los más prevalentes, después de la agorafobia, siendo el grupo juvenil semejante a la población general. (Vicente et al., 2002).

Como señala Florenzano (2006), la salud mental adquiere mayor relevancia en un sistema educativo masificado que incorpora a una gran diversidad de estudiantes, fenómeno ya observado en el mundo anglosajón y que generó estudios en profundidad y la creación de sistemas de salud universitarios. Según las proyecciones del 2004, se habrían estimado unos 270.915 universitarios con trastornos psicopatológicos, constituyendo esto un importante problema de salud pública para la población chilena.

En síntesis, se encontraron tasas significativas para trastornos adaptativos, del ánimo, de ansiedad, desordenes de la personalidad, trastornos alimentarios y antecedentes de conducta suicida. Cabe resaltar además, que un alto porcentaje de la población consultante presenta alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión.

En un estudio realizado en una Universidad de Malasia (Mohd 2003) se encontró que los principales factores que se asocian a la presencia de trastornos emocionales en estudiantes universitarios fueron: sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar y experimentar presión por parte de sus profesores. Andrews y Wilding (2004) encuentran que los principales estresores ligados con sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios ingleses son las dificultades económicas y relacionales.

La relación entre estrés académico y problemas emocionales no es unidireccional, sin embargo: los jóvenes que tienen problemáticas previas de salud mental son los más afectados por estos estresores (Al Nakeeb, Alcázar, Fernandez, Malagón & Molina, 2004). A saber, un cierto grado de

estrés no es negativo, sino que se ha observado que resulta positivo para el rendimiento (Andrews & Wilding 2004), los propios jóvenes señalan que la relajación excesiva puede ser una espada de doble filo para sus expectativas de logro académico (Huaquín & Loaiza, 2004).

Un estudio realizado en Chile, en la Universidad de los Andes, en una muestra de estudiantes de Odontología, Enfermería, Psicología, Medicina, mostró un nivel de prevalencia de estrés académico percibido de 36,3%, mayor en mujeres que en hombres. Medicina aparece como la carrera con mayores niveles de estrés, los que son acentuadamente más altos en los primeros años respecto de los últimos (Marty, Lavín, Figueroa, Larraín & Cruz, 2005). La mayor prevalencia de estrés y de trastornos emocionales en estudiantes de Medicina ha sido señalada como un tema de preocupación por diversos investigadores en distintos países, si bien los datos no son siempre concordantes al respecto (Galli, Feijoo & Roig, 2002; Hidalgo, Cendali, Cerutti, Cuenca & Kappaun, 2004; Guavita & Sanabria, 2006; Pallavicini, Venegas & Romo, 1988; Perales, Sogi & Morales, 2003).

La mayoría de las investigaciones centradas específicamente en la salud mental de los estudiantes universitarios se han focalizado en estudiar la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente, depresiva.

Un estudio reciente, en una muestra amplia de estudiantes de la Universidad de Chile, reveló que un 34,8% de ellos mostraba los signos inespecíficos de malestar emocional que mide el GHQ (Cuestionario de Salud General) (Fritschet al., 2006).

Por otro lado, Andrews y Wilding (2004) investigaron si la ansiedad y la depresión aumentan después de la entrada a la universidad en 351 estudiantes de Reino Unido. Los resultados de su estudio evidenciaron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo. La ausencia de un grupo control impide atribuir ese incremento exclusivamente al ingreso a la Universidad, pero el alto incremento es sugerente.

Las diferencias metodológicas entre los estudios de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios dificultan la comparación entre las investigaciones.

Para finalizar esta búsqueda de antecedentes, se observó el estudio realizado por Urquijo (2012), donde se comparan datos obtenidos en una muestra de 1600 ingresantes de ocho Facultades de la UNMdP con estudios semejantes. Allí se obtuvo que un 18% de ingresantes a la UNMdP en el período 2008-2009, se encuentra en riesgo de presentar una psicopatología y que ese riesgo es mayor en los estudiantes de sexo masculino (28%) que en los estudiantes de sexo femenino (13,6%). No se hallaron diferencias significativas en el orden de las patologías observadas.

En dicho estudio se obtuvo que las obsesiones y compulsiones y la hostilidad se sitúan en primer o segundo lugar de casi todas las UA, con excepción de Arquitectura, donde curiosamente no se encuentran casos de sujetos en riesgo por obsesiones y compulsiones y la patología prevalente es la ideación paranoide; Cs. de la Salud, en la que el 2º lugar lo ocupa la

depresión y en Psicología, donde la somatización comparte el 2º lugar con la hostilidad. Contrariamente a las creencias populares, la ansiedad es una de las patologías menos frecuentes en la población de ingresantes a la UNMP evaluados en el período 2008-2009.

2 Método

3.1 Diseño de la investigación

Se trata un estudio ex post facto, retrospectivo, de tres grupos, basados en un diseño no-experimental, transversal de tipo descriptivo (Montero & León, 2007).

Al tratarse de un estudio transversal descriptivo, se van a recolectar datos en un solo momento y tiempo único. El propósito de estas investigaciones es indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables en un momento dado.

3.2 Hipótesis

Existe una asociación entre la presencia de ciertos síntomas psicopatológicos y la elección de la carrera en los estudiantes universitarios; de forma tal que es esperable encontrar que sujetos con semejanzas en los mismos, tenderán a la elección de determinada Carrera Universitaria.

3.3 Participantes

La muestra estuvo conformada de forma aleatoria por aproximadamente 300 estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Mar del Plata Argentina, de los cuales 100 son alumnos de la carrera de Psicología, 100 de Ingeniería y 100 de la carrera de Derecho.

3.4 Procedimiento

La aplicación del instrumento se efectuó con el consentimiento informado de los estudiantes, de las diferentes Facultades que han sido parte de la investigación. Se dispuso de un único encuentro para la toma de la evaluación que constó de un cuestionario escrito auto administrado de 30 minutos aproximadamente. El mismo fue administrado, en su mayor parte, por el grupo de investigación de Psicología Cognitiva en el marco del proyecto de investigación denominado “*Perfiles psicológicos y académicos de estudiantes universitarios. Aprendizaje, personalidad, cognición, salud mental y bienestar psicológico*”, dirigido por el Dr. Urquijo, Sebastián, en el Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En el consentimiento se les informó sobre el propósito de la investigación y uso futuro de los datos. Con la posibilidad de interrumpir su participación en el momento que así lo desearan. Tanto el consentimiento como la puesta en marcha del proyecto, respetaron las normas vigentes y los lineamientos dados por el CONICET para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades (2857/06) y las normas éticas APA y de las instituciones participantes.

3.5 Instrumento

3.5.1 SCL-90

Para evaluar la presencia de síntomas y la prevalencia de psicopatologías, se va utilizar como instrumento, el cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 1994) que está compuesto por 90 ítems, cada uno de

los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática concreta. El SCL-90-R (Derogatis, 1983) es un cuestionario multidimensional auto aplicado. Está diseñado originalmente para evaluar el grado de malestar en pacientes psiquiátricos, como también en sujetos no clínicos, experimentado por esa persona durante el período que va desde el momento de la evaluación a una semana atrás.

El tiempo estimado para su realización es de 20 a 30 minutos, por lo que resulta económica su aplicación en la práctica clínica. Puede ser administrado a partir de los 13 años y es posible la administración verbal cuando el paciente tiene un bajo nivel educativo (Derogatis, 1983).

La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por el sujeto entrevistado desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima).

El malestar psicológico está medido en nueve dimensiones primarias de síntomas: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), psicoticismo (PSIC). A su vez se evalúan, tres índices globales de malestar psicológico: Índice global de severidad (IGS), Total de síntomas positivos (TSP), Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP). Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

Los índices globales de malestar son indicativos de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general. De acuerdo con Sánchez y Ledesma (2009), El Índice Global de Severidad (IGS) es un indicador del nivel actual

de la severidad del malestar general percibido. Combina el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar; el Total de Síntomas Positivos (TSP) también llamado Total de Respuestas Positivas, señala cuando las 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. Por último, el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) evalúa el estilo de respuesta, detectando tendencias a la minimización o a la exageración del estado de malestar. Las dimensiones primarias de síntomas proveen un perfil de las áreas de psicopatología, y los ítems individuales dan información del nivel discreto del síntoma.

Cada ítem del SCL-90-R se valora de acuerdo con una escala Lickert de 5 puntos indicando el malestar percibido en los últimos 7 días (0 = «*nada*»; 1 = «*un poco*»; 2 = «*moderadamente*»; 3 = «*mucho*»; 4 = «*muchísimo*»). La puntuación de cada dimensión es calculada como la media de los ítems constituyentes.

De acuerdo al SCL-90-R se considera indicador de una persona en riesgo a toda puntuación T superior a 65 (equivalente a un percentil superior a 90) y se establece como presencia de patología severa a toda puntuación igual o superior a T 75 (equivalente a un percentil superior a 97).

3.5.2 Investigaciones realizadas para evaluar el SCL-90

En un estudio realizado por Carrasco Ortiz, Sánchez Moral, Ciccotelli y del Barrio (2003) para evaluar el comportamiento del SCL-90-R en una

muestra clínica, los resultados mostraron propiedades psicométricas adecuadas. El instrumento se ha mostrado sensible al cambio tras la intervención psicológica, sin embargo, el estudio de perfiles y su relativa concordancia con el diagnóstico clínico sugieren la utilización de este instrumento como prueba de despistaje o cribado más que como una prueba diagnóstica.

Las mujeres evaluadas puntuaron significativamente más en muchas de las escalas, así como en los tres índices de severidad global del auto informe, en cambio, no aparecieron diferencias por edad. Aunque parece que muchos estudios coinciden en la dirección de estos datos respecto del sexo y de la edad, estas diferencias no siempre son obtenidas.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, la confiabilidad resultó muy adecuada tanto en el total del Listado, con una consistencia interna de 0.97, como en cada una de sus dimensiones con valores que han oscilado entre 0.76 y 0.87, resultados equiparables a los aportados por otros trabajos (González de Rivera et al., 2002; Hafkenscheid, 1993; Torres et al., 2000).

El Listado de Síntomas Revisado SCL-90-R (Derogatis 1977, 1983) procede de la revisión del SCL-90 de Derogatis, Lipman y Covi (1973), cuyo origen surge del listado de síntomas de la Universidad de Johns Hopkins HSCL en los años 50.

Numerosos estudios lo han utilizado tanto en el ámbito de la psiquiatría como de la psicología y hasta un total de 1860 referencias han incorporado este instrumento en los trabajos recogidos en PSICOINFO desde 1992 hasta

2003. La utilización de este instrumento ha tenido por objeto diferentes propósitos, entre otros, la detección de sintomatología psicopatológica y su intensidad, la identificación de casos clínicos, la evaluación de los efectos de una intervención terapéutica, o la delimitación de los distintos cuadros diagnósticos.

Las propiedades psicométricas del SCL-90- R recogidas en la literatura más reciente, han sido adecuadas tanto en población clínica (Aben, Verhey, Lousberg, Lodder & Honig, 2002; González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez & Rodríguez, 2002; Hafkenscheid, 1993; Robles, Andreu & Peña, 2002; Schmitz, Hartkamp, Franz, Buse, Karig & Tres, 2002) como en población normal (González de Rivera et al., 2002; Torres, San Sebastián, Ibarretxe & Zumalabe, 2000).

Los distintos indicadores de validez han resultado, en general, satisfactorios. Una evidencia de validez criterial ha sido la comparación entre el análisis de los perfiles resultantes del SCL-90 y el diagnóstico clínico, las similitudes entre ambos han puesto de manifiesto una clara coherencia entre el cuadro clínico y el perfil sintomático, especialmente en los desórdenes de ansiedad y depresión (De las Cuevas et al., 1991; Kennedy, Morris, Pedley & Schwab 2001).

Sin embargo, a pesar de esta coherencia y de la capacidad del instrumento para discernir entre sujetos psicológicamente saludables o no, es preciso resaltar las deficiencias que ha presentado para discriminar entre diferentes grupos diagnósticos (Hafkenscheid, 1993), así como la variabilidad factorial de sus dimensiones en función de la muestra y de otras variables

culturales y socio demográficas (Cyr, Mckenna-Foley & Peacock, 1985; Martínez-Azumendi, Fernández- Gómez & Beita-Fernández, 2001; De las Cuevas et al., 1991; Torres et al., 2000). Todo ello indica, la adecuación de esta medida más para la obtención de un dato global de malestar que para el diagnóstico o la identificación de un cuadro clínico específico.

Es decir que, los datos encontrados en consonancia con los hallados en la literatura, se suman a la conclusión y propuesta de los diferentes autores. El Listado de síntomas SCL-90- R constituye un instrumento de amplio espectro, muy útil para una primera exploración psicopatológica, para la valoración global de malestar o gravedad pero no resulta ser un instrumento adecuado para la valoración dimensional del trastorno ni para su diagnóstico.

Es por ello que el SCL-90 y el SCL-90-R puede considerarse más como un instrumento de cuantificación sintomática que de detección sindrómica.

Como los distintos estudios muestran, las puntuaciones medias son superiores en población clínica (Carrasco Ortiz, Sánchez Moral, Ciccotelli & del Barrio, 2003) y que sirve para discriminar pacientes de controles de población normal (Holi, 2003), el inventario puede ser utilizado como método de cribado para la detección de casos clínicos. Además resulta útil para la valoración de cambios sintomáticos producidos por el tratamiento o para el seguimiento de diversos casos crónicos (De las Cuevas y otros, 1991; Holi 2003). En este mismo sentido, Pincus, Rush, First & McQueen (2000) (citado por Holi 2003) señalan que escalas como estas pueden utilizarse en el contexto clínico para: 1) cribado y, por tanto, identificar a individuos con

ciertas características; 2) asistir al diagnóstico según los actuales sistemas clasificatorios; 3) evaluar las características clínicas de los pacientes, más allá del diagnóstico, para facilitar la selección de tratamiento; 4) supervisar los beneficios y los efectos adversos del tratamiento (por ejemplo, en el seguimiento de los cambios en la sintomatología); 5) otros usos, tales como la determinación del pronóstico o para fines administrativos (por ejemplo, la discapacidad o el asesoramiento forense).

Gempp y Avendaño (2008), en un interesante estudio sobre el instrumento, atribuyen la popularidad del SCL- 90-R entre investigadores y profesionales a tres características. Primero, es un inventario de fácil administración y corrección. Exige un grado mínimo de comprensión lectora (sexto grado), su consigna es sencilla, requiere de un breve tiempo de administración (entre 15 y 20 minutos), y resulta útil para adolescentes y adultos, entre otras cualidades. Segundo, el SCL-90-R permite tamizar sintomatología en tres diferentes niveles de complejidad: el índice general de malestar psicológico, las escalas particulares de síntomas, y el análisis específico de síntomas aislados de particular interés práctico. Se incluyen aquí los siete ítems de síntomas adicionales mencionados anteriormente. Toda esta información puede integrarse de manera de brindar un perfil acabado del estado psicológico de la persona. Por último, el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, según los resultados hallados en diferentes países, culturas, idiomas, edades y muestras (clínicas y de población general). El SCL-90-R cuenta con abundante evidencia a favor de su validez convergente con otros instrumentos diagnósticos, de su validez

concurrente y predictiva (véase la revisión de Gemp y Avendaño (2008), y de la fiabilidad de sus escalas (Arrindell, Barelds, Janssen, Buwalda & Van der Ende, 2006; Bonicatto, Dew, Soria & Seghezso, 1997; Caparró, Villar Hoz, Ferrer & Viñas Poch, 2007; Carrasco et al., 2003; Cruz Fuentes, López Bello, Blas García, González Macías & Chavez Baldera, 2005; Holi, 2003; Lara Muñoz, Espinosa, Cárdenas, Fócil & Cavazos, 2005; Schimtz y otros, 2000). En la Tabla 1 se describen las 9 escalas de síntomas y en la Tabla 2 los 3 índices generales.

Tabla 1. Descripción de las escalas de síntomas del SCL-90-R

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
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.
Hostilidad (HOS)	Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo o 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)
Ítems adicionales 7 ítems	Que no forman parte de ninguna dimensión pero si de los índices generales. Se relacionan con problemas de sueño, problemas con la comida, culpa y pensamientos de muerte.

Tabla 2. Descripción de los índices generales del SCL-90-R

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN
Índice de Severidad Global (ISG)	<p>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).</p> <p>Proporciona, en un único número, el grado de patología de una persona [amplitud teórica 0-4]</p>
Total de síntomas positivos (TSP)	<p>Se calcula sumando el total de ítems marcados como positivos (respuesta mayor a 0)</p> <p>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. Gonzáles de Rivera y otros (2002), señalan que un valor menor de 4 es 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. (amplitud teórica 0-90)</p>
Índice de malestar sintomático positivo (IMSP)	<p>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 IGS, pero dividiendo por el total de síntomas presentes (TSP), [amplitud teórica 0-4]</p>

Debe considerarse que puntuaciones directas superiores a la media de la población no representan “*per se*” la presencia de psicopatologías, sino que

tan sólo indican que los rasgos se encuentran más acentuados. La presencia de la patología se establece cuando las puntuaciones directas, una vez transformadas a puntuaciones percentilares, superan el percentil 90 equivalente a un puntaje T superior a 89.

Se distingue la superioridad de las puntuaciones de los alumnos de psicología en relación al resto. Pero como se señaló, esto no es un indicador concluyente de que esta UA tenga mayor prevalencia de psicopatología.

Las medias de las Puntuaciones Directas más elevadas en todas las escalas e índices, se distribuyen casi exclusivamente entre Psicología y Derecho y resultan superiores a la media del total de los ingresantes a la UNMDP. Psicología es la Facultad cuyos alumnos presentan las puntuaciones más elevadas en 7 de las 9 escalas y en 2 índices. De hecho resulta esperable que los ingresantes a las Facultades de Psicología, tengan una percepción más acentuada y detallada de sus características psicológicas y por ello, presentan puntuaciones medias más elevadas. Debemos recordar que las puntuaciones directas no representan la presencia de patología y, por lo tanto, medias más altas no indican patología.

Se procedió al análisis factorial de los resultados obtenidos del SCL-90-R mediante el procedimiento normalizado de rotación ortogonal, utilizando el programa estadístico BMDP. Siguiendo el procedimiento descrito por Derogatis, un ítem se considera como incluido en un factor cuando su peso en el mismo (coeficiente de correlación entre variable y factor) alcanza al menos 0,30 (De las Cuevas et al., 1991; Kennedy, Morris, Pedley & Schwab,

2001). De los 90 ítems constituyentes del SCL-90-R, 84 obtuvieron un coeficiente de correlación con un factor superior a 0,30. De estos 18 el (21,4%) obtuvieron un coeficiente de correlación superior a 0,30 en más de uno de los factores generados.

Éste hecho unido a la alta proporción de varianza acumulada por el primer factor sin rotar puede interpretarse como indicativo de que este inventario mide bien el estrés general, pero no clasifica netamente distintas dimensiones sintomáticas. Seis de los ítems del SCL-90-R no alcanzaron el 0,30 en sus coeficientes de correlación con ningún factor. Estos ítems fueron los siguientes:

- 07. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos (E).
- 10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización(O).
- 54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro (D).
- 60. El comer demasiado (M).
- 82. Tener miedo de desmayarse en público (F).
- 83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara (P).

Como conclusión, el análisis factorial de dicha muestra de población general presenta unas dimensiones sintomáticas comparables, pero no idénticas, con las demostradas por Derogatis (1973,1977) en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios seleccionados. El hecho de que la muestra de Tenerife esté compuesta por sujetos en principio normales, es

decir, no afectos de síndromes psiquiátricos específicos, puede explicar esta relativa inconsistencia.

3 Resultados

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas (PD) del SCL90-R, distinguiendo para las distintas escalas e índices los puntajes mínimos y máximos, la media y los desvíos típicos, para toda la muestra.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las escalas del SCL-90-R para toda la muestra.

Escala	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Somatización	0,00	2,17	0,38	0,36
Obsesiones y Compulsiones	0,00	3,20	0,54	0,50
Sensibilidad Interpersonal	0,00	2,67	0,35	0,42
Depresión	0,00	2,77	0,43	0,45
Ansiedad	0,00	1,90	0,29	0,35
Hostilidad	0,00	3,83	0,34	0,49
Ansiedad Fóbica	0,00	1,86	0,14	0,26
Ideación Paranoide	0,00	2,67	0,27	0,43
Psicoticismo	0,00	2,00	0,16	0,27
Ítems Adicionales	0,00	2,71	0,42	0,47
Índice de Gravedad Global (GSI)	0,01	1,63	0,34	0,31
Total de Síntomas Positivos (PST)	1,00	66,00	21,59	14,83
Índice de Malestar Positivo (PSDI)	1,00	2,78	1,29	0,35

En la Tabla 1 observamos que la media más alta corresponde a la escala de obsesiones y compulsiones y la más baja a la de ansiedad fóbica.

En la tabla 2 se presentaron los estadísticos descriptivos diferenciados por UA. Para determinar la existencia de diferencias en las PD, se presentan los resultados de un análisis de varianza (ANOVA de un factor).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de las escalas del SCL-90-R discriminados por UA. Comparando las diferentes escalas inter-grupos: análisis ANOVA

Escala	Derecho		Ingeniera		Psicología		F	Sig.
	(N:100)		(N:100)		(N:100)			
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Somatización	0,44	0,39	0,29	0,28	0,43	0,41	5,05	0,007**
Obsesiones y Compulsiones	0,57	0,48	0,42	0,46	0,62	0,53	4,47	0,012*
Sensitividad interpersonal	0,39	0,46	0,24	0,26	0,41	0,48	5,34	0,005**
Depresión	0,49	0,43	0,27	0,26	0,53	0,56	10,50	0,000**
Ansiedad	0,31	0,37	0,19	0,25	0,38	0,37	7,91	0,000**
Hostilidad	0,44	0,65	0,26	0,29	0,32	0,44	3,42	0,034*
Ansiedad Fóbica	0,13	0,25	0,08	0,17	0,19	0,32	4,35	0,014*
Ideación Paranoide	0,34	0,46	0,17	0,35	0,29	0,45	4,03	0,019*

Psicoticismo	0,21	0,33	0,09	0,17	0,19	0,27	5,13	0,006**
Ítems Adicionales	0,47	0,47	0,28	0,33	0,52	0,55	7,86	0,000**
Índice Global de Severidad (GSI)	0,39	0,34	0,24	0,21	0,40	0,35	8,56	0,000**
Total de Síntomas Positivos (PST)	23,76	15,15	16,68	13,17	24,34	14,97	8,70	0,000**
Índice de Malestar Positivo (PSDI)	1,31	0,36	1,21	0,29	1,35	0,38	3,96	0,020*

*p<0.05; **p<0.01

Dado que el ANOVA indicó que existen diferencias significativas entre los estudiantes de las diferentes UA en todas las escalas, se realizó el análisis Post Hoc correspondiente (HSD de Tukey), con el objeto de determinar con mayor precisión las diferencias entre cada UA.

Tabla 3.

Resultado del análisis Post Hoc (HSD de Tukey): Comparaciones múltiple.

Variable dependiente	Unidad Académica	Unidad Académica	Diferencia de medias	Error típico	Sig.
Somatización	Derecho	Ingeniería	0,14(*)	0,05	0,013*

		Psicología	0,01	0,05	0,972
	Ingeniería	Derecho	-0,14(*)	0,05	0,013*
		Psicología	-0,13(*)	0,05	0,024*
	Psicología	Derecho	-0,01	0,05	0,972
		Ingeniería	0,13(*)	0,05	0,024*
Obsesiones y	Derecho	Ingeniería	0,14	0,07	0,097
Compulsiones		Psicología	-0,06	0,07	0,685
	Ingeniería	Derecho	-0,14	0,07	0,097
		Psicología	-0,20(*)	0,07	0,011*
	Psicología	Derecho	0,06	0,07	0,685
		Ingeniería	0,20(*)	0,07	0,011*
Sensibilidad	Derecho	Ingeniería	0,15(*)	0,06	0,023*
Interpersonal		Psicología	-0,02	0,06	0,937
	Ingeniería	Derecho	-0,15(*)	0,06	0,023*
		Psicología	-0,17(*)	0,06	0,009**
	Psicología	Derecho	0,02	0,06	0,937
		Ingeniería	0,17(*)	0,06	0,009**
Depresión	Derecho	Ingeniería	0,22(*)	0,06	0,001**
		Psicología	-0,04	0,06	0,820
	Ingeniería	Derecho	-0,22(*)	0,06	0,001**
		Psicología	-0,26(*)	0,06	0,000**
	Psicología	Derecho	0,04	0,06	0,820
		Ingeniería	0,26(*)	0,06	0,000**
Ansiedad	Derecho	Ingeniería	0,12(*)	0,05	0,038*
		Psicología	-0,07	0,05	0,302
	Ingeniería	Derecho	-0,12(*)	0,05	0,038*
		Psicología	-0,19(*)	0,05	0,000
	Psicología	Derecho	0,07	0,05	0,302

		Ingeniería	0,19(*)	0,05	0,000
Hostilidad	Derecho	Ingeniería	0,17(*)	0,07	0,029
		Psicología	0,12	0,07	0,208
	Ingeniería	Derecho	-0,18(*)	0,07	0,029
		Psicología	-0,06	0,07	0,658
	Psicología	Derecho	-0,12	0,07	0,21
		Ingeniería	0,06	0,07	0,66
Ansiedad Fóbica	Derecho	Ingeniería	0,04	0,03	0,41
		Psicología	-0,06	0,03	0,22
	Ingeniería	Derecho	-0,05	0,03	0,41
		Psicología	-0,11(*)	0,03	0,01*
	Psicología	Derecho	0,06	0,03	0,22
		Ingeniería	0,10(*)	0,03	0,01*
Ideación Paranoide	Derecho	Ingeniería	0,16(*)	0,06	0,02*
		Psicología	0,04	0,06	0,75
	Ingeniería	Derecho	-0,16(*)	0,06	0,02*
		Psicología	-0,12	0,06	0,11
	Psicología	Derecho	-0,043	0,06	0,75
		Ingeniería	0,12	0,06	0,11
Psicoticismo	Derecho	Ingeniería	0,11(*)	0,04	0,01*
		Psicología	0,02	0,04	0,88
	Ingeniería	Derecho	-0,11(*)	0,04	0,01*
		Psicología	-0,09(*)	0,04	0,03*
	Psicología	Derecho	-0,02	0,04	0,88
		Ingeniería	0,09(*)	0,04	0,03*
Ítems Adicionales	Derecho	Ingeniería	0,19(*)	0,06	0,01*
		Psicología	-0,05	0,06	0,71
	Ingeniería	Derecho	-0,19(*)	0,06	0,00**

		Psicología	-0,24(*)	0,06	0,00**
	Psicología	Derecho	0,05	0,06	0,71
		Ingeniería	0,24(*)	0,06	0,00**
Índice de Gravedad	Derecho	Ingeniería	0,15(*)	0,04	0,00**
Global (GSI)		Psicología	-0,02	0,04	0,91
	Ingeniería	Derecho	-0,15(*)	0,04	0,00**
		Psicología	-0,17(*)	0,04	0,00**
	Psicología	Derecho	0,02	0,04	0,91
		Ingeniería	0,17(*)	0,04	0,00**
Total de Síntomas	Derecho	Ingeniería	7,08(*)	2,04	0,00**
Positivos (PST)		Psicología	-0,58	2,04	0,96
	Ingeniería	Derecho	-7,08(*)	2,04	0,00**
		Psicología	-7,66(*)	2,04	0,00**
	Psicología	Derecho	0,58	2,04	0,96
		Ingeniería	7,66(*)	2,04	0,00**
Índice de Malestar	Derecho	Ingeniería	0,10	0,05	0,10
Positivo (PSDI)		Psicología	-0,03	0,05	0,79
	Ingeniería	Derecho	-0,10	0,05	0,10
		Psicología	-0,13(*)	0,05	0,02*
	Psicología	Derecho	0,03	0,05	0,79
		Ingeniería	0,13(*)	0,05	0,02*

*p<0.05; **p<0.01

Inicialmente, se debe destacar que no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de Psicología y los estudiantes de Derecho en ninguna de las escalas o índices. Los resultados permiten establecer que los estudiantes de Ingeniería presentan, de forma sistemática

y estadísticamente significativa, puntuaciones directas menores que la de los estudiantes de Psicología y Derecho en todas las escalas e índices.

Por otra parte, tal como fue señalado en la introducción, debe considerarse, que puntuaciones directas superiores a la media de la población no representan “per se” la presencia de psicopatologías, sino que indican que se percibe al síntoma con mayor intensidad. De acuerdo a Derogatis (2000), la interpretación de los índices globales y de las dimensiones sintomáticas se facilita gracias a unos baremos, que permiten comparar las puntuaciones de un individuo con su grupo normativo. Las puntuaciones directas son transformadas a una puntuación percentilar que indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en el aspecto evaluado. Por ejemplo, una puntuación percentilar de 75, en una escala particular significa que esa persona muestra una sintomatología mayor que el 75% de las personas de la población general. Además, las puntuaciones directas son transformadas a puntuaciones T, resultantes de una escala típica normalizada con una media de 50 y una desviación típica de 10, de manera que entre los puntajes 40 y 60 se encontrará un 68% de la muestra normativa y entre 30 y 70 el 95%. Los límites para determinar riesgo o presencia de psicopatología o mayor o menor nivel de distrés, varían de acuerdo a los autores. Por ejemplo, para Casullo (2004 a) la patología se establece cuando las puntuaciones directas, una vez transformadas a puntuaciones percentilares, superan el percentil 90 equivalente a un puntaje T superior a 65, y considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T superior a 65 y con presencia de patología severa toda

puntuación igual o superior a T 80. En otra publicación, Casullo (2004 b) considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T superior a 63 (percentil 90) y con presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 75 (percentil 98). Rivera et. al (2013), clasificaron a los sujetos por el grado de malestar psicológico que reportaron en la escala considerando dos categorías: con bajo distrés, aquellos que puntuaron por debajo del percentil 90 y con alto distrés, aquellos que puntuaron a partir del percentil 90 y más. Para Robles, Andreu y Peña (2002) la definición operacional de caso psiquiátrico siguiendo el criterio estadístico por percentiles sería que el índice de severidad global IGS >75. Con ese valor debería considerarse el diagnóstico positivo del caso psiquiátrico.

En este estudio siguiendo al SCL-90-R, se va a considerar indicador de una persona en riesgo, a toda puntuación T superior a 65 (equivalente a un percentil o superior a 90) y se establece como presencia de patología severa, a toda puntuación igual o superior a T 75 (equivalente a un percentil superior a 97).

Con el objeto de determinar la cantidad de estudiantes que se encuentren en riesgo o con presencia de psicopatología, se procedió a desarrollar la Tabla 4, queda cuenta de la cantidad de casos de ingresantes por UA, que de acuerdo al instrumento utilizado, deben ser considerados como personas en riesgo de padecer una psicopatología severa, con presencia de un rasgo psicopatológico, o que no presentan sintomatología en esa escala.

Tabla 4.

Frecuencias de riesgo y de presencia de psicopatología diferenciadas por UA.

Escala		Frecuencia para cada UA		
		Derecho (n=100)	Ingeniería (n=100)	Psicología (n=100)
Somatización	Sin sintomatología	97	98	97
	En riesgo	2	2	3
	Presencia de psicopatología	1	-	-
Obsesiones y Compulsiones	Sin sintomatología	92	93	89
	En riesgo	3	3	8
	Presencia de psicopatología	5	4	3
Sensitividad interpersonal	Sin sintomatología	90	99	90
	En riesgo	6	-	7
	Presencia de psicopatología	4	1	3
Depresión	Sin sintomatología	94	100	92
	En riesgo	4	-	5
	Presencia de psicopatología	2	-	3
Ansiedad	Sin sintomatología	94	98	96
	En riesgo	4	2	4
	Presencia de psicopatología	2	-	-
Hostilidad	Sin sintomatología	92	99	96

	En riesgo	4	1	2
	Presencia de psicopatología	4	-	2
Ansiedad fóbica	Sin sintomatología	94	97	96
	En riesgo	5	3	2
	Presencia de psicopatología	1	-	2
Ideación paranoide	Sin sintomatología	92	98	93
	En riesgo	5	2	5
	Presencia de psicopatología	3	-	2
Psicoticismo	Sin sintomatología	91	94	89
	En riesgo	6	5	9
	Presencia de psicopatología	3	1	2
Índice Global de Severidad	Sin sintomatología	93	97	92
GSI	En riesgo	4	3	7
	Presencia de psicopatología	3	-	1
Total de Síntomas Positivos	Sin sintomatología	91	94	89
PST	En riesgo	6	5	9
	Presencia de psicopatología	3	1	2
Índice de Malestar Positivo	Sin sintomatología	98	99	98
PSDI	En riesgo	1	1	2
	Presencia de psicopatología	1	-	-

En base a los resultados aquí presentados, se esquematizan los datos en dos gráficos de barras (Gráfico 1 y 2) de forma tal que resulte más sencilla la comparación por UA sobre la frecuencia de presencia de psicopatología y riesgo psicopatológico.

Gráfico 1. Cantidad de estudiantes con riesgo de psicopatología discriminado por UA.

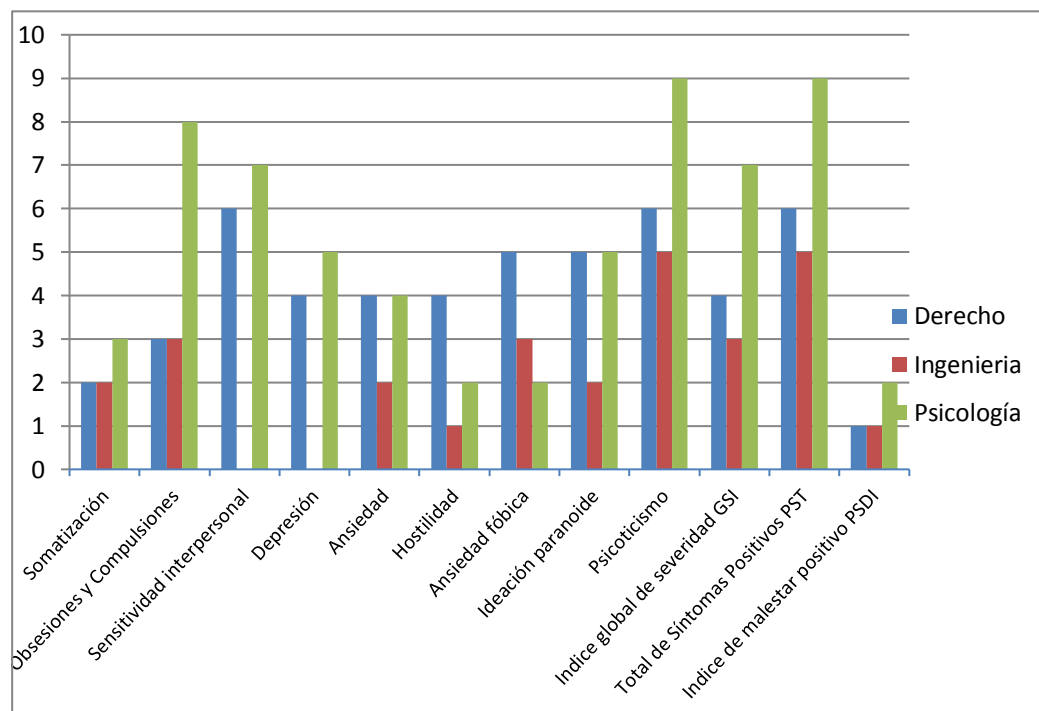


Grafico 2. Cantidad de estudiantes con presencia de psicopatología discriminados por UA

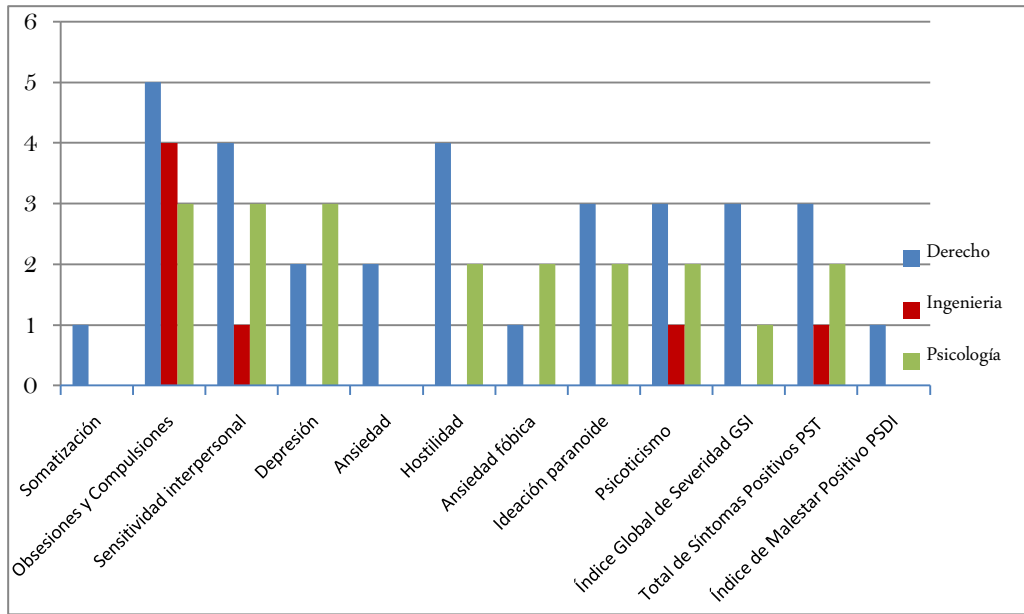
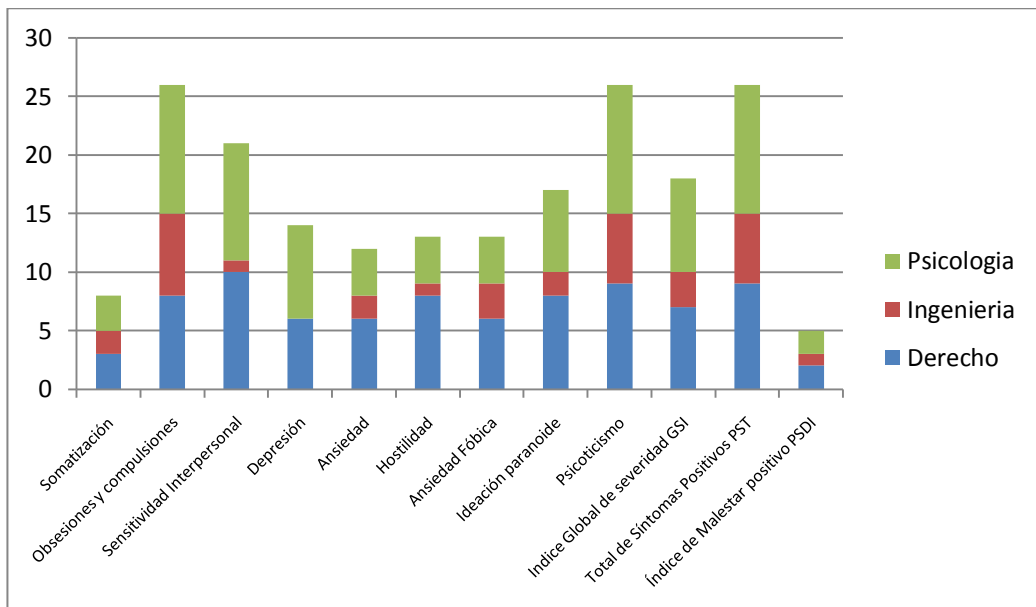


Grafico3. Cantidad de estudiantes con riesgo y presencia de psicopatología discriminados por UA



A continuación, se procede a comparar el orden de prevalencia de los diferentes rasgos psicopatológicos de los estudiantes universitarios de la UNMDP. Para ello se toma la media estándar de prevalencia de patología extraída del Informe Técnico presentado por Urquijo (2012), y se la compara con el orden de prevalencia de psicopatologías de los estudiantes de Derecho, Ingeniería y Psicología de nuestra investigación.

Tabla 5.

Orden de prevalencia de patologías según UA comparado con la media de la UNMDP

Escala	Media UNMDP	Derecho	Ingeniería	Psicología
Obsesiones y Compulsiones	1º	1º	1º	1º
Hostilidad	2º	2º	-	2º
Ideación paranoide	3º	3º	-	2º
Depresión	4º	4º	-	1º
Sensitividad interpersonal	5º	2º	2º	1º
Somatización	6º	5º	-	-
Ansiedad	7º	4º	-	-
Ansiedad fóbica	8º	5º	-	2º

Psicoticismo	9º	3º	2º	2º
--------------	----	----	----	----

En cuanto al orden de prevalencia de riesgo y psicopatología de las obsesiones y compulsiones se puede observar que se ubica en primer lugar en las tres Facultades, coincidiendo con el orden de prevalencia de la media de la UNMDP. Con respecto a la escala hostilidad, se observa que los alumnos de Derecho y los de Psicología se sitúan en el segundo lugar coincidiendo también con la media de la UNMDP, distinguiéndose claramente de los estudiantes de Ingeniería que, en la muestra de este estudio, no presentan riesgo ni patología en dicha escala. Los estudiantes de Derecho muestran un ordenamiento en la prevalencia de las diferentes psicopatologías semejante, a grandes rasgos, de la media de los estudiantes de la UNMDP. Sin embargo, en los estudiantes de Psicología se observa mayor variabilidad, ya que junto a obsesiones y compulsiones, comparten el primer lugar en riesgo y presencia de patologías en depresión y sensibilidad interpersonal.

Finalmente, se percibe que los alumnos de Ingeniería solo presentan psicopatología en obsesiones y compulsiones, sensibilidad Interpersonal y psicoticismo.

A continuación, en la Tabla 6 se exponen los porcentajes de riesgo y de presencia de psicopatología en cada escala para cada UA.

Tabla 6.

Porcentajes de alumnos en riesgo y con presencia de psicopatologías según UA

Escala	Derecho	Ingeniería	Psicología
Somatización	3%	2%	3%
Obsesiones y Compulsiones	8%	7%	11%
Sensitividad Interpersonal	10%	1%	10%
Depresión	6%	-	8%
Ansiedad	6%	2%	4%
Hostilidad	8%	1%	4%
Ansiedad Fóbica	6%	3%	4%
Ideación Paranoide	8%	2%	7%
Psicoticismo	9%	6%	11%

Los resultados permiten establecer los porcentajes de ingresantes, que de acuerdo al instrumento utilizado, deben ser considerados como personas en riesgo de padecer una psicopatología y con presencia de patología severa.

Podemos observar que la distribución varía en cada UA, y que mantienen un patrón semejante al observado con las puntuaciones directas, en el sentido de que el perfil de los estudiantes de Derecho es semejante al de los

estudiantes de Psicología y que los estudiantes de Ingeniería presentan menor porcentaje en todas las escalas.

Nótese que la suma de los porcentajes con riesgo y presencia, permiten observar que la escala de Psicoticismo posee un porcentaje elevado en las tres UA.

4 Conclusiones

En relación a los objetivos del trabajo, se ha logrado determinar y comparar la presencia de síntomas psicopatológicos y la prevalencia de psicopatologías de estudiantes de las Facultades de Psicología, Derecho e Ingeniería de la UNMDP.

En base a los resultados, se ha obtenido evidencia en esta muestra de que los ingresantes de las tres carreras tienden a presentar puntuaciones medias más elevadas en obsesiones y compulsiones, depresión, somatización y hostilidad. También se ha comprobado que las diferencias en las puntuaciones directas medias de todas las escalas e índices son significativamente más bajas en los ingresantes de la carrera de Ingeniería y que no se observan diferencias entre los estudiantes de Derecho y los de Psicología. La mera diferencia en las puntuaciones directas medias no significa directamente que los estudiantes de ingeniería presenten menor cantidad de patologías severas o de riesgo de padecerlas ya que, como fue señalado en la introducción, las puntuaciones directas superiores a la media de la población no representan “per se” la presencia de psicopatologías.

La interpretación de los índices globales y de las dimensiones sintomáticas se facilita gracias a la conversión de estas puntuaciones en función de baremos, que permiten comparar las puntuaciones de un individuo con su grupo normativo. En este sentido, los resultados permitieron establecer que los estudiantes de Ingeniería presentan porcentajes más elevados de sujetos sin presencia de patología o de riesgo que los estudiantes de Derecho o Psicología, en todas las escalas e índices. Los

estudiantes de Psicología y de Derecho, presentan los mismos porcentajes de sujetos con presencia y riesgo de somatizaciones y sensibilidad interpersonal. Los estudiantes de Psicología presentan porcentajes más elevados, aunque no muy diferentes, de estudiantes con presencia y riesgo de patologías que los de Derecho en obsesiones y compulsiones, en depresión y psicoticismo, mientras que los de Derecho presentan porcentajes más elevados de ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. La patología que presenta un riesgo mayor de ser padecida para los estudiantes de las tres Unidades Académicas es la de psicoticismo y la patología con mayor prevalencia para las tres unidades académicas es la de obsesiones y compulsiones coincidiendo con la media de la UNMDP (Urquijo, 2012).

Al comparar los resultados obtenidos con la bibliográfica consultada, se puede destacar en principio la importancia del contexto social como predisponente de psicopatologías. Existen investigaciones que han intentado establecer los factores que desencadenarían patologías o enfermedades en los estudiantes universitarios. Erazo Caicedo y Jiménez Ruiz (2012) afirman en diversas investigaciones sobre estudiantes universitarios que los factores estresores más destacados, serían: la presión que les genera a los estudiantes los exámenes o los profesores, la falta de apoyo familiar y las exigencias académicas (Mohd, 2003). Estas investigaciones afirman que los estudiantes universitarios poseen rasgos comunes generacionales que le son propios, como: su condición postmoderna, el alargamiento de la adolescencia y los estilos cognitivos y de vinculación con el conocimiento.

Pese a las múltiples diferencias, según sector social, género, ubicación en el territorio y posibilidades de acceso a los bienes culturales, estos estudiantes han nacido y vivido en un contexto que le es común, el mundo globalizado, y una cultura postmoderna en la cual predominan las prácticas neoliberales y consumistas. Esta condición postmoderna, define una manera de pensar y sentir, que incide en todos los ámbitos de la vida social.

A su vez, los estudios universitarios, han perdido la significación que tradicionalmente se les otorgaba, en consecuencia, el pasaje por la universidad se torna una etapa natural e inevitable, una manera de intentar mantener un cierto nivel socio-cultural y económico, un espacio para el desarrollo de la vida social, una alternativa para ocupar el tiempo ante la falta de deseos o de posibilidades de trabajar, entre otros tantos.

En este estudio se buscó dilucidar si existe un perfil que determina la elección de la carrera universitaria. Por lo tanto, se tomó como punto de partida, una posible asociación entre la elección que un sujeto realiza respecto a una carrera universitaria y la presencia y/o prevalencia de ciertos rasgos psicopatológicos. Partimos de la idea de que, a pesar de compartir un contexto postmoderno y culturalmente globalizado, la población universitaria no es homogénea, sino que por el contrario, se sostuvo que se podría vislumbrar perfiles específicos dentro de cada Facultad. En este sentido, se presumió que la elección de las tres carreras no sería azarosa, sino que se efectuaría acorde a este criterio. Al tomar una población heterogénea (Derecho, Ingeniería y Psicología) se esperó encontrar tres perfiles con

marcados rasgos específicos de cada área. Algo que finalmente, no sucedió en esta investigación.

Cabe destacar, que al inicio de este estudio, se consideró que los estudiantes de Psicología serían muy disimiles a los de Derecho, sin embargo, a la hora de contrastar los resultados se percibió que eran semejantes en sus frecuencias de síntomas en la escala del SCL90. Como también, debe destacarse que los estudiantes de Ingeniería presentan porcentajes significativamente menores en la mayoría de las escalas tanto en riesgo como en presencia, lo que permitiría pensar que por tratarse de una carrera más alejada de las ciencias humanas, dicha población no tendría el mismo registro consciente de su estado emocional que el resto de las UA. Podría sostenerse que si bien la Facultad de Psicología y la de Derecho, poseen diferentes objetos de estudio, ambas carreras son atinentes a la ciencias humanas y sociales y por lo tanto estudian al sujeto desde diferentes dimensiones.

Al comparar los resultados de las escalas del SCL-90 con la muestra normativa del estudio de Urquijo (2012) observamos que la población de Psicología y de Derecho posee puntuaciones más elevadas y en ciertas dimensiones están por encima de la media estandarizada del complejo universitario.

Una revisión de la literatura científica sobre estudios efectuados en Malasia, sobre estudiantes universitarios, exhibió que las patologías características en esta población son la depresión y la presencia de niveles altos de ansiedad (Mohd, 2003). Por otro lado (Micin & Bagladi, 2011) en un

estudio realizado en la Universidad Pontificia Católica de Chile, encontraron tasas significativas de trastornos adaptativos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, desordenes de personalidad y antecedentes de conducta suicida. Revelando que un alto porcentaje de la población estudiantil presenta alteraciones clínicas ligadas a la ansiedad y depresión y una gran incidencia de trastornos adaptativos por sobre otros.

Si se adiciona a esto, que el joven universitario se encuentra en una etapa del ciclo vital compleja, asociada a la resolución de tareas no comparables con otras épocas de la vida (Gomberoff, 2003), en que la conjunción de características individuales y contextuales puede facilitar estas conductas de riesgo (Martínez & Loreto, 2007); se puede comprender mejor el surgimiento de problemas de salud mental en jóvenes (Florenzano, 2005). Si además se reconoce que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios. El tránsito por la universidad representa para muchos jóvenes una experiencia compleja, donde se ponen en juego diversas competencias y habilidades para alcanzar los objetivos de la carrera. Los alumnos se enfrentan a estresores diversos como el responder a mayores exigencias académicas, cambios en la red de apoyo social, demandas de mayor autonomía y protagonismo, fracaso vocacional o académico, desarraigo y vivir solos si provienen de provincia, etc.; todos factores que podrían aumentar el riesgo de generar sintomatología clínica.

Debe subrayarse que, contrariamente a la bibliografía consultada, la ansiedad y la depresión son dos de las patologías menos frecuentes en la población de esta investigación realizada con alumnos ingresantes a las carreras de Derecho, Psicología e Ingeniería evaluados en el 2013. Los estudiantes de Psicología, por ejemplo, alcanzan un 8% de depresión y 4 % de ansiedad, mientras que los de Derecho obtuvieron un 6% en ambas psicopatologías. Los alumnos de Ingeniería no presentan depresión, solo un 2 % de ansiedad; estas no representan per se cifras alarmantes a destacar.

Por otro lado, puede presumirse que, las limitaciones propias del instrumento no nos permiten obtener amplias conclusiones y que sería de mayor utilidad efectuar a futuro, estudios con nuevas herramientas que nos permitieran observar con mayor profundidad a la población evaluada.

Debe resaltarse que el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, es decir que las muestras se han recogido en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. Los sujetos son elegidos simplemente porque son fáciles de reclutar, esto implica que la muestra puede representar a toda la población con precisión o no.

Se puede pensar, que sería adecuado en un futuro, la aplicación de otros instrumentos, útiles para correlacionar con el SCL-90, que permitieran abordar con mayor profundidad la temática, como así de ser posible la selección de muestras poblacionales más amplias, para obtener resultados más precisos y representativos de dicha población.

Sería de gran utilidad e interés, profundizar en cuestiones como la autoestima, que es un concepto ampliamente relacionado con el bienestar general percibido por una persona, lo que podría ser un buen indicador de la salud mental. Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre autoestima y síntomas depresivos, obsesivos compulsivos, ansiosos, entre otros (Rojas-Barahona, Zegers, & Förster, 2009). Por tanto, su conocimiento es una valiosa información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención.

5.1 Hacia una universidad involucrada

La universidad viene experimentando profundos cambios en los últimos años, que no son otra cosa que reflejo de la sociedad en la que está inserta. La misma es un contexto excepcionalmente valioso para el acceso a la información relevante, para el aprendizaje de formas de ocupar la vida personal y profesional, para aprender un estilo de vida de compromiso ético ciudadano y universal, a la par que conforma el marco idóneo como estímulo para explorar opciones y posibilidades de vida (Ferrer, García, Cascales&Martínez, 2003).

En este contexto académico se configura la salud, el bienestar y la calidad de vida, presente y futuras. Por ello, las universidades tienen un nuevo reto para afrontar, ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables y que redunde en la calidad de vida, no solo del alumnado sino de toda la sociedad en general. Considerando que la Universidad debe garantizar la salud integral de los alumnos, según lo

entiende el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN, 2003) proponiendo a las universidades nacionales: a) Trabajar desde la atención primaria de la salud, privilegiando el concepto de persona sana y no el de enfermedad; b) Generar una política de prevención, identificando la problemática y los factores de riesgo de la población estudiantil; c) Establecer programas de educación para la salud, dirigidos entre otros, a los problemas prevalentes en esta franja etaria; y d) Poner de relevancia la necesidad y la importancia de contar con datos epidemiológicos propios.

Cabe destacar que desde el modelo de promoción de la salud basado en el contexto (Ashton & Seymour, 1998), se puede contribuir a la mejora y bienestar de la salud de la población estudiantil, creando un marco idóneo de actividad social, laboral y cultural. El concepto de Universidad promotora de la Salud conlleva a integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria.

Se están produciendo cambios que requieren nuevas necesidades de formación profesional: el fenómeno de la globalización, los cambios de la sociedad de la información, la revolución tecnológica en las comunicaciones, la configuración del trabajo con rápida caducidad, la flexibilización del poder institucional con la consiguiente caída de los soportes y sostenes identificadorios, etc. que requieren de la reflexión de los docentes y del sistema universitario como propulsor de profesionales que logren enfrentar estas cuestiones.

La universidad puede impulsar el desarrollo de competencias para que su alumnado logre enfrentar con resiliencia y sanidad los desafíos de esta

nueva sociedad postmoderna y consiga así una adaptación a la variedad y pluralidad cultural.

Sería de suma importancia, poder lograr a partir de esta investigación, la ampliación y/o creación de un espacio tutorial que permita mejorar la atención brindada a los estudiantes, logrando un seguimiento más personalizado. Que pueda constituirse como una herramienta para ayudar a los estudiantes a informarse, elaborar, revisar sus aspiraciones académicas, profesionales y personales. Y se sostiene que, de esta manera, se podrá lograr que los estudiantes participen activamente de la vida universitaria, y analicen su experiencia global con actitud crítica y constructiva.

Se presume que los resultados obtenidos en esta investigación pueden contribuir a mejorar el nivel y la calidad de vida de la población universitaria, en tanto permitan movilizar políticas y dispositivos locales en materia de preventiva y/o asistencial.

A la vez que nos parece prometedor poder pensar en una futura investigación, donde se utilicen diferentes instrumentos que permitieran ahondar en profundidad sobre las condiciones de salud de los estudiantes universitarios en nuestra localidad.

5 Referencias

Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J. & Honig, A. (2002). Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and depression scale, SCL- 90 and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. [Validez del Inventario de Depresión de Beck, Ansiedad Hospitalaria y escala de Depresión, SCL-90 y escala como instrumentos de detección de la depresión en pacientes con accidentes cerebrovasculares Psicosomática] *Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 43, 386-393. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318202703666>

Allport, G., W. (1986). *La Personalidad*. (Versión electrónica 8va Ed.) Barcelona: Helder. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos29/personalidad-eysenck/personalidad-eysenck.shtml>

Al Nakeeb. Z. , Alcázar, J, Fernández, H., Malagón, R, & Molina, B. (2004). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200001>

American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona. Masson. Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Recuperado de:

<http://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnóstico-y-estadístico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life- stress and achievement in students. [Relación entre depresión y ansiedad que peligran el stress de la vida y el logro de los estudiantes] *British Journal of Psychology*, 95, 509-521. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001

Arrindell, W., Barelds, D., Janssen, I., Buwalda, F., & Van der Ende, J. (2006). Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with peri partum pelvic pain (PPPP) syndrome. [Invariancia de las dimensiones del SCL-90-R de pacientes con síntoma de dolor pélvico postparto] *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 377–391. Recuperado de: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Ashton, J., S., & Seymour, H. (1998). *La nueva salud pública*. Londres: Masson. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcb56h4>

Azpiroz Núñez, M. C. y Prieto L. G. (2007). Lo normal y lo patológico en el marco de los trastornos de la personalidad. Recuperado

de:<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Lonormalylopatolgicoenelmarcodelostrastornosdelapersonalidad.htm>

Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of Hostility. En S.H. Friedman (Eds.). *Hostility, coping and health*. [Los avances en la dimensión de Hostilidad. *Hostilidad, afrontamiento y salud*]. Washington: American Psychological Association. Recuperado de:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gat1de1.pdf;jsessionid=7037179FF83D077B50A40FC5C641EC41?sequence=1>

Benítez, C., Quintero, J. & Torres, R. (2001). Incidencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile*, 129, 173-178. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000200008>

Bergeret, J. (1980). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa. Recuperado de:
<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Lonormalylopatolgicoenelmarcodelostrastornosdelapersonalidad.htm>

Bermann, S. (1996). *Trabajo precario y salud mental*. Córdoba. Narvaja editor. Recuperado de:
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/mulheres+trabalho+e+saude+mental%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/mulheres+trabalho+e+saude+mental%20(1).pdf)

Bonicatto S., Dew M., Soria J. & Seghezso M. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL90) in an Argentine population sample. [Validación y confiabilidad de la lista de síntomas (SCL90) en

una muestra de población argentina] *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 332-338. Recuperado

de: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Bucci, W. (1985). Dual Coding: A

cognitivemodelforpsychoanalyticresearch [Código dual: Un modelo cognitivo para una búsqueda psicoanalítica]. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 571-607. Recuperado de: DOI:

10.1177/000306518503300305

Buss, A. H. (1961). *The Psychology of Aggression*. Wiley, New

York. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/08-10_2.pdf

Cano Vindel, A. (1989) *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. (Tesis doctoral) Universidad complutense, Madrid. Recuperado de:

[htTSP://www.researchgate.net/publication/257941398_Cognicion_y_Emocion](http://www.researchgate.net/publication/257941398_Cognicion_y_Emocion)

Caparrós, A.T.; Esparcia, A.J.; Faja E. H.; Ruiz, M. A. & Varón, E. R. (2006).

Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales. Barcelona. Psicopatología Editorial UOC.

Recuperado de: [htTSP://es.scribd.com/doc/254485260/Psicopatologia](http://es.scribd.com/doc/254485260/Psicopatologia)

Caparrós Caparrós, B., Villar Hoz, E., Ferrer, J. J., & 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, 781-794. Recuperado de:

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Carrasco Ortiz, M., Sánchez Moral, V., Ciccotelli, H., & del Barrio, V. (2003).

Listado de Síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica.UNED* 2, 149-

161. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.2.2.528>.

Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos.

Psicología y Ciencia Social, 6(1), 49-57. Recuperado de:

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Cattell, R. B. & Kline, P. (1982). El análisis científico de la personalidad y la motivación. Madrid: Pirámide. Recuperado de:

http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/800

Cecílio F.D., Bartholomeu D., Marín R. F. J., Boulhoça Suehiro C. A.

& Fernandes S. F. (2005) Auto concepto y rasgos de personalidad: un estudio correlacional. *Psicología escolar y educacional*. 9, 15-25.

Recuperado

de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=282321815002>

CIE 10. (1992) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas de comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor.

- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media, *Revista Chilena de Pediatría*, 78,2, 153-161.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>
- Cruz Fuentes, C., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L., & Chavez Baldera, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la SCL-90 en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 28, 72-81. Recuperado de:
http://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf
- Cyr, J., Mckenna-Foley, J. & Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: is there one. *Journal of Personality Assessment*, 49, 571-578. Recuperado de:
http://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf
- Czernik, S., Jiménez, S., Morel, M. & Almirón L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A.L., Rodríguez- Pulido, F., & Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL- 90-R en la población

general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93-96. Recuperado de:http://www.psicoter.es/pdf/91_A098_20.pdf

Del Olmo Romero-Nieva F., (2007). Obsesiones y compulsiones.

Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 189, 315-344. Recuperado de:

http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/03_189_07.htm

Derogatis L.R, Lipman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 9, 13-27. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>

Derogatis L.R & Cleary, P (1977a). Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>

Derogatis L.R & Cleary, P (1977b). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 16, 347-356. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>

Derogatis L.R & Cleary, P.A. (1983) Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study of construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>

- Derogatis L. R. (1994). SCL-90-R. *Administration, Scoring and Procedures Manual* (Third Edition). Minneapolis: National Computer Systems.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Derogatis L.R & Savitz, K. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish, *Handbook of psychological assessment in primary care setting*, 297-334.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/08-10_2.pdf
- Donoso, S., & Cancino, V. (2007). Caracterización socioeconómica de los estudiantes de educación superior por tipo de institución. *Consejo superior de Educación, CSE*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006
- Erazo Caicedo I., y Jiménez Ruiz M. (2012). *Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios*. *Revista CES*. 5(1) 65-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=423539529007>
- Eysenck, H., J., & Eysenck, M., W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide. Recuperado de <http://es.scribd.com/document/104355224/PERSONALIDAD-Y-DIFERENCIAS-INDIVIDUALES-EYSENCK-HANS-J-Y-EYSENCK-MICHAEL-W>

- Fernández-Abascal E. G. & Martín Díaz M. D. (1994). Ira y Hostilidad en los trastornos coronarios. *Universidad Complutense*. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/08-10_2.pdf
- Ferrer, A., Cabrero García, J, Ferrer Cascales, R., & Richart Martínez, M. (2001) La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes*. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcb56h4>
- Florenzano, R. (2005). El adolescente y sus conductas de riesgo. *Universidad Católica de Chile*. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Florenzano, R (2006) Salud mental y características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile. *Calidad de la Educación*. 23, 103-114. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., & Escalona, R., (2002) Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40 (1). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000100006&script=sci_arttext
- Fuente A. R. G., & Avendaño B. C. (2008) Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*. 26, (1), 39-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78526104.pdf>

FUNLAM (2011). Departamento de Educación Virtual y a Distancia.

Recuperado de:

Virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre2/Psicopatologia

Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A.,

Rivera, C, González, I., Sepúlveda, R. & Rojas, G. (2006). Diferencias

de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios.

Revista de Psiquiatría Clínica, 43, 22-30. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001

Galli, E., Feijoo, L. & Roig, I. (2002). Aplicación del "MINI" como orientación

diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad

Peruana Cayetano Heredia: Informe preliminar epidemiológico.

Revista Médica Herediana, 13, 19-25. Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000100004

Gempp Fuentealba G. & Avendaño Bravo, G. (2008) Datos Normativos y

Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes

Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100004

Gomberoff, L. (2003). Hacia la construcción final de la personalidad durante

la adolescencia. Algunas configuraciones

psicopatológicas. *Psiquiatría y Salud Mental*. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006

González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis L.R, L.* Adaptación española. Madrid: TEA. Recuperado de:

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Guavita, P. & Sanabria, P (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la Facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina.* 54(2), 76-87. Recuperado

de:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000200003&lng=es&tlng=es

Hafkenscheid, A. (1993). Psychometric evaluation of the symptom checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients.[Evaluación psicométrica de la lista de síntomas (SCL-90) en pacientes psiquiátricos], *Personality and Individual Differences* 14, 751-756. DOI: 10.1016/0191-8869(93)90088-K

Hernández M. M., & Rodríguez C. C. (2007). Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica* 25, 105-112. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001

- Holi, M. (2003). Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. [Evaluación de los síntomas psiquiátricos utilizando el SCL-90.] *University of Helsinki, Department of Psychiatry, Finland*. Recuperado de <http://helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22453/assessme.pdf;sequence=2>
- Hidalgo, E., Cendali, J., Cerutti, M., Cuenca, J. & Kappaun, B. (2004). Estudio de prevalencia de depresión en estudiantes de 5to año de medicina en la Facultad UNNE. *Facultad de Medicina*. Recuperado en <http://www.unne.edu.ar/Web/cvt/com2004/>
- Huaquín, V. & Loaiza, R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la Facultad de medicina de la Universidad Austral de Chile. *Estudios Pedagógicos*, 30, 39-59. Recuperado de http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-07052004000100003&script=sci_arttext
- Kennedy, B., Morris, Ph., Pedley, L. & Schwab, J. (2001). The ability of the symptom checklist SCL- 90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. [La capacidad de la lista de síntomas SCL-90 para diferenciar diversos trastornos de ansiedad y depresivos] *Psychiatric Quarterly*, 72, 277-288. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.2.2.528>.
- Kessler, R.C., McGonagle K.A., Blazer, D.G., & Nelson, C.B. (1993). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista*

Argentina de clínica neuropsiquiátrica, 13, 64-73. Recuperado de
http://www.alcmeon.com.ar/13/50/6_czernik.htm

Lara Muñoz, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M., & Cavazos, J. (2005).
Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de
psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 28(3), 42-50. Recuperado
de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232805>

Lepore, E. & Schleser, D. (2005). *Diagnóstico del desempleo juvenil*. Buenos
Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 176-197.
Recuperado
de: [http://www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/descargas/toe/toe_02_07
_diagnosticoDesempleo.pdf](http://www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/descargas/toe/toe_02_07_diagnosticoDesempleo.pdf)

Martínez Guzmán M. Loreto (2007). *Mirando al Futuro: Desafíos y
Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile*.
Psykhé (Santiago), 16(1), 3-14. [htTSP://dx.doi.org/10.4067/S0718-
22282007000100001](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100001)

Martínez-Azumendi, O., Fernández-Gómez, C. & Beitia- Fernández, M.
(2001). Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra
psiquiátrica ambulatoria. *Actas Españolas de psiquiatría*, 29 (2), 95-
102. Recuperado de:
[http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.p
df](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf)

Marty, M., Lavín G., M., Figueroa M., M., Larraín de la C., D., & Cruz M., C.
(2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de
la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades

infecciosas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(1), 25-32.

[htTSP://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000100004](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000100004)

Mastache, A., Sanchez Negrete, V., Goggi, N., & Barreiro, S. (Septiembre 2010). *Una mirada integral al acompañamiento al estudiante*. Trabajo presentado en el Primer Congreso argentino de sistemas de tutorías. Oberá, Misiones. Recuperado de:

http://www.redapu.com/uploads/misc/P_135_Ponencia_Mastache.pdf

Mastache, A (2011). Los jóvenes estudiantes del siglo XXI: desafíos para la enseñanza. En: Silvia Martínez (comp.) *Democratización de la Universidad. Investigaciones y experiencias sobre el acceso y la permanencia de los /as estudiantes*. Río Negro: EDUCO. Recuperado de:

http://arq.unne.edu.ar/publicaciones/2008_2011/jornadas_2012_libro.pdf

Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. [htTSP://dx.doi.org/10.4067/S0718-](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006)

[48082011000100006](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006)

Mionk, E. M., & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: a pilot study. [Salud mental de los estudiantes: un estudio piloto] *Counselling psychology quarterly*, 12(2), 199-210.

<http://dx.doi.org/10.1080/09515079908254090>

- Mohd, SH. (2003). Prevalencia de trastornos emocionales en estudiantes de una universidad de Malasia. *Asia Pacific Family Medicine*(2), 213-217. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200001>
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. [Una guía para nombrar a los estudios de investigación en Psicología] *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3) 847-862. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>
- Oramas, V. A., Santana, L. S. & Vergara, B. A. (2006) El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7, 34-39. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013) *Salud Mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Ortiz, L., López, S. & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*, 23, 1255-1272. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002>

- Pallavicini, J., Venegas, L. & Romo, O. (1988). Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 25, 23-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200001>
- Perales, A., Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64 (4), 239-246. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v64i4.1424>
- Pincus, H., Rush, A., First, M., & McQueen, L. (2000). *Handbook of psychiatric measures*. [Manual de medida psiquiátrica] American Psychiatric Association. Recuperado de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf
- Plutchik, R (1980) *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. [Emoción: una síntesispsicoevolutiva] Nueva York,Harper&Row. Recuperado de [htTSP://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4690151](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4690151)
- Retamal, P., Florenzano, R., Phillippi, C., Vacarezza, A., Chamorro, X., & Leighton, C. (2006).Evaluación del tratamiento de depresiones severas: un estudio en un centro especializado de referencia. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 6, 18-24. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000300004>
- Rincón, L., & Di Segni, S. (1991) *Problemas del campo de la salud mental*. Argentina: Paidós. Recuperado de

<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Lonormalylopatolgicoenelmarcodeostrastornosdelapersonalidad.htm>

Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM*, 10, 91-175.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>

Robles, J., Andreu, J. & Peña, M. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 1-19.

Recuperado de

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Rojas-Barahona, Cristian A, Zegers P, Beatriz, & Förster M, Carla E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. [htTSP://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009)

Sainsbury, M. J. (1978). *Introducción a la psiquiatría*. Madrid, Morata.

Recuperado de

<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Lonormalylopatolgicoenelmarcodeostrastornosdelapersonalidad.htm>

Sánchez, R.& Ledesma, R. (2009) Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (scl-90-r) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274. Recuperado de

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study.[El Registro de la lista de síntomas 90-R (SCL-90-R): un estudio de validación alemán] *Quality of Life Research*, 9, 185-93.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>

Schmitz, N., Hartkamp, N., Franz, M., Buse, S., Karig, R. & Tress, W. (2002). Properties of the symptom Check List (SCL-90R) in a psychosomatic consultation liaison setting.[Propiedades de la lista de síntomas (SCL-90R) en búsqueda de enlaces de consultas psicósomáticas] *Psychological Reports*, 90, 1201-1207. Recuperado de

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/528/467>

Siemens, G. (2004). *Conectivismo: una Teoría del Aprendizaje para la Era Digital*. Recuperado de:

<http://www.fce.ues.edu.sv/uploads/pdf/siemens-2004-conectivismo.pdf>

Torres, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, Z. & Zumalabe, J. (2000). Un estudio psicométrico de tres dimensiones del cuestionario de salud mental SCL-90 y análisis diferenciales. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*, 21, 42-47. Recuperado de

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/856/racp_xviii_3_pp265_274.pdf

- Torres Muñoz, A. (1990) Características del estudiante universitario. *Educación y desarrollo social*, 1 (4) 267-274. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10654/8173>
- Urquijo, S. (2012). *Informe técnico: Patrones de síntomas psicológicos y prevalencia de psicopatologías en Ingresantes Universitarios*. (CONICET- Informe 553/09). Recuperado del sitio de internet de la UNMDP del Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación: <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/512/0241.pdf?sequence=1>
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536. [htTSP://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007)
- Vicente B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S., (2005). Incidencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV, 506-514. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Vidal, G. & Alarcon, R (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Lonormalylopatolgicoenelmarcodeostrastornosdelapersonalidad.htm>