

# Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios

## Gender Differences in Psychic Distress in University Students

Rosemarie Fritsch<sup>1</sup>, Ximena Escanilla<sup>2</sup>, Victoria Goldsack<sup>2</sup>, Amalia Grinberg<sup>3</sup>, Araceli Navarrete<sup>4</sup>, Alejandra Pérez<sup>5</sup>, Caterine Rivera<sup>6</sup>, Isabel González<sup>1</sup>, Rodrigo Enrique Sepúlveda<sup>1</sup>, Graciela Rojas<sup>1</sup>

1 Hospital Clínico, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile

2 Facultad Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile

3 SEMDA, Universidad de Chile

4 Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

5 Facultad de Ciencias Forestales, Universidad de Chile

6 Facultad de Ciencias Agronómicas, Universidad de Chile

Existen numerosos estudios que muestran que los trastornos mentales comunes son enfermedades frecuentes y discapacitantes. Se ha observado que los estudiantes universitarios constituyen un grupo de riesgo. El objetivo de esta investigación es estudiar la salud mental de estudiantes de la Universidad de Chile y las posibles variables asociadas a malestar psíquico. Se aplicó una encuesta estructurada –que incluía el Cuestionario de Salud de Goldberg, el APGAR familiar de Smilkenstein, y otras variables– a los alumnos de cuatro facultades que eran beneficiarios del Programa de Atención Económica (PAE). Resultados: del total de 1.704 alumnos se obtuvo una tasa de respuesta de 88,8%, correspondiendo a 1.514 estudiantes; 54,4% eran mujeres y 45,6% hombres; la edad promedio fue 21,8 años (IC 21,8-22,1); el ingreso familiar promedio fue 273.151 pesos (IC 263.552-282.749); el tiempo promedio de traslado de la casa a la facultad era de 62,1 minutos (IC 60,6-63,6); el APGAR familiar promedio fue de 7,4 (IC 7,3-7,5) y un 34,8% (IC 32,4-37,3) tenía un puntaje positivo para malestar psíquico. El malestar psíquico se asoció en forma significativa a ser mujer y a tener una disfunción familiar según APGAR familiar. Se comentan los resultados y la importancia de estos trabajos.

**Palabras clave:** malestar psíquico, estudiantes universitarios, salud Mental

### INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han llevado a cabo importantes estudios epidemiológicos que revelan que los trastornos mentales comunes son enfermedades frecuentes y discapacitantes (1-4). En distintos países y culturas se ha logrado determinar en forma categórica que el sexo femenino y la pobreza son factores de riesgo (3-7).

En nuestro país este tipo de investigaciones se ha llevado a cabo en distintos niveles –población general (4-10), atención primaria (11-15) y secundaria de salud (16, 17)–, y poblaciones –adultos (4, 9, 10), tercera edad (18), escolares (19, 20)–.

La población juvenil ha empezado a ser objeto de estudio pues en esta etapa de la vida las con-

ductas de riesgo son una causa importante de muerte (21). Los estudios metodológicamente más rigurosos y representativos que han involucrado población juvenil han estado destinados a medir el consumo de drogas legales e ilegales (22).

La población de estudiantes universitarios ha sido objeto interesante de estudio por varias razones: es una población relativamente homogénea respecto a edad, nivel educacional y socioeconómico, está sometida a niveles importantes de exigencias y porque tradicionalmente los centros universitarios han contado con centros de atención de salud de los estudiantes y, por ende, se ha deseado medir sus necesidades (23-29).

El objetivo de la presente investigación es estudiar la salud mental de estudiantes universitarios de la Universidad de Chile y las posibles variables asociadas a malestar psíquico.

## MÉTODO

En el mes de noviembre del año 2004 se administró una entrevista estructurada autoaplicada a los estudiantes beneficiarios del Programa de Atención Económica de la Universidad de Chile (PAE), de las facultades de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Ciencias Sociales, Ciencias Forestales y Ciencias Agronómicas. La encuesta fue aplicada al total del universo (1.704) en forma anónima y voluntaria, consiguiéndose una tasa de respuesta del 88,8% (1.514 alumnos). Se eligió esta población por contar con más datos de ellos y porque pertenecer a un estrato socioeconómico bajo o ser pobre se asocia a presentar mayor prevalencia de trastornos mentales comunes y, contrariamente, el tener mayor educación se asocia a una menor prevalencia de trastornos mentales comunes (4, 7).

La entrevista incluía un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Salud (GHQ12), el APGAR familiar de Smilkenstein, y preguntas sobre su situación académica y el tiempo de traslado al recinto universitario.

El Cuestionario de Salud (GHQ12) es un instrumento breve que sirve para medir malestar psíquico. Ha sido validado y usado en nuestro país describiéndose una sensibilidad del 78% y un valor predictivo de 55% de trastorno mental, estableciéndose un punto de corte de 5 o más puntos (30).

Con el objeto de explorar la funcionalidad familiar se administró el APGAR familiar. Este instrumento mide adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive (31,32). Ha sido utilizado en diversas culturas y varios estudios chilenos para medir funcionalidad familiar en distintas poblaciones (33-35). Su puntaje fluctúa entre 0 y 10, correspondiendo el 10 a la mejor funcionalidad familiar y 0 a la mayor disfunción: puntajes de 6 o menores son indicadores de disfunción familiar, un puntaje de 2 o menor corresponde a una disfunción severa. De acuerdo a los puntajes es posible clasificar el funcionamiento familiar en *funcional* y *disfuncional*, y este último en *moderado* y *grave*.

De acuerdo a la comuna de residencia de cada alumno se asignó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) correspondiente. El IDH es un indicador del progreso de un país, región o comunidad, es decir, es una forma de medir la calidad de vida. El IDH se basa en tres indicadores: longevidad, medida en función de la esperanza de vida al nacer; nivel educacional, medido en función de una combinación de la tasa de alfabetización de adultos (ponderación, dos tercios) y la tasa bruta de matriculación combinada primaria, secundaria y terciaria (ponderación, un tercio); y nivel de vida, medido por el PIB (ingresos per cápita) real per cápita. Dichos índices se encuentran calculados por comunas (PNUD, Desarrollo Humano en las comunas de Chile 2000). Cabe hacer notar que en éstos no debía haber grandes diferencias ya que los jóvenes que participaron del estudio eran beneficiarios del PAE.

Se confeccionó la base de datos en el programa estadístico SPSS 11.0 y los análisis estadísticos posteriores se realizaron mediante el programa

STATA 8.0. Se realizaron cálculos descriptivos de las variables como promedios y porcentajes según el tipo de variable para la muestra total y para los grupos con y sin malestar psíquico según el GHQ12, con sus respectivos intervalos de confianza, que fueron fijados en 95%. Con el objeto de comparar estos grupos se realizaron pruebas de asociación (chi2 y prueba de student para muestras independientes).

Posteriormente se calcularon las razones de disparidad crudas y ajustadas. Para este objeto las variables continuas fueron categorizadas según sus cuartiles. El nivel de significación fue fijado en 95%.

## RESULTADOS

### *Características sociodemográficas*

La muestra estuvo constituida por 1.514 estudiantes, 54,4% mujeres y 45,6% hombres, con una edad promedio de 21,9 años (IC 95%; 21,8-22,1) y un ingreso familiar promedio de 273.151 pesos (IC 95%; 263.552-282.749). Pertenecían a grupos familiares formados en promedio por 4,1 personas (IC 95%; 4,0-4,2). La mayoría de los estudiantes eran solteros y no tenían hijos al momento de la entrevista (ver Tabla 1).

**Tabla 1**  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

<i>Variabes</i>	<i>Categorías</i>	<i>% (I.C. 95%)</i>
Sexo	Femenino	54.4 (51.8-56.9)
	Masculino	45.6 (43.0-48.2)
Estado Civil	Soltero/a	95.6 (94.5-96.6)
	Conviviente	1.7 (1.1-2.5)
	Casado	2.4 (1.7-3.3)
	separado	0.07 (0.002-0.37)
	viudo	0.2 (0.04-0.6)
GHQ 12 Positivo		34.8 (32.4-37.3)
Hijos	Sí	8.3 (7.0-9.8)
	No	91.7 (90.1-93.0)
Atraso Académico	Sí	62.0 (59.4-64.4)
	No	35.6 (33.2-38.1)

### *Tiempo de traslado*

Los estudiantes informaron en promedio un tiempo de traslado de 62,1 minutos (IC 95%; 60,6-63,6) desde su lugar de residencia a la universidad.

### *Evolucion académica*

Un 62,0% (IC 95%; 59,4-64,4) de los estudiantes entrevistados reconocía algún tipo de atraso académico.

### *Malestar psíquico y funcionamiento familiar*

La muestra obtuvo un puntaje promedio en el GHQ12 de 3,9 puntos (IC 95% 3,7-4,0) y de 7,4 en el APGAR familiar (IC 95% 7,3-7,5). El 34,8% (32,4-37,3) tenía un puntaje positivo para malestar psíquico.

### *Posibles factores de riesgo para la salud mental*

Al estudiar la asociación entre un puntaje en el GHQ12 sugerente de presencia de patología psiquiátrica (5 o más puntos) y las variables sociodemográficas sexo, edad, estado civil, ingreso familiar promedio, número de personas integrantes del grupo familiar, tenencia de hijos, encontramos que el sexo femenino y una mayor edad tienen una asociación estadísticamente significativa (Chi2=25,0 - p=0,000 y Chi2=-3,02 - p=0,003 respectivamente) con la presencia de malestar psíquico y al estudiar la asociación entre un puntaje positivo en el GHQ12 y las otras variables-tiempo de traslado al recinto universitario, funcionamiento familiar, nivel socioeconómico de la comuna de residencia y atraso académico, encontramos que un puntaje en el APGAR familiar sugerente de disfunción familiar y el atraso académico tienen una asociación estadísticamente significativa (Chi2=6,68 - p=0,000 y Chi2=13,15 - p=0,001) con la presencia de malestar psíquico (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

MALESTAR PSÍQUICO Y SU ASOCIACIÓN CON LAS VARIABLES ESTUDIADAS (continuas)

<i>Variables Continuas</i>	<i>Promedios (I.C. 95%)</i>	<i>GHQ-12 (+)</i>	<i>GHQ-12(-)</i>	
Edad	21.9 (21.8-22.1)	22.3 (22.0-22.5)	21.8 (21.6-22.0)	-3.02 (0.003)
IDH	0.77 (0.77-0.77)	0.77 (0.76-0.77)	0.77 (0.76-0.77)	-0.66 (n.s.)
Tiempo de traslado	62.1 (60.6-63.6)	63.4 (60.8-66.0)	61.4 (59.5-63.2)	-1.23 (n.s.)
Ingresos familiares	273.151 (263.552-282.749)	265.391 (248.220- 282.563)	277.298 (265.560-289.036)	1.14 (n.s.)
Personas en el grupo familiar	4.1 (4.0-4.2)	4.1 (4.0-4.2)	4.1 (4.01-4.2)	0.18 (n.s.)
GHQ 12	3.9 (3.7-4.0)			
APGAR Familiar	7.4 (7.3-7.5)	7.0 (6.7-7.2)	7.7 (7.6-7.8)	6.68 (0.0000)

MALESTAR PSÍQUICO Y SU ASOCIACIÓN CON LAS VARIABLES (discretas)

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>% (I.C. 95%)</i>	<i>GHQ-12 (+)</i>	<i>GHQ-12(-)</i>	
Sexo	femenino	54.4 (51.8-56.9)	40.3 (36.9-43.8)	59.7 (56.2-63.1)	25.0241 (0.0000)
	masculino	45.6 (43.0-48.2)	27.9 (24.6-31.5)	72.1 (68.5-75.4)	
Estado Civil	Soltero/a	95.6 (94.5-96.6)	33.3 (30.4-36.4)	62.3 (58.4-66.5)	2.04 (n.s.)
	Conviviente	1.7 (1.1-2.5)	0.5 (0.2-1.1)	1.1 (0.7-1.8)	
	Casado	2.4 (1.7-3.3)	0.9 (0.5-1.6)	1.5 (0.9-2.2)	
	separado	0.07 (0.002-0.37)	0 (0-0.2)*	0.1 (0.0-0.4)	
	viudo	0.2 (0.04-0.6)	0 (0-0.2)*	0.2 (0.0-0.6)	
GHQ 12 Positivo		34.8 (32.4-37.3)			
Hijos	Sí	8.3 (7.0-9.8)	40.3 (31.6-49.5)	59.7 (50.5-68.4)	3.8014 (n.s.)
	No	91.7 (90.1-93.0)	34.1(31.6-36.7)	65.9 (63.3-68.4)	
Atraso Aca-démico	Sí	62.0 (59.4-64.4)	38.3 (35.1-41.5)	61.7 (58.5-64.8)	13.1452 (0.001)
	No	35.6 (33.2-38.1)	29.0 (25.1-33.0)	71.0 (66.9-74.9)	

(\*) una cola, intervalo de confianza 97,5%

Al realizar un análisis de regresión logística para determinar las variables que independientemente tienen una asociación estadísticamente significativa con malestar psíquico, encontramos que sólo el sexo femenino y un ÁPGAR familiar sugerente de disfuncionalidad presentan esta condición. Las estudiantes de sexo femenino tienen 1,8 veces más posibilidades de presentar malestar psíquico que los estudiantes hombres (OR= 1,8; IC 95% (1,3-2,3 - p=0,000), los/as estudiantes que presentan una disfunción familiar moderada tienen 1,7 (OR=1,7; IC 1,2-2,4; p=0,001) veces y los con disfunción familiar severa 2,0 (OR=2,0;

IC 1,1-3,7; p=0,027) veces mayor probabilidad de presentar malestar psíquico que los estudiantes sin disfunción familiar (ver Tabla 3).

**DISCUSIÓN**

Entre las fortalezas de este estudio se encuentran el que la magnitud de la muestra es importante, que hubo una buena tasa de respuesta y que el instrumento es conocido. Por otro lado, entre las debilidades: se trata de una submuestra, por lo que los resultados no pueden ser generalizables a todos los estudiantes; se trata de un estudio

**Tabla 3**  
RAZONES DE DISPARIDAD CRUDAS Y AJUSTADAS (regresión log)

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>O.R. Crudo</i>	<i>P</i>	<i>O.R. Ajustado</i>	<i>P</i>
Sexo	masculino	1		1	
	femenino	1.7 (1.4-2.2)	0.000	1.8 (1.3-2.3)	0.000
Estado Civil	Soltero/a	1		1	
	Conviviente	0.9 (0.4-2.0)	n.s.	0.9 (0.3-2.6)	n.s.
	Casado	1.2 (0.6-2.3)	n.s.	0.7 (0.2-1.8)	n.s.
	separado	Casos insuficientes		Casos insuficientes	
	viudo	Casos insuficientes		Casos insuficientes	
Hijos	No	1		1	
	Sí	1.3 (0.9-1.9)	n.s.	1.2 (0.7-2.2)	n.s.
Atraso Académico	No	1		1	
	Sí	1.5 (1.2-1.9)	0.000	1.2 (0.9-1.6)	n.s.
Dificultad para pagar el arancel	No	1		1	
	Sí	1.2 (0.9-1.5)	n.s.	1.1 (0.8-1.5)	n.s.
IDH Comuna de residencia	Cuartil menor	1		1	
	2º Cuartil	0.9 (0.7-1.2)	n.s.	0.9 (0.6-1.4)	n.s.
	3º Cuartil	1.1 (0.8-1.5)	n.s.	1.1 (0.8-1.7)	n.s.
	Cuartil mayor	1.0 (0.7-1.3)	n.s.	0.9 (0.6-1.4)	n.s.
Tiempo de Traslado	Cuartil menor	1		1	
	2º Cuartil	1.0 (0.7-1.4)	n.s.	1.0 (0.6-1.6)	n.s.
	3º Cuartil	1.1 (0.8-1.4)	n.s.	1.0 (0.7-1.5)	n.s.
	Cuartil mayor	1.3 (0.9-1.7)	n.s.	1.3 (0.8-1.9)	n.s.
Ingresos Familiares	Cuartil mayor	1		1	
	3º Cuartil	1.2 (0.9-1.8)	n.s.	1.2 (0.8-1.8)	n.s.
	2º Cuartil	1.3 (0.9-1.9)	n.s.	1.2 (0.8-1.8)	n.s.
	Cuartil menor	1.3 (0.9-1.9)	n.s.	1.2 (0.8-1.9)	n.s.
Edad	Cuartil menor	1		1	
	2º Cuartil	1.4 (1.0-2.0)	0.028	1.2 (0.8-1.8)	n.s.
	3º Cuartil	1.6 (1.1-2.3)	0.006	1.2 (0.8-1.9)	n.s.
	Cuartil mayor	1.8 (1.3-2.6)	0.000	1.4 (0.9-2.2)	n.s.
APGAR familiar	Sin Disfunción	1		1	
	Disfunción moderada	1.9 (1.4-2.4)	0.000	1.7 (1.2-2.4)	0.001
	Disfunción severa	2.6 (1.6-4.0)	0.000	2.0 (1.1-3.7)	0.027

transversal por lo que no se puede concluir la existencia de factores de riesgo sino sobre los factores asociados que podrían corresponder a factores de riesgo; y los instrumentos aplicados son diversos en los distintos estudios de estudiantes universitarios por lo que no es posible comparar los resultados con otros estudios.

Respecto de los resultados, nos parece importante señalar que la muestra era bastante homogénea en cuanto a edad, con una distribución por sexo algo mayor para las mujeres. También en los ingresos familiares eran bastante semejantes, lo que se ve reflejado en un rango relativamente estrecho de los límites de confianza del pro-

medio. Gaviria y *col.* estudiaron la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la ciudad de Medellín –Colombia– y encontraron una frecuencia de 30,3%, una frecuencia mayor en las mujeres y en los estudiantes con familias disfuncionales (36). Nuestros resultados son concordantes con los de otros estudios respecto al mayor riesgo del sexo femenino y que la relación familiar influiría en el estado de salud mental en los estudiantes universitarios. No se preguntó específicamente por año o semestre en curso, pero tampoco la edad fue un factor que se asociara significativamente a malestar psíquico, a diferencia de otros estudios en que se ha observado una asociación inversa entre existencia de trastorno y año en curso, aunque no es absolutamente homologable la edad con año académico en curso. La prevalencia de malestar psíquico dada por el 34,8% resulta menor que la reportada en otros estudios realizados en estudiantes universitarios; recalamos nuevamente que los resultados no son comparables por el uso de diversos instrumentos y metodologías, así como en poblaciones tampoco comparables hay más estudios en estudiantes de medicina (23-26). Sin embargo, al igual que en esos estudios encontramos un probable mayor riesgo de presentar trastornos psíquicos reflejado en un alto porcentaje de malestar psíquico.

El mayor riesgo de la mujer, a pesar de ser concordante con estudios similares y de la población general, es interesante ya que al tratarse de una población con similar nivel educacional la gran mayoría sin hijos y sin pareja podría indicar una menor resiliencia, aunque esto es difícil de afirmar ya que existen factores sociológicos que pueden tener que ver con el rol femenino, la crianza, la forma de expresar o no expresar la rabia, por ejemplo, etc. No se estudiaron los trastornos por uso de sustancias en los cuales se observa mayor riesgo para el sexo masculino.

Vicente y *col.* en estudiantes de la Universidad de Concepción encontraron diferencias en las prevalencias de las distintas facultades, por lo que resultaría interesante ampliar este estudio

considerando otras facultades, como carreras del área de la salud, específicamente medicina, ya que diversos estudios destacan la alta presencia de psicopatología en estos últimos. También estudiar otras variables como curso de la carrera, si existe alejamiento del hogar al ingresar a la Universidad, rendimiento u otros factores.

Respecto de la disfuncionalidad familiar, resulta interesante preguntarse en esta población seleccionada intencionalmente –los que reciben ayuda económica– si el logro de acceder a un alto nivel educacional para ese hijo o hija en particular, de menores recursos económicos (lo que hablaría de resiliencia en cuanto a su desarrollo personal en comparación a otros jóvenes en similar situación) tendría un costo. No sabemos si influye la mayor educación en la existencia de disfunción, y ésta a su vez en la salud mental del joven o si el malestar psíquico del joven causa o influye en la existencia de esta disfunción o ambas cosas. Por los resultados de otros estudios en relación a la funcionalidad de la familia, tendemos a pensar que primariamente existía una disfunción familiar, aunque con el actual estudio no lo podemos aseverar. Por otro lado, en esta etapa es cuando el joven pasa a ser independiente en su quehacer académico, ya no hay reuniones de apoderados, ni ningún control o comunicación entre padres e hijos respecto de los estudios, ni presión externa que requiera de este control de los padres como lo son los establecimientos educacionales básicos y medios. Resultaría interesante, además, tener una población más representativa de toda la universidad ya que estos resultados podrían ser similares en otros estratos socioeconómicos, puesto que en países desarrollados también han detectado mayor riesgo especialmente en jóvenes que cursan los primeros años de universidad

Nos parece muy importante que existan estudios sobre la salud mental de los alumnos universitarios en países como el nuestro –en vías de desarrollo– ya que es una población a la cual se pueden dirigir intervenciones más específicas de prevención primaria y secundaria, pues conocer

sus factores de riesgo y presencia de enfermedad es relevante para su educación integral como individuos y como futuros profesionales; y a que existen estudios que muestran que sería un grupo de mayor riesgo que la población general. Quedan varias interrogantes que orientan a futuras investigaciones que favorezcan realizar intervenciones mejor dirigidas y racionales de salud mental.

## SUMMARY

*Numerous studies have shown that common mental disorders are frequent and disabling illnesses. It has been found that university students represent a risk group. The objective of this investigation was to study the mental status of students from the University of Chile and variables that were associated to mental distress. A structured survey—including the Goldberg Health Questionnaire, the Smilkenstein family APGAR and other variables—was applied to students from four faculties of the University of Chile, who were registered to the financial help program. Results: from a total of 1704 students, there was an 88,8% response rate (1514); 54,4% were women and 45,6% men; average age was 21,8 years old (CI 21,8-22,1); average family income was 273.151 pesos (CI 263.552-282.749); average time to get to the faculty was 62,1 minutes (CI 60,6-63,6); average family APGAR was 7,4 (IC 7,3-7,5) and 34,8% (IC 32,4-37,3) scored positive for mental distress on the GHQ12. Mental distress was significantly associated with being female and with having a dysfunctional family according family APGAR. Results are commented as well as the importance of these studies.*

**Key words:** mental distress, university students, mental health

## REFERENCIAS

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E y col. Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 524-9
2. World Bank. Development Report: Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993
3. Ustun B. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health* 1999; 89: 1315-8
4. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 228-33
5. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 727-35
6. Chen C, Wong J, Lee N y col. The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 125-33
7. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P y col. The National Psychiatry Morbidity Surveys of Great Britain: initial findings from the household survey. *Psychological Medicine* 1997; 27: 775-90
8. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría* 1992; 9(1): 1050-60
9. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Madariaga C, Vielma M, Muñoz M, Reyes L, Tomé M. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más de la provincia de Iquique. *Rev Psiquiatría* 1998; 15(2): 59-69
10. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de epidemiología psiquiátrica (ECEP). *Rev Medica Chile* 2002; 130: 527-36
11. Uribe M, Vicente B, Saldivia S, Retamales J, Rioseco P, Boggiano G. Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano. *Rev Psiquiatría* 1992; 9(1): 1018-27

12. Araya R. Psychiatry morbidity in primary health care in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 530-3
13. Florenzano R. Frecuencia y características de los trastornos emocionales que consultan en el nivel primario de atención en salud en Santiago de Chile. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1997; 43(4): 283-91
14. Fullerton C, Florenzano R, Acuña J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chile* 2000; 128: 729-34
15. Araya R, Lewis GH, Rojas G, Mann AH. "Patient knows best": detection of common mental disorders in Santiago, Chile. Cross sectional study. *BMJ* 2001; 322: 79-81
16. Silva H, Carvajal C. Depresión unipolar: aspectos demográficos y epidemiológicos en un grupo de pacientes hospitalizados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1986; 24: 169-74
17. Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41(2): 103-9
18. Rojas G, Camposano S, Corail J, Lolas F. Trastornos psiquiátricos en senescentes en la atención primaria. Un estudio preliminar. *Rev Psiquiatría* 1993; 2: 24-6
19. Toledo V, De la Barra F, López C, George M, Rodríguez J. Diagnósticos Psiquiátricos en una Cohorte de Escolares de Primer Año de Enseñanza Básica del Área Occidente de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1997; 17-24
20. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente: II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40(4): 347-60
21. Kashani J, Preismeyer M. Difference in depressive symptoms and depression among college students. *Am J Psychiatry* 1983; 140(8): 1081-2
22. CONACE. Cuarto estudio nacional de consumo de drogas en Chile, informe ejecutivo, Septiembre-Diciembre 2000
23. Miranda CA, Gutiérrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de Depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXIX/V3 2000; 251-60
24. Galli E, Feijóo L, Roig I, Romero S. Aplicación del MINI como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered* 2001; 13: 19-25
25. Hahn MS, Ferraz MPT. Características da clientela de un programa de saúde mental para estudantes universitários brasileiros. *Revista ABP-APAL* 1998; 20(2): 45-53
26. Rioseco P, Saldivia S, Vicente B, Vielma M, Jerez M. Nivel de la salud mental de los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría* 1996; XIII(3): 158-65
27. Sogi C, Perales A. Uso/Abuso del alcohol en estudiantes de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. ISSN 2001; 62(1): 1025-5583
28. Florenzano R, Cajewsky C, Sepúlveda A, Lavados M. Síntomas psicológicos en estudiantes de medicina. Análisis de algunas causas. *Rev Med Chile* 1981; 109: 977-82
29. Pallavicini J, Venegas L, Romo O. Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. 23-9
30. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27(4): 168-73
31. Smilkstein G, The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9
32. Goode MD, Smilkstein G, Goode BJ et al. The family APGAR Indices: A study of construct validity. *J Family Practice* 1979; 8: 577-82
33. Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo,

en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Rev Méd Chile 2002; 130(5): 561-8

34. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25: 26-8

35. Gaviria S, Rodríguez MA, Álvarez T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de Medicina de Medellín, Colombia, 2000. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 41-6

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Fundada en 1962

Año XLIII, N° 1, Año 2006

ISSN 0716-7122

Clínica Psiquiátrica Universitaria

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**DIRECCIÓN POSTAL:**

Rosemarie Fritsch  
Clínica Psiquiátrica Universitaria  
Av. La Paz 1003  
Recoleta, Santiago