



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Prevalencia del Malestar Psicológico en Estudiantes de la Facultad de

Medicina de la Universidad de Chile

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autor : Lic. Ps. Mateo Zamorano F.
Profesora Patrocinante : Mg. Ps. Leonor Villacura A.
Profesora Guía : Mg. Ps. Leonor Villacura A.
Profesor Guía Metodológico : Prof. Ilse López B.
: Ps. Fabiola Sánchez

2017

AGRADECIMIENTOS

A Leonor Villacura, mi profesora patrocinante y guía en la construcción de esta investigación. Por su paciencia y disponibilidad, y por estar conmigo en cada paso para ayudarme a sobrepasar las dificultades que, por cierto, fueron numerosas. La investigación no habría sido posible sin ella, y mi titulación tampoco.

A mi familia, en especial a mi madre, Evelyn, quien me sostuvo y alentó, incluso cuando yo daba todo por perdido. Gracias por creer en mí y por brindarme lo que necesitaba y más para lograrlo. A mi hermano, Simón, por ser una inspiración y un gran amigo. Admirar tu fortaleza me ayudó a superar las dificultades. A mi prima, Paloma, por ser mi gurú en las vicisitudes de la vida, y por siempre tener sus puertas abiertas para sus primos en aprietos.

Finalmente, doy gracias a la vida por haberme permitido compartir esta experiencia con Gonzalo. Él fue mi roca. Le doy gracias por estar conmigo para consolarme en los días grises, y para festejar en los días soleados. Por su generosidad y dulzura, por sacarme de la cotidianidad y enseñarme tanto.

RESUMEN

Los estudiantes universitarios suelen verse enfrentados a desafíos de diversa índole. Debido al estrés de esta etapa de la vida, muchos estudiantes se ven afectados por estrés y otros síntomas psicológicos. En particular, los estudiantes de ciencias de la salud corresponden a un grupo vulnerable, comparado con sus pares de otras áreas de estudio. La presente investigación tiene el objetivo de dar a conocer la prevalencia del malestar psicológico en una muestra de $n = 1039$ estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se utilizó el Inventario de Sintomatología (*Symptom Checklist [SCL-90-R]*), desarrollado por Derogatis (1975, 1994). Se encontró una prevalencia de malestar psicológico general de 21,17%. Las dimensiones sintomáticas con mayor prevalencia fueron las de Obsesiones (34,8%), Depresión (32,9%) y Sensibilidad Interpersonal (27,1%). La prevalencia en las estudiantes mujeres fue 22,93%, significativamente mayor a la de los hombres, 15,9%. También se encontraron diferencias en prevalencia y puntajes promedio según grupo etario y carrera de pertenencia. Los estudiantes de la muestra presentaron mayores puntajes promedio que las muestras de la Santiago y Antofagasta de Gempp y Avendaño (2008). Los estudiantes que asisten a la Unidad de Psicología presentaron mayores puntajes promedio que la muestra.

Palabras Clave: malestar psicológico, distress, estudiantes universitarios, ciencias de la salud, SCL-90-R.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
III. HIPÓTESIS.....	11
IV. OBJETIVOS	12
V. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	13
5.1.- Concepto de normalidad y anormalidad psiquiátrica.....	13
5.1.1.- Definición y concepciones generales.....	13
5.1.2.- Relatividad de la norma y la libertad como criterio de normalidad.....	15
5.1.3.- Consideraciones para la presente investigación.....	18
5.2.- El Symptom Checklist [SCL-90-R].....	20
5.2.1. Concepto de malestar psicológico y descripción del instrumento	20
5.2.2.- Adaptación y uso del SCL-90-R en Chile.....	23
5.3.- Prevalencia de malestar psicológico	25
5.3.1.- Prevalencia a nivel internacional	25
5.3.2.- Estudios realizados con SCL-90-R	28
VI. MÉTODO	31
6.1.- Variables en estudio	31
6.2.- Enfoque y diseño de la investigación.....	32
6.3.- Grupo en estudio	33
6.4.- Instrumento.....	33
6.5.- Procedimiento y análisis de información	33
6.6.- Resguardos éticos.....	34
VII. RESULTADOS.....	35
7.1.- Análisis descriptivo de la muestra	35
7.2.- Análisis de prevalencia según frecuencia	36
7.3.- Análisis comparativo según variables socio-demográficas	39
7.4.- Comparación con otros estudios	44
VIII. DISCUSIÓN	47
REFERENCIAS	51

ANEXOS	57
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	57
2. CARTA INFORMATIVA	59
3. INSTRUMENTO UTILIZADO	60

I. INTRODUCCIÓN

El paso por la universidad suele ser un período en que los jóvenes se enfrentan a nuevos desafíos de distinto ámbito, y se caracteriza por ser una etapa en que las preocupaciones de la vida diaria, familiares, de pareja, etc. se mezclan con las exigencias académicas, lo que suele ser un factor de estrés (Alvial, Bonifetti, Cova, Hernández & Rodríguez, 2007). Esto ha despertado un interés sobre la salud mental de los estudiantes de diversos investigadores a nivel mundial, resultando en una gran cantidad de investigaciones.

Se ha evidenciado que muchas veces estos sujetos presentan problemas durante esta etapa, llegando a desarrollar sintomatología y/o trastornos psicológicos (Alvial, Aro, Bonifetti, Cova, Hernández y Rodríguez, 2007; Galli, Feijóo, Roig, & Romero, 2001; Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Hyun, Quinn, Madon y Lustig, 2006; Irrarázabal, Villacura, y López, 2012; Prince, 2015). Y en particular, en las carreras de ciencias médicas, la alta exigencia académica y otros factores, contribuyen al estrés de los estudiantes (Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón y Monge, 2001; Greig y Fuentes, 2009; Perales, Sogi y Morales, 2003), lo que se ha visto relacionado con el síndrome de *burnout* (Greig y Fuentes, 2009), el consumo o abuso de sustancias, y las conductas disociales o violentas (Perales et al, 2003).

En la presente investigación se buscará medir el malestar psicológico utilizando el Inventario de Sintomatología (*Symptom Checklist [SCL-90-R]*) (Derogatis, 1975, 1994), con el fin de conocer su prevalencia en los estudiantes de ciencias médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y establecer comparaciones entre sub grupos, así como entre los resultados y los de investigaciones similares.

La importancia de realizar un estudio sobre el malestar psicológico de la población estudiantil de la Facultad de Medicina es que aportará información valiosa sobre las características de ésta, así como sobre las diferencias entre sub-grupos. Los resultados que se obtengan pueden ser un valioso aporte para las políticas de salud mental que actualmente tiene la Facultad de Medicina, ya que brindará evidencia que podría resultar útil para establecer planes de acción que prioricen a los grupos de estudiantes más vulnerables y contribuyan a mejorar la calidad de vida y la salud mental de los mismos.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo-comparativo y transversal-transeccional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Esto significa que se hizo una medición de las variables en un momento único, y se busca describir la prevalencia del malestar psicológico en la muestra, así como establecer comparaciones entre las carreras, según género y edad; y también con las prevalencias encontradas en estudios similares.

La población en estudio son los estudiantes de ciencias de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se incluyen estudiantes de todas las carreras impartidas en la facultad y de los diferentes años de cada carrera, con el fin de investigar las posibles diferencias entre carreras, así como entre los distintos niveles de estudio. Adicionalmente, se establecen comparaciones entre la muestra de estudiantes y sus pares que asisten a la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad.

El instrumento a utilizado fue el Inventario de Sintomatología (*Symptom Checklist [SCL-90-R]*), en su versión revisada, desarrollado por Derogatis (1975, 1994), que mide el malestar psicológico (del inglés *distress*) a través de nueve sub-escalas y tres escalas de malestar global. Se usó la versión adaptada por Gempp y Avendaño (2008) para su uso en Chile en población universitaria, así como las normas provistas por dicho equipo para el análisis de los resultados. La participación en el estudio fue de carácter voluntario. La administración fue en línea, previa firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos.

Con el fin de agilizar la recolección de datos, se utilizó la misma muestra tanto para esta investigación como para una investigación paralela que busca medir la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en la misma población. La administración del SCL-90-R se hará junto con la de los instrumentos seleccionados para dicho estudio, pero el análisis de los datos se hará por separado y los resultados de ambas investigaciones se presentarán de forma independiente. Ambos estudios están enmarcados en el proyecto *Salud Mental de Estudiantes Universitarios*, que es un esfuerzo conjunto de distintos equipos de investigación a nivel internacional, que realizan estudios similares en Alemania, Grecia, China, Rusia y EE. UU.

II. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La universidad es un ambiente cuya esencia es el desarrollo de las ciencias, así como la formación académica y profesional de sus estudiantes. Pero también se espera que los estudiantes formen grupos sociales, participen de actividades extracurriculares, pulen sus habilidades para relacionarse, establezcan alianzas con futuros colegas, etc. Por lo tanto, se trata de una instancia en la que se mezclan diferentes tipos de exigencias y expectativas. Además, al estar sus estudiantes (en su mayoría) iniciando la adultez temprana, suele acompañarse de otras fuentes de preocupaciones, como el trabajo, las relaciones de pareja y familiares, etc. (Alvial, Bonifetti, Cova, Hernández & Rodríguez, 2007) En suma, el pasar por la universidad puede ser una etapa compleja para los estudiantes.

En diversos estudios de prevalencia a nivel nacional e internacional se ha evidenciado que muchos estudiantes universitarios tienen problemas para sobrellevar la complejidad de esta etapa, llegando a desarrollar sintomatología y/o trastornos psicológicos (Alvial, Aro, Bonifetti, Cova, Hernández y Rodríguez, 2007; Galli, Feijóo, Roig, & Romero, 2001; Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Hyun, Quinn, Madon y Lustig, 2006; Irrarázabal, Villacura, y López, 2012; Prince, 2015).

Se ha encontrado también, en investigaciones con estudiantes de ciencias médicas, que existen factores específicos que aumentan el estrés de los estudiantes, e influyen en el desarrollo de síntomas psiquiátricos, como la sobrecarga académica, la insuficiencia de tiempo, la preocupación por el desempeño y la presión de docentes, especialmente en periodos de evaluación (Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón y Monge, 2001; Greig y Fuentes, 2009; Perales, Sogi y Morales, 2003). De acuerdo con Román, Ortíz y Hernández (2008), las ciencias médicas se caracterizan por ser una disciplina en la que los estudiantes presentan altos niveles de estrés. Ellos estudiaron la presencia de estrés en estudiantes de medicina en Cuba, así como sus consecuencias fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales, encontraron una prevalencia de 80% de estrés moderado. A su vez, encontraron una correlación negativa entre el nivel de estrés y los resultados académicos de los participantes. Junto con las consecuencias para el desarrollo académico, el estrés se ha relacionado con el síndrome de *burnout* (Greig y

Fuentes, 2009), así como al abuso de sustancias y conductas disociales o violentas (Perales et al, 2003).

En un estudio reciente (Irrarrázabal et al, 2012) se investigaron las prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina de la Universidad de Chile con el Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] (Beck, Steer y Brown, 1996) y el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] (Beck, A., y Steer, R, 1993). Entre los resultados se pudo ver una prevalencia de 35,4% de sintomatología depresiva (moderada y severa), y de 30,3% de sintomatología ansiosa (moderada y severa). Además, se encontró que los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile presentaban una prevalencia significativamente mayor que los de la Pontificia Universidad Católica de Chile y sus pares de la Universidad de Concepción.

Estos datos llaman la atención sobre tres asuntos: en primer lugar, sobre el hecho de que se estudió la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, pero no la de otros tipos de sintomatología en la población estudiada, lo que señala la falta de investigaciones al respecto; en segundo lugar, sobre la diferencia aparente entre la población de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y sus pares de otras universidades del país; y finalmente, despierta interés acerca de las políticas de la Universidad de Chile para hacer frente a esta situación.

Existe en la Facultad de Medicina una Unidad de Psicología, que funciona bajo la administración de la Dirección de Asuntos Estudiantiles, y fue implementada en el marco del proyecto *Universidad Saludable* en 2005. Dicha unidad tiene la función de promover la salud mental y la calidad de vida universitaria, así como ofrecer orientación y tratamiento psicológico a los estudiantes más vulnerables (Villacura et al, 2014). A su vez, en la Unidad de Psicología se compilan los datos de los estudiantes consultantes con fines de investigación. De acuerdo con los datos obtenidos en 2014 (Villacura et al, 2014) la población consultante ha ido en aumento cada año desde el 2010. Si bien, la Unidad cuenta con datos para establecer la prevalencia de distintos tipos de sintomatología (de acuerdo a los instrumentos psicométricos administrados a los consultantes), éstos no han sido publicados en el marco de una investigación científica.

En base a lo anterior se formularon las siguientes preguntas de investigación:
¿Cuál es la prevalencia de malestar psicológico en estudiantes universitarios de la

Facultad de Medicina de la Universidad de Chile? ¿Cuál es la sintomatología que más prevalece en estos sujetos? ¿Existen diferencias en el nivel del malestar psicológico según género? ¿Existen diferencias entre la muestra y sus pares que consultan en la Unidad de Psicología? ¿Se condicen los resultados de esta investigación con los de investigaciones similares en otras poblaciones de estudiantes universitarios? A través de la presente investigación se intentará responder a estas preguntas, para brindar datos que sean relevantes para el quehacer científico, así como insumos para argumentar a favor de la implementación de más y mejores recursos de salud mental para los estudiantes de esta y otras facultades.

III. HIPÓTESIS

De acuerdo con las investigaciones recién señaladas, en torno al estrés como predictor de sintomatología psiquiátrica, al alto nivel de estrés soportado por los estudiantes universitarios en general, y en específico en las ciencias médicas, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis I

Existirán diferencias en prevalencia y en los puntajes promedio en la muestra, según sexo, edad y carrera de pertenencia.

Hipótesis II

Las estudiantes de sexo femenino tendrán mayor prevalencia y puntajes promedio que sus pares de sexo masculino.

Hipótesis III

Los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile tendrán mayor prevalencia y mayores puntajes promedio en las escalas del SCL-90-R que las muestras de otros estudios.

Hipótesis IV

Los estudiantes consultantes de la Unidad de Psicología tendrán mayores puntajes promedio que la muestra de estudiantes de la Facultad.

IV. OBJETIVOS

4.1.- Objetivo General del Estudio

Evaluar la presencia de malestar psicológico, utilizando el SCL-90-R, en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que asistieran a clases lectivas durante el período académico 2016-2017.

4.2.- Objetivos Específicos del Estudio

4.2.1.- Conocer la prevalencia de malestar psicológico en general a través de los índices globales del SCL-90-R en la muestra.

4.2.2.- Comparar la prevalencia y los puntajes promedio en los índices globales y las escalas sintomáticas del SCL-90-R, de los distintos sub-grupos, de acuerdo a sexo, edad y carrera de pertenencia.

4.2.3.- Comparar los puntajes promedio de la muestra con los obtenidos en investigaciones similares.

4.2.4.- Comparar los puntajes promedio de la muestra con los puntajes de la población consultante de la Unidad de Psicología.

V. ANTECEDENTES TEÓRICOS

5.1.- Concepto de normalidad y anormalidad psiquiátrica

5.1.1.- Definición y concepciones generales

El concepto de normalidad en psiquiatría y psicología ha sido siempre un gran tema de reflexión y debate, debido a las diferentes posturas que se pueden tomar respecto a él, y también a las implicancias prácticas que conlleva, tanto para la práctica psiquiátrica como para la teorización en psicopatología.

Etimológicamente, normalidad proviene de norma, del griego *gnomon*, que hace referencia al *puntero del reloj de sol*, y por tanto, se asocia a una medida hecha por el hombre, que se basa en la naturaleza (Dörr, 1995). A su vez, significa familiar o conocido, en términos de frecuencia, y por otro lado, noble, en cuanto a excelencia (Delgado, 1966, citado en Murillo, 2003).

En términos generales, la norma puede ser entendida de dos maneras: la primera es la norma estadística, cuantitativa, descriptiva o modal, que establece la normalidad de acuerdo con un criterio estadístico, entendiendo lo normal como aquello que se observa con más frecuencia. Esta concepción supone la existencia de una distribución según la curva de Gauss de los fenómenos, y sitúa límites antojadizos entre lo normal y anormal, dependiendo de qué tanto se acercan o se alejan de la moda (Capponi, 1987; Murillo, 2003; Vallejo, 2011). Esta concepción sobre la norma trae consigo limitaciones: primero, que no siempre lo más frecuente es lo normal, como es el caso del resfriado común durante el invierno; segundo, que las pautas de comportamiento dependen estrictamente de la cultura y la época actual, y por lo tanto, lo más frecuente en un contexto puede ser visto como anormal en otro; tercero, que no existe un punto en la curva que defina el límite de la normalidad, por lo que carece de utilidad clínica (Capponi, 1987); y finalmente, amenaza también con tildar de anormales a cualquier individuo que, por opción personal, religiosa o política, no se ajusta con lo esperable socialmente (Vallejo, 2011) (ej. sujetos célibes, veganos, fundamentalistas, etc.).

La segunda concepción es la de norma ideal, del deber, natural o funcional, que delimita lo normal a todo lo que cumple con un determinado modelo, que es valorado por

el hombre y hacia lo que se debe apuntar; un estado de perfección convencional, o deber ser, entendido a partir de una teoría coherente del funcionamiento humano. En ese sentido, se basa en el supuesto de que existe un orden, regulado por leyes naturales, cuyo cumplimiento máximo es a través de la eficacia y la adecuación (Capponi, 1987, Vallejo, 2011). Las limitaciones de este enfoque son: en primer lugar, que plantea un criterio de normalidad arbitrario y que depende de la hipótesis que le subyace; en segundo lugar, corresponde a un ideal ficticio, inalcanzable, frente al cual la normalidad es imposible; en tercer lugar, que no distingue claramente entre lo normal y anormal, puesto que todos los fenómenos tienen reglas intrínsecas de funcionamiento y coherencia; y finalmente, que carece de utilidad clínica porque no discierne sobre quiénes necesitan ayuda (Capponi, 1987).

A modo de ejemplo, para Kant (s. f., citado en Dörr, 1995), el funcionamiento ideal está relacionado con una adecuación de la dualidad cuerpo-mente, que se encuentra a la base de un correcto conocer; y a su vez, de la dualidad psique-mundo, que rige la adaptación del sujeto al contexto social. Jaspers (1959, citado en Murillo, 2003), por su parte, incluye en su concepción de normal (entendida como el opuesto de *lo enfermo*) la utilidad social, la capacidad para la felicidad, la unidad de la personalidad, la armonía de las cualidades y constancia de las mismas, el desarrollo de todas las disposiciones, y la sintonía armónica de las tendencias e impulsos. A su vez, desde la psicología dinámica, la normalidad estará dada por el equilibrio armónico de los elementos del aparato psíquico (Ello-Yo-Superyo) (Vallejo, 2011). En síntesis, la norma ideal no es suficiente para delimitar claramente entre lo normal y anormal. Como se verá más adelante, la relatividad de la norma hace difícil aunar los criterios provenientes de momentos históricos, culturas y teorías diferentes.

Es pertinente señalar las consideraciones actuales sobre normalidad, que son las utilizadas por diversos profesionales de la salud. Éstas se pueden inferir de la definición que brinda la APA (1995), a través del DSM-IV, de *trastorno mental*, que correspondería lo anormal. De acuerdo con el manual, el trastorno mental es un síndrome o patrón de comportamiento o psicológico de significancia clínica, que se presenta asociado a un malestar, una discapacidad o un riesgo significativamente aumentado a morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Se margina de este concepto a aquellas respuestas culturalmente aceptadas a eventos particulares (ej. duelo por la muerte de un

ser querido). Se considera como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. El comportamiento desviado o los conflictos entre el sujeto y la sociedad no constituyen trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sea un síntoma de una disfunción.

Esta definición de lo anormal se condice con lo que Vallejo (2011) describe como *norma basada en la salud*. Según ésta, se diferencia claramente entre enfermedad y salud, o anormalidad versus normalidad, donde la última estaría dada por la ausencia de síntomas. Aunque la definición del DSM-IV (APA, 1995) incluye sutilmente el concepto de la libertad como criterio, no profundiza mayormente en él, a pesar de que éste brinda una perspectiva innovadora y que suple las deficiencias de los criterios señalados anteriormente, como se verá a continuación.

5.1.2.- Relatividad de la norma y la libertad como criterio de normalidad

Como se pudo apreciar anteriormente, lo anormal es aquello que se desvía de la norma de una cultura determinada y en una época definida, ya que los parámetros que definen la normalidad se desdibujan a partir del cambio social. Cuando se evita caer en el etnocentrismo y se admite la existencia de culturas que difieren drásticamente de la occidental, se puede concluir que cada concepción de la norma tiene un valor por sí misma. Gracias al concepto de relativismo étnico, hoy en día se entiende sin mayor explicación que ninguna cultura puede ser juzgada a partir de otra, puesto que cada una genera parámetros y paradigmas específicos que tienen una coherencia interna y un sentido inherente a dicha sociedad. En consecuencia, la norma ideal está adscrita a la diversidad cultural, por lo que lo ideal, lo deseado, o el deber ser, dependen estrictamente de lo que cada cultura determina como tales (Capponi, 1987).

Esta posición también tiene contradicciones (Capponi, 1987), como es el caso de los grupos y culturas que cuentan con condiciones de vida ínfimas, en las que diversas frustraciones y padecimientos son parte de lo normal. El relativismo de la norma cae en el riesgo de limitar las posibilidades de realización de ciertos grupos, debilitando la motivación para producir cambios sociales que generen nuevas y mejores condiciones de vida. Otro problema con esta conceptualización es que niega aquellos aspectos constantes y unitarios que se presentan en las patologías mentales y que son universales, como los factores biológicos de predisposición, que no dependen de la cultura (Capponi,

1987; Vallejo, 2011). Finalmente, la relativización de la norma tiene el riesgo de confundir lo sociológico con lo psicológico, como lo evidencian los estudios antropológicos sobre culturas chamánicas (Devereaux, 1973, citado en Capponi, 1987), en las que la colectividad percibe al chamán con poderes sobrenaturales, pero éste se ve perturbado porque las creencias culturales asociadas a él se convierten en una experiencia subjetiva perturbadora.

De esto se desprende que la normalidad, más que una condición intrínseca de los fenómenos, es una *operación valorativa*, un *juicio* que se emite respecto de ellos. En ese sentido, la distinción entre enfermo y sano se realiza a partir de un juicio médico, y no según su ajuste a las leyes naturales, al igual que la distinción entre normal y anormal. Por lo mismo, se trata de un *juicio ético*, más que uno objetivo o subjetivo (Capponi, 1987). Esto nos trae de vuelta a lo que señala Otto Dörr (1995) respecto del concepto de norma. El concepto *gnomos*, referido al puntero del reloj de sol, señala la cualidad innegable del concepto de normalidad, que es “*el encuentro del hombre y la naturaleza en torno a una medida*” (p. 478). El puntero, construido por el hombre, lo orienta temporalmente, porque le permite interactuar con la rotación de los cuerpos celestes. Pero la medida es siempre leída por un hombre conocedor, alguien que sabe leer el tiempo. El conocimiento del hombre sobre lo que es normal es adquirido a través de la interacción con la naturaleza, pero también consigo mismo, en cuanto él es un fenómeno natural (Tellenbach, 1979, citado en Dörr, 1995).

Entendiendo esto, y que el juicio sobre la normalidad de los fenómenos es emitido por un sujeto, se debe considerar que esta emisión es y ha sido siempre a través de la historia, a partir de la ética. Es así como en Grecia clásica, la locura está asociada al deseo de los dioses; en la Edad Media se considera dependiente de la voluntad de Dios; y así el juicio sobre la normalidad ha variado a través del tiempo, hasta que en la época moderna, gracias a figuras como Foucault, Freud, Nietzsche y Marx, la *liberación* de las restricciones impuestas por la sociedad se constituye en el núcleo de la evolución cultural (Capponi, 1987). Es así cómo el juicio que se emite sobre la enfermedad (o anormalidad) es asumiendo que ésta es natural, pero corresponde a un estado inferior, en cuanto es limitante de la libertad de un sujeto. En ese sentido, la anormalidad es una patología de la libertad, que impide la expansión de la existencia (Capponi, 1987; Dörr, 1995; Vallejo, 2011). En consecuencia, “*los desarrollos individuales pueden ser tan diferentes como se*

quiera, pero si se mantienen dentro de esa medida, de este equilibrio que impide el autoocultamiento y el equívoco, han de ser considerados como normales” (Dörr, 1995, p. 479).

Al estudiar los desarrollos patológicos de la personalidad, Otto Dörr (1995) da ejemplos ilustrativos de cómo el estancamiento en patrones conductuales y relacionales neuróticos pueden ser considerados anormales. La incapacidad de enfrentar conflictos se transforma en angustia, obsesiones, hipocondría, etc. La incapacidad de planificarse a futuro y enfrentar las crisis madurativas normales (que todo individuo padece) es otro ejemplo. A su vez, la incapacidad para tomar decisiones, deja al sujeto neurótico preso en la posibilidad, sin tomar un curso de acción para realizar sus fantasías.

Considérese ahora el paradójico caso de las normopatías (Tellenbach, 1979; Blankenburg, 1983, citados en Dörr, 1995), que demuestran que una sobreadaptación a una norma ideal puede ser también patológica. El *Typus Melancholicus*, descrito por Tellenbach (1961, citado en Dörr, 1995) tiene únicamente rasgos que son entendidos como adaptativos en la sociedad actual: responsabilidad, orden, planificación, entrega al otro, respeto, fidelidad, etc., pero es condición necesaria para el desarrollo de la depresión monopolar. Por lo tanto, los déficit o desviaciones en el comportamiento o el vivenciar de los sujetos no son condición suficiente para considerar a un sujeto como anormal, sino que la incapacidad de comportarse o vivenciar de forma diferente es lo fundamental (Blankenburg, 1983, citado en Dörr, 1995); *“el no-poder-comportarse-sino-en-forma-desviada [...] puede ser tan patológico como el no-poder-comportarse-en-forma-desviada”* (Dörr, 1995, p. 482). La libertad, como posibilidad de enriquecimiento existencial, es el único criterio inequívoco y que trasciende a la cultura para delimitar lo normal.

Como consideración final respecto del concepto de normalidad, es pertinente revisar el planteamiento de Otto Dörr (1995) sobre la posibilidad de entenderlo de forma dialéctica, es decir, como un balance dinámico entre dos polos opuestos respecto de la media. En ese sentido, los fenómenos patológicos no deben ser vistos solo como deficiencias respecto de la normalidad en promedio, sino como desplazamientos respecto de ella, al margen de las unidades nosológicas y las distinciones tajantes entre normal y anormal. El caso de los genios puede ser considerado una desviación, pero a su vez

como un desarrollo de nuevos niveles de libertad. A su vez, la sobreadaptación a la norma, como el caso de las normopatías, muestra el caso contrario. Ambos ejemplos evidencian la necesidad de ver la positividad de lo negativo, y viceversa. Siguiendo a Blankenburg (1981, citado en Dörr, 1995), se puede entender la patología como una nueva forma de estar en el mundo, consecuente con la situación desencadenante. Esta concepción tiene implicancias mayormente para la psicoterapia, pues enriquece la aproximación fenomenológica al sujeto.

A modo de síntesis de este capítulo, se puede señalar la insuficiencia de las concepciones clásicas de normalidad (estadística, ideal, médica). En cambio, se propone la comprensión de la anormalidad como una patología de la libertad, que afecta la posibilidad de los sujetos para la expansión de su existencia (Capponi, 1987; Dörr, 1995; Vallejo, 2011). La consideración del caso de los genios y de las normopatías ponen en jaque la adaptación a la media como criterio de normalidad (Dörr, 1995). En cambio, sugieren hacer una aproximación dialéctica a los fenómenos patológicos (Blankenburg, 1981, citado en Dörr, 1995), considerando la positividad de lo negativo y viceversa. Sin embargo, en la práctica investigativa, considerando la gran dificultad que supone acercarse a los sujetos con un enfoque fenomenológico, la línea divisoria está determinada por un criterio estadístico, es decir, por la estimación de la probabilidad de que ciertos fenómenos, considerados patológicos, limiten o degraden la libertad del sujeto. Pero el juicio definitivo es dependiente del contexto (Capponi, 1987) y de la evaluación clínica en manos del experto, el conocedor que señala Dörr (1995), que puede aproximarse al fenómeno natural y leerlo.

5.1.3.- Consideraciones para la presente investigación

Sin perder de vista lo expuesto en los párrafos anteriores, y en consideración del alcance que se pretende en este estudio, resulta metodológicamente imposible realizar una evaluación clínica exhaustiva del nivel de malestar psicológico y del grado de compromiso de la libertad de los sujetos en una muestra de la población estudiantil. Esto hace necesario poner en un paréntesis la motivación por estudiar a fondo el grado de normalidad de la población, al menos en los términos expuestos anteriormente (Capponi, 1987; Dörr, 1995; Vallejo, 2005).

Con el fin de poder estudiar a la población y establecer una prevalencia del malestar psicológico, se requiere limitar la concepción de normalidad a un criterio que haga posible su estimación. Para ello, nos parece adecuado considerar el criterio psicométrico u operativo de normalidad. De acuerdo con éste, el grado de normalidad estaría evidenciado por los puntajes obtenidos en test psicológicos y su grado de ajuste al rango normal de la población en estudio (Vallejo, 2005). Esto implica que cada test tendrá poblaciones específicas a las que es aplicable. El juicio sobre la normalidad o anormalidad de los sujetos es alrededor de una medida, un puntaje específico, que se obtiene a través de diversos procedimientos estadísticos y pruebas piloto, y que es explicitado en las normas de cada instrumento.

Pretender conocer características psicológicas de la población a través de la administración de un test psicológico implica hacer un proceso de medición. Entendiendo que los fenómenos psicológicos tienen una naturaleza multifactorial y compleja, medirlos supone hacer un proceso de reducción de ellos a un conjunto de respuestas observables, es decir, a las que los examinados dan a los ítems del test que se quiera administrar (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). El debate epistemológico sobre la validez del proceso de reducir los fenómenos psicológicos es amplio, sin embargo, para poder investigar a la población, esta reducción es un requerimiento metodológico. Para efectos de esta investigación, se considerará que es posible acceder al menos a una parte del fenómeno psicológico a través de procedimientos psicométricos, y que la única forma de acercarse a hacer una real comprensión es a través de la clínica (Dörr, 1995; Vallejo, 2005).

En consideración de que medir supone reducir el fenómeno, existen procedimientos metodológicos para determinar la *validez* y la *confiabilidad* de un test. La validez de un test se puede entender como el grado de ajuste entre las mediciones que se hacen con el test, y la variable en sí misma. Cuando se busca evaluar la validez de un instrumento, se hace en función de tres fuentes de evidencia: en primer lugar, se busca que el instrumento mida un dominio específico del fenómeno y no otro (*validez de contenido*); en segundo lugar, se busca que las mediciones de un instrumento sean consistentes con un criterio externo (*validez de criterio*); y finalmente, se busca que las mediciones del instrumento sean consistentes con las de otros instrumentos que buscan medir los mismos constructos teóricos (*validez de constructo*). La confiabilidad de un

instrumento, en tanto, estima la magnitud de los errores de medición del mismo. Una alta confiabilidad indica que los resultados del test no son atribuibles al azar o a mediciones erróneas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

En el capítulo siguiente, se describe el instrumento utilizado para esta investigación, la variable que pretende medir, sus índices de validez y confiabilidad, y las razones por las que fue elegido.

5.2.- El Symptom Checklist [SCL-90-R]

5.2.1. Concepto de malestar psicológico y descripción del instrumento

El Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (*Symptom Checklist, Revised, SCL-90-R*) (Derogatis, 1975, 1994) es un instrumento de autoinforme para evaluar la presencia del malestar psicológico y de una amplia gama de síntomas, tanto en población normal como psiquiátrica. El autor utiliza el término *distress* (traducido como *malestar psicológico* para este estudio), que se define como “*la perturbación emocional que acompaña a la presencia de síntomas psicológicos*” (Derogatis, 1975). Si bien es un término que no tiene un gran respaldo teórico, se utiliza en investigaciones de todo el mundo por su gran valor práctico y empírico. En consecuencia, el instrumento es apreciado por sus amplias ventajas prácticas y sus características psicométricas para detectar psicopatología en investigaciones y psicodiagnósticos, así como para medir los cambios inducidos por el tratamiento en pacientes (Gempp y Avendaño, 2008).

El instrumento es el producto final de una prolongada tradición de instrumentos psicométricos de auto-informe clínico, que inició con el *Personal Data Sheet* (Woodworth, 1918, en Gempp y Avendaño, 2008), y que condujo al desarrollo del *Cornell Medical Index [CMI]* (Wider, 1948, en Gempp y Avendaño, 2008). Parloff, Kelman y Frank (1954) desarrollaron unos años más tarde, y utilizando como base el CMI, la *DiscomfortScale*, que sirvió, junto con los instrumentos mencionados anteriormente, como base del *Hopkins Symptom Checklist [HSCL]* (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi, 1974), compuesto por 51 ítems en cinco dimensiones de síntomas. A partir de los problemas que los creadores detectaron, se llevó a cabo un exhaustivo programa de investigación que

produjo diversas variaciones del HSCL durante la década de los setenta, al cabo de las cuales se construyó el SCL-90, y posteriormente su versión revisada, el SCL-90-R (Derogatis, 1975, 1994).

Los resultados obtenidos con el instrumento permiten un **análisis en tres niveles de complejidad: global, dimensional y sintomático.**

En el nivel *global*, el instrumento cuenta con tres índices que caracterizan al evaluado. El Índice de Gravedad Global (IGS o GSI) indica directamente el nivel de gravedad sintomática. El Índice de Malestar Sintomático Positivo (PSDI) mide la intensidad con que el sujeto percibe los síntomas que le aquejan, y sirve también para identificar el estilo de respuesta del mismo (si percibe los síntomas de forma exagerada o minimizada). El Total de Síntomas Positivos (SP o PST) es el número de síntomas que reporta el evaluado, y sirve para identificar la amplitud sintomática (Gempp y Avendaño, 2008).

En el nivel *dimensional* de análisis, el SCL-90-R permite hacer un perfil psicopatológico a partir de las nueve dimensiones sintomáticas antes mencionadas. Esto ayuda a establecer con claridad aquellas dimensiones en las cuales el sujeto presenta mayor gravedad, así como a interpretar estos resultados en una lógica integrativa y psicopatológica compleja (Gempp y Avendaño, 2008).

A continuación, se describen brevemente las nueve dimensiones:

Somatización corresponde a la percepción de disfunciones corporales ligadas al sistema nervioso autónomo, y otras manifestaciones corporales de ansiedad.

Obsesiones incluye los síntomas característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos: pensamientos, acciones o impulsos egodistónicos o imposibles de controlar.

Sensitividad Interpersonal contempla sentimientos de inadecuación personal, especialmente en comparación con los demás; también la incomodidad y bajas expectativas frente a situaciones sociales y la presencia un nivel elevado de autoconciencia en público.

Depresión incluye las manifestaciones principales de los trastornos de ánimo depresivo, baja del ánimo, falta de motivación, energía e interés, así como algunos componentes cognitivos de la depresión, como la ideación suicida y el pensamiento de muerte.

Ansiedad contempla los síntomas típicamente asociados con elevados montos de ansiedad, como nerviosismo, sudoración de manos, angustia, preocupación excesiva, etc.

Hostilidad incluye pensamientos característicos del sentimiento de rabia o ira, y sus manifestaciones conductuales (agresión).

Ansiedad Fóbica caracteriza una respuesta persistente de miedo irracional y desproporcionado al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de huida y evitación.

Ideación Paranoide representa las distorsiones cognitivas asociadas clínicamente a la paranoia, como el pensamiento proyectivo y la centralidad.

Finalmente, la de *Psicoticismo* incluye un amplio espectro de síntomas comúnmente presentes en cuadros psicóticos, como el comportamiento esquizoide, las alucinaciones y la transmisión y control del pensamiento (Derogatis, 1975, 1994).

En el nivel *sintomático*, el SCL-90-R permite al evaluador indagar en las respuestas a síntomas específicos que pueden ser de mayor relevancia de acuerdo a los objetivos de la evaluación o su propio modelo teórico. El instrumento también cuenta con siete síntomas que no entran en las nueve dimensiones primarias, pero son considerados para el cálculo de los índices globales. Estos síntomas incluyen alteraciones del sueño y de la conducta alimentaria, por lo que pueden ser de gran relevancia para tratamientos específicos (Gempp y Avendaño, 2008).

El SCL-90-R ha mostrado propiedades psicométricas apropiadas y que se han mantenido estables a través del tiempo, en distintos países, grupos etarios y poblaciones. La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en estudios de habilidad test-retest, y cercana a $r = 0.80$ en análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000). En otros estudios se ha demostrado, además, que la escalabilidad de las dimensiones es satisfactoria (Olsen, Mortensen

&Bech, 2004; Schmitz, Hartkamp y Franke, 2000) y que muestran un comportamiento psicométrico ideal cuando se analizan con modelos de Teoría de Respuesta al ítem (Olsen et al., 2004).

Sumado a esto, desde la década de los 80, se han realizado una gran variedad de estudios que han acreditado la validez del SCL-90-R, sus dimensiones sintomáticas y las escalas globales, incluyendo estudios de depresión, desórdenes ansiosos, disfunciones sexuales y abuso de sustancias; así también para medir el malestar psicológico asociado a diversos trastornos médicos. A su vez, se ha establecido como criterio para evaluar cambios sintomáticos en tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Finalmente, ha sido utilizado con éxito como *screening* genérico de trastornos psicopatológicos de diversa índole (Bergly, Nordfjaen y Hagen, 2013; Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti y Tress, 1999; Waryznak, 1982)

5.2.2.- Adaptación y uso del SCL-90-R en Chile

Anteriormente se mencionó la adaptación y validación del SCL-90-R para su uso en Chile como una ventaja de este instrumento para fines diagnósticos e investigativos. El proceso de validación de este instrumento ha seguido adaptaciones para su uso en diversos países, y su traducción a más de 20 idiomas, incluyendo el español.

Una revisión de la literatura muestra que, hasta el 2008, se realizaron diversos estudios en los que se utilizó el SCL-90-R, sin que existiera una versión estandarizada [para Chile] consignada en una publicación científica. Esto motivó la creación de una versión depurada del SCL-90-R (Gempp y Avendaño, 2008), validada en Chile, con la que trabajan distintos grupos de investigación, y con la cual se realiza el presente trabajo.

Gempp y Avendaño (2008) trabajaron con el objetivo de reportar las propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios no pacientes y proporcionar normas derivadas de esta población (para una descripción detallada del método utilizado y los resultados obtenidos, véase original). Trabajaron con una muestra de n=718 estudiantes universitarios (47,6% hombres y 52,4% mujeres), en su mayoría de los primeros dos años de carrera, con una edad media de $M=21,14$ años ($SD=2,09$). La

procedencia de los estudiantes fue 32,9% (n=236) de Antofagasta, 32,3% (n=232) de Santiago, y el 34,8% (n=250) de Temuco, manteniéndose una proporción equivalente de hombres y mujeres en cada ciudad.

Como instrumento se utilizó una versión directamente adaptada de la original en inglés, usando las versiones mexicana, española y argentina como criterio comparativo. Siguiendo las guías de la *International Test Commission* para la adaptación de instrumentos psicométricos, la traducción se hizo con el *enfoque de comité* y aplicando *descentramiento* (Brilsin, 1986), con lo que se procuró que la redacción de cada ítem se ajustara al contexto chileno y reflejara el significado original de los síntomas. El borrador fue revisado por psicólogos clínicos y traductores profesionales, luego estas revisiones fueron analizadas por psicólogos bilingües, contrastándolas con las versiones de España, México y Argentina. Se realizaron pilotajes que resultaron satisfactorios (Gempp y Avendaño, 2008).

Entre los resultados obtenidos en la investigación, se encontró que la capacidad discriminativa de las nueve dimensiones era aceptable, usando el coeficiente α de Cronbach (1951). Los niveles de escalabilidad fueron estimados a través del coeficiente H de Loevinger (1948, en Gempp y Avendaño, 2008). Para las nueve dimensiones primarias, estos valores se encontraron en el límite considerado apropiado (0,30). Para los índices globales, IGS, SP y PSDI, las fiabilidades fueron = .96, = .94 y = .94, respectivamente.

Puesto que no se encontraron diferencias significativas entre géneros o entre ciudades, las normas interpretativas del instrumento fueron construidas utilizando la muestra total. Se optó por trabajar con puntajes T en lugar de percentiles porque son la métrica utilizada convencionalmente cuando se utiliza el SCL-90-R, y porque es el tipo de escala utilizada en el Manual del Instrumento. Se normalizaron las distribuciones de cada dimensión para lograr escalas con intervalos iguales y que hubiera equivalencia entre los puntajes T y los respectivos percentiles (Gempp y Avendaño, 2008).

En el artículo también se presentan datos métricos útiles para complementar el uso de los datos normativos. Se incluye el Error Estándar de Medida (EEM) para las puntuaciones brutas, así como la Diferencia Mínima Significativa (DMS) para las puntuaciones brutas de cada escala. Esta última indica el puntaje bruto mínimo a partir del

cual la diferencia entre dos puntuaciones puede considerarse significativa (no producto de errores de medida), lo que puede resultar útil al momento de analizar los datos de la presente investigación, y a su vez, es útil al momento de utilizar el SCL-90-R para medir cambios en sujetos a partir del tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico (Gempp y Avendaño, 2008).

Los resultados obtenidos en el estudio aportan evidencia indirecta y parcial sobre la *validez de constructo* del instrumento, tal como fue definida en la versión vigente, al momento del estudio, de los *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA y NCME, 1999). A su vez, la *validez factorial*, evaluada con una estrategia semi-confirmatoria, resulta congruente con la hipótesis establecida para el estudio, y la escalabilidad de las respuestas fue equivalente con la encontrada en otros estudios (Olsen et al., 2004; Schmitz et al., 2000). Los autores del estudio concluyen: “*Los resultados presentados indican que el SCL-90-R exhibe un desempeño psicométrico aceptable, y dentro de los cánones habituales para un autoinforme psicopatológico cuando es aplicado a población universitaria no consultante*” (Gempp y Avendaño, 2008, P. 54).

Por las ventajas señaladas anteriormente, se puede concluir que el SCL-90-R es un instrumento idóneo para realizar la presente investigación. Ha sido validado en Chile, cuenta con características psicométricas ideales y su eficacia ha sido probada como instrumento para hacer un screening psicopatológico en la muestra seleccionada (poblaciones universitarias). Además, ha sido utilizado en estudios con poblaciones universitarias, lo que permitirá contrastar los datos obtenidos en la presente investigación.

5.3.- Prevalencia de malestar psicológico

5.3.1.- Prevalencia a nivel internacional

Alrededor del mundo se han realizado diversos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales y síntomas, en diferentes poblaciones. Muchas veces estos estudios están ligados al trabajo realizado en centros de consejería universitaria, hospitales psiquiátricos y otras organizaciones dedicadas al estudio y la prevención de trastornos

mentales. A continuación, se presenta un resumen de estudios realizados en diferentes lugares del mundo con estudiantes universitarios, y se discuten los aportes que sus resultados suponen para la presente investigación.

En México se realizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de la mano de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud [OMS] en Salud Mental (Medina et al., 2003). Se utilizó la versión computarizada de la *Composite International Diagnostic Interview [CIDI]*, desarrollada por la OMS para el estudio epidemiológico de trastornos mentales, con los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10. Se lograron 5.826 entrevistas completas, con un 76,6% de tasa de respuesta individual. De acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10, se obtuvo una prevalencia de vida de algún trastorno mental de un 28,6%; un 13,9% presentó algún trastorno durante los últimos 12 meses; y un 5,8% durante los últimos 30 días. Los trastornos más frecuentes, de acuerdo a la prevalencia de vida, fueron los trastornos ansiosos (14,3%), seguidos de los de uso de sustancias (9,2%) y los del ánimo (9,1%). Los hombres presentaron una mayor prevalencia de vida que las mujeres (30,4% y 27,1% respectivamente), pero las mujeres presentaron una mayor prevalencia en los últimos 12 meses que los hombres (14,8% y 12,9% respectivamente).

Una investigación similar fue realizada en Chile, siguiendo la metodología utilizada en la Encuesta Nacional de Morbilidad Psiquiátrica de Gran Bretaña (Jenkins et al, 1997, citado en Araya, Rojas, Fritsch, Acuña y Lewis, 2001), con el objetivo de estimar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en adultos en Santiago. La muestra se compuso de n = 3870 sujetos entre los 16 y 64 años de edad, que fueron entrevistados entre 1996 y 1998. Se administró un cuestionario estructurado basado en la *Entrevista Clínica Revisada (Revised Clinical Interview Schedule [CIS-R])*, e incorporando ítems para recolectar datos sobre la situación socio-demográfica. Se establecieron diagnósticos de acuerdo a los criterios del CIE-10, y los de la CIS-R para desórdenes neuróticos no especificados. Se encontró una prevalencia de 12,9% de trastornos mentales comunes, del CIE-10, y de 13,8% para trastornos neuróticos. Los diagnósticos más comunes fueron el de Ansiedad Generalizada (5,1%) y el de Depresión (5,5%). La prevalencia de desórdenes mentales comunes fue significativamente mayor que la de los hombres.

La Asociación Americana de Salud Universitaria (*American College Health Association*), en 2014 (citado en Prince, J., 2015), declaró que a nivel nacional 37,4% de los estudiantes universitarios en EE.UU. reportó haber padecido sintomatología ansiosa en los últimos 12 meses; aproximadamente un tercio reportó síntomas depresivos; y el 9% reportó al menos un intento de suicidio durante su vida. No se mencionan los instrumentos utilizados. En 2013, el Centro por la Salud Universitaria (*Center for Collegiate Mental Health*) (citado en Prince, J., 2015) encontró resultados similares al recolectar datos de más de 100 centros de *counseling* para estudiantes universitarios en EE. UU. Aproximadamente un tercio de los estudiantes habían recibido una receta médica para medicamentos psiquiátricos; el 10% había sido hospitalizado a propósito de su salud mental; y un 23% se había infringido daño a ellos mismos sin intención suicida.

Hyun, Quinn, Madon y Lustig (2006) estudiaron la prevalencia de problemas emocionales o relacionados con estrés en estudiantes graduados de una universidad al oeste de EE.UU. (n = 3121), utilizando una encuesta desarrollada por el equipo de investigación. Los estudiantes encuestados tenían entre 25 y 29 años y se encontraban cursando estudios universitarios de posgrado. De acuerdo al estudio, un 44,7% de los encuestados reportaban haber tenido un problema emocional o relacionado al estrés durante el último año. El estudio mostró además diferencias significativas por género, habiendo un 38,6% de hombres y un 51,7% de mujeres que reportaron problemas. El 50,2% de los encuestados consideró buscar ayuda al respecto, habiendo también en esto diferencias significativas por género. El 38,9% de los hombres, versus el 63,3% de las mujeres.

Los datos recién presentados apuntan a que los estudiantes universitarios son particularmente propensos a enfrentar problemas psicológicos, al compararlos con la población general. Como se mencionó anteriormente, estos sujetos se encuentran en una etapa particularmente compleja de la vida y por ello enfrentan diversas fuentes de estrés (Alvial, Aro, Bonifetti, Cova, Hernández y Rodríguez, 2007; Galli, Feijóo, Roig, & Romero, 2001; Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Hyun, Quinn, Madon y Lustig, 2006; Irrarázabal, Villacura, y López, 2012; Prince, 2015). En los párrafos siguientes se describen estudios realizados con el SCL-90-R, sobre prevalencia de malestar psicológico, así como su relación con factores como la vulnerabilidad al estrés, entre otros.

5.3.2.- Estudios realizados con SCL-90-R

Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann (2013) estudiaron las características sintomáticas de $n = 213$ estudiantes que asistieron al Centro de Consejería y Psicoterapia (PCC) de la Universidad de Heidelberg en 2007/8 y de $n = 125$ estudiantes de una muestra de campo en la misma fecha, utilizando la *Psychological Complaints List* (PCL), la *Satisfaction with Life and Studies* (SLS) y el SCL-90-R. Entre los resultados obtenidos, se encontró que la muestra del PCC tuvo puntajes significativamente más altos que los de la muestra de campo, tanto en el Índice de Severidad Global (IGS) como en las subescalas de Depresión y Obsesivo-Compulsivo. También se observó que el 54% de la muestra del PCC y un 12% de la muestra de campo mostraron un IGS mayor a 63, punto de corte para la versión alemana del SCL-90-R, que indica un riesgo de psicopatología.

En un estudio a gran escala en Colombia (Divaris, et al., 2013) con una muestra compuesta de $n = 5700$ estudiantes de Odontología de 17 escuelas diferentes en 4 distritos del país en 2012, se investigaron diferentes factores y su correlación con el malestar psicológico, medido con el SCL-90-R. La muestra se compuso de 3961 mujeres (69%) y 1739 hombres (31%). La prevalencia encontrada de malestar psicológico fue de 8% (puntaje T del IGS ≥ 63). Se identificó al sexo, el apoyo y estatus socioeconómico, la elección de carrera y el año de estudio como factores asociados significativamente al malestar psicológico. El grupo que tuvo mayores puntajes en el IGS fueron las mujeres que financiaban sus estudios con un crédito, que tenían menor estatus socioeconómico y que no entraron a Odontología como primera opción. El factor socioeconómico afectó homogéneamente a hombres y mujeres. Se encontró un patrón de aumento del malestar psicológico con el incremento del año cursado y con la transición de etapas desde el estudio de ciencias básicas (1° y 2°), a la pre-clínica (3°) y la clínica (4° y 5°).

En una muestra de $n = 171$ estudiantes de ciencias de la salud en 2013 de la Universidad de Sabzevar, en Irán, Delara y Woodgate (2015) utilizaron el SCL-90-R para medir la prevalencia de malestar psicológico. La muestra estuvo compuesta por 136 mujeres (79,5%) y 35 hombres (20,5%), el rango etario fue de 18 a 37 años (media = 21,6; SD = 3.3), en promedio estaban en el semestre 3,82 (SD = 2.1). Entre sus resultados, encontraron una prevalencia de 26,5% de mujeres y 20% de hombres considerados en riesgo de psicopatología. Las estudiantes mujeres tuvieron promedios

más altos en todas las sub-escalas, así como en el IGS, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En un estudio realizado en Canadá (Toews, et al., 1997) se tomó una muestra (n = 1681) de cuatro facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, compuesta de estudiantes de pregrado, internos y estudiantes graduados, para establecer comparaciones entre grupos, en el nivel de estrés y malestar psicológico. Se utilizó el *University of Calgary Stress Questionnaire* y la *Social Readjustment Rating Scale [SRRS]* para medir el estrés, y se utilizó el SCL-90-R para obtener datos sobre el malestar psicológico. Se obtuvieron promedios en las puntuaciones brutas del SCL-90-R y se buscó establecer correlaciones entre los puntajes promedio, y comparaciones entre grupos. Si bien no se reportó la prevalencia de estrés ni de malestar psicológico, los resultados que se obtuvieron resultan útiles para esta investigación. En los hombres se encontraron valores mayores en todas las sub-escalas, así como en el IGS, en concordancia con el nivel de estudios (estudiantes graduados > internos > estudiantes), excepto en los índices de Ansiedad y Sensitividad Interpersonal. Para las mujeres, esta diferencia se presentó en todas las subescalas. Este grupo presentó mayores niveles de estrés en ambos cuestionarios, para los tres niveles de estudios cursados, que el grupo de los hombres. Así también, presentaron un mayor malestar psicológico en promedio, que sus pares hombres.

En otro estudio, realizado en Portugal, se midió la vulnerabilidad al estrés utilizando el *23 Questions on Vulnerability to Stress [23QVS]*, y el malestar psicológico usando el SCL-90-R en n = 127 estudiantes de tercer año de Medicina (Marques, Machado, Ouakinin y Figueira, 2015). Entre sus resultados, se encontró una diferencia no significativa en la vulnerabilidad al estrés según género, teniendo las mujeres una vulnerabilidad mayor que los hombres. La prevalencia de malestar psicológico fue del 3,1% de estudiantes con un puntaje bruto en el IGS $\geq 1,5$; en tanto, la prevalencia de alta vulnerabilidad al estrés fue de 15,5% de estudiantes con puntajes > 43 en el 23QVS. Al hacer una sub-muestra con los estudiantes con alta vulnerabilidad al estrés, se encontró una correlación positiva y entre este factor y los puntajes obtenidos en las escalas de Sensitividad Interpersonal (r = 0,517; p = 0.1), Depresión (r = 0.497; p = 0.13), Ansiedad Fóbica (r = 0,443; p = 0,03) y Psicoticismo (r = 0,427; p = 0,038), así como en el IGS (r = 0,47; p = 0,02).

Como se puede apreciar, en términos de prevalencia de malestar psicológico, los resultados obtenidos en las distintas investigaciones han variado considerablemente (Delara y Woodgate, 2015; Divaris, et al., 2013; Holm-Hadulla et al., 2013; Marques et al., 2015). Esto apunta a que las diferencias contextuales tienen un impacto en el malestar psicológico. Una característica en común de los distintos resultados ha sido la diferencia existente entre géneros (Delara y Woodgate, 2015; Divaris et al., 2013; Marques et al., 2015; Toews et al., 1997). Esto se alinea con las hipótesis planteadas para esta investigación.

VI. MÉTODO

6.1.- Variables en estudio

6.1.1.- Variables Independientes: Características socio-demográficas

6.1.1.1.-Definición conceptual: Corresponden a todas las características de la muestra que preceden al estudio, y a través de las que se caracterizan y segregan los sub-grupos. Son todas las variables que se tomarán en cuenta al momento de realizar los análisis, y de acuerdo a las cuales se pueden establecer comparaciones. Estas son Sexo, Edad, Carrera de Pertenencia y Año de la carrera.

6.1.1.2.- Definición operacional:

Sexo: Hombre o Mujer. Se les solicitó a los participantes seleccionar su sexo biológico al contestar el inventario, con independencia de la identidad de género.

Edad: Se dividió la muestra en rangos etarios para facilitar el análisis. Los grupos son de 18 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, y 51 o más.

Carrera de pertenencia: Las ocho carreras que se imparten en la Facultad de Medicina: Medicina, Enfermería, Kinesiología, Obstetricia y Puericultura, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Tecnología Médica y Nutrición. Adicionalmente, se agregó la categoría de Postgrado para los estudiantes de dichos planes de estudios.

6.1.2.- Variable Dependiente: Malestar Psicológico.

6.1.2.1.- Definición conceptual: Se define como un malestar (del inglés *distress*) que se experimenta a partir de la presencia de síntomas psiquiátricos, ya sea por la presencia de un cuadro psicopatológico, condiciones contextuales o variables de personalidad (Derogatis, 1975, 1994). La categoría de Riesgo de Psicopatología se define como un malestar psicológico de relevancia clínica, que indica la presencia de síntomas psiquiátricos que salen del rango normal (Derogatis, 1975, 1994).

6.1.2.2.- Definición operacional: el puntaje bruto obtenido por cada sujeto en los índices y dimensiones.

El puntaje bruto del IGS se calcula sumando todas las respuestas y dividiendo el puntaje en 90. El de SP corresponde al total de ítems respondidos con una puntuación distinta de cero. Y el del PSDI se calcula dividiendo la suma de todos los ítems por el SP.

Finalmente, para cada dimensión, la puntuación bruta se calcula promediando el número de ítems respondidos. Para ello se suman las puntuaciones de los reactivos que integran la dimensión respectiva y, luego, se dividen por el número de ítems en la escala.

Los puntajes brutos de cada escala se convierten a puntaje T de acuerdo a las normas establecidas en la adaptación chilena del instrumento. El puntaje T, indica el grado de ajuste a la norma de dicho sujeto en cada escala. La presencia anormal de síntomas corresponde a puntajes $T \geq 70$, que fue el punto de corte establecido en la validación en Chile (Gempp y Avendaño, 2008).

6.2.- Enfoque y diseño de la investigación

Se utilizó un diseño observacional, transversal y descriptivo-comparativo, es decir, se recolectaron datos en un momento determinado, con el objetivo de describir las variables en estudio en un tiempo único (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Se buscó medir y evaluar la presencia y severidad del malestar psicológico, y establecer comparaciones según género, edad y carrera de pertenencia.

Finalmente, se compararon los resultados del presente estudio con los resultados de otras investigaciones.

6.3.- Grupo en estudio

El muestreo fue por cuotas, y la selección de los estudiantes fue por conveniencia. Solo fueron considerados dentro de la muestra los estudiantes matriculados durante el año 2016, que además aceptaran participar voluntariamente en la investigación, previa aceptación del consentimiento informado. Se planteó un valor mínimo de 30 estudiantes por cada carrera para obtener una muestra con un tamaño mínimo adecuado.

6.4.- Instrumento

Para medir el malestar psicológico en la muestra, se utilizó el *Symptom Checklist* [SCL-90-R], desarrollado por Derogatis (1975, 1994) en la versión adaptada para Chile (Gempp y Avendaño, 2008). Éste es un inventario de auto-reporte de 90 ítems que describen síntomas psiquiátricos, frente a los cuáles se debe responder en qué nivel este síntoma ha estado presente durante la última semana, entre cinco opciones: “Nada”, “Muy Poco”, “Poco”, “Bastante” o “Mucho”. Estas respuestas son valoradas en la corrección en un rango de 0 a 4 puntos, y luego son procesados para llegar a los puntajes T, que permiten la comparación entre sujetos (o muestras), y el contraste de hipótesis de la normalidad o anormalidad de los síntomas. El instrumento cuenta con buenos índices psicométricos, validez factorial y consistencia interna para población universitaria (Gempp y Avendaño, 2008).

6.5.- Procedimiento y análisis de información

6.5.1.- Recolección de Datos

El instrumento fue aplicado a los estudiantes de la Facultad de Medicina que voluntariamente aceptaran participar en este estudio. La modalidad fue en línea a través de la plataforma *Google Forms*. Previamente, se les envió un correo electrónico informando sobre el estudio (ver Anexo, p 56), en el que se les explicó el motivo de la investigación. Para acceder a contestar el cuestionario los estudiantes tuvieron que leer primero dicho correo y aceptar el consentimiento informado adjunto (ver Anexo, p 55).

Antes de que dicho procedimiento se llevara a cabo, se pidió autorización al Comité de Ética de la Universidad de Chile, el cual permitió la aplicación previa revisión del cumplimiento de los resguardos éticos pertinentes.

Adicionalmente se solicitaron datos socio-demográficos para el análisis, y una dirección de e-mail (opcional) para entregarle a cada sujeto una retroalimentación sobre sus respuestas.

6.5.2.- Análisis de datos

Para efectuar el análisis de datos, se utilizará el R-Studio 0.99. Para analizar las características de distribución de los puntajes del inventario, como la normalidad de la distribución, en cada caso se realizó el análisis de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene. En función de la distribución observada se determinó el uso de pruebas no paramétricas. Para establecer las comparaciones entre sub grupos se utilizó el estadígrafo U de Mann-Whitney y la prueba Kruskal-Wallis.

6.6.- Resguardos éticos

Se resguardó que la participación de los estudiantes de las diversas carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile fuese voluntaria, comunicándoles con anticipación esta condición y explicitándola claramente en el consentimiento informado y en la carta informativa que invita a los estudiantes a participar de la investigación, y que se entregó previamente a la administración de los instrumentos.

Así también, se resguardó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, tanto en el desarrollo del estudio, así como en el uso de la información obtenida. Todo esto, para que los datos no puedan ser asociados a una persona identificable y evitar el mal uso de la información. Estas garantías fueron expuestas a los estudiantes previo a que contestaran el instrumento.

Como se mencionó anteriormente, el proyecto fue aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Medicina para su desarrollo.

VII. RESULTADOS

7.1.- Análisis descriptivo de la muestra

Para calcular la consistencia interna del instrumento para la muestra estudiada, se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach (α). Se obtuvo un $\alpha = .97$, lo que implica alta confiabilidad en los resultados.

En la **tabla 1** se aprecian las características de la distribución según edad y sexo para el total de la muestra.

Tabla 1. Estadístico descriptivo según edad

Variable	Hombres	Mujeres	Total
Edad	23.8 \pm 5.25	22.7 \pm 4.76	23.07 \pm 4.9

En la **tabla 2** se exponen las frecuencias según sexo y tramos de edad de la muestra.

Tabla 2. Descripción segmentos de edad según sexo

GRUPO ETARIO	Hombres	Mujeres	Total
18 a 20	87	279	366
21 a 30	137	429	566
31 a 40	39	61	100
41 a 50	0	6	6
51 o más	0	1	1
Total	263	776	1039

7.2.- Análisis de prevalencia según frecuencia

Para el análisis de normalidad de la distribución muestral se aplicaron las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Ésta no presentaría una distribución normal (ver **Tabla 3**), por lo que se debió utilizar pruebas no paramétricas para muestras independientes.

Tabla 3. Análisis de Normalidad de la Distribución Muestral

Prueba de Kolmogorov-Smirnov	
IGS	D= .054 P<.01
PSDI	D= .02 P>.01
SP	D= .036 P>.01
Somatizaciones	D= .08 P<.01
Obsesiones	D= .051 P<.01
Sensibilidad	D= .082 P<.01
Depresión	D= .055 P<.01
Ansiedad	D= .10 P<.01
Hostilidad	D= .15 P<.01
Fóbica	D= .19 P<.01
Paranoide	D= .12 P<.01
Psicoticismo	D= .10 P<.01

Si se analizan los índices y dimensiones según su prevalencia en general, se observa que las dimensiones con mayor prevalencia son la de Obsesiones (34,8%), Depresión (32,9%) y Sensibilidad Interpersonal (27,1%). Utilizando el punto de corte establecido para la población de estudiantes universitarios chilenos (Gempp y Avendaño, 2008), se observa una prevalencia del índice de Gravedad Global de un 21,17% en los estudiantes (ver **Tabla 4**). La prevalencia de este índice en las mujeres es significativamente superior al de los hombres, 22.93% y 15.9%, respectivamente ($\chi^2=5.3$, $df=1$, $p<.01$). Asimismo, el 16.7 % de los sujetos sufren de Somatizaciones de

relevancia clínica, encontrándose diferencias según sexo ($\chi^2=13.94$, $p<.01$), reportando que un 19% de las mujeres y un 9.12% de los hombres sufrirían esta afección. Por otra parte, en la dimensión de Depresión también habría una diferencia significativa según sexo ($\chi^2=8.38$, $df=1$, $p>.01$). En dicha dimensión, las mujeres obtuvieron una prevalencia de 35.4% y sus pares hombres de 25.4%. Finalmente, en relación a la dimensión de Ansiedad Fóbica, un 13.3 % de los estudiantes padecería sintomatología asociada a síndrome fóbico, existiendo nuevamente diferencias significativas según sexo. 14.9% de las mujeres y 8.7% de los hombres sufriría manifestaciones disruptivas de la conducta fóbica.

Tabla 4. Prevalencia del malestar psicológico según sexo

	Total		Hombres		Mujeres		Comparación
	N	%	N	%	N	%	Chi ²
IGS	220	21.17	42	15.9	178	22.93	5.3 **, df=1
PSDI	329	31.6	76	28.8	253	32.6	1.10; df=1
SP	125	12	29	11	96	12.3	0.22; df=1
Somatizaciones	174	16.7	24	9.12	150	19	13.94**
Obsesiones	362	34.8	88	33.4	274	35.3	0.22
Sensibilidad	282	27.1	52	19.7	230	29.6	9.17
Depresión	342	32.9	67	25.4	275	35.4	8.38**
Ansiedad	182	17.5	37	14	145	18.6	2.58
Hostilidad	96	9.2	21	7.9	75	9.66	.47
Fóbica	139	13.3	23	8.7	116	14.9	5.99*
Paranoide	147	14.14	41	15.5	106	13.6	.45
Psicoticismo	130	12.5	31	11.7	99	12.7	.09

Nota: * = Probabilidad < 0.05, ** = Probabilidad < 0.01.

Finalmente, al realizar el tercer tipo de análisis, es decir, el sintomático, se observa que los reactivos con promedios más altos fueron: el ítem 10 "Preocupación por mi falta de ganas de hacer algo" (2,75 puntos), el ítem 14 "Sentirme con muy pocas energías" (2,74 puntos), el ítem 55 "Dificultad para concentrarme en lo que estoy haciendo" (2,61),

el ítem 2 "Nerviosismo" (2,57 puntos), el ítem 31 "Preocuparme demasiado por todo lo que pasa" (2,43 puntos), ítem 11 "Sentirme enojado o malhumorado" (2,39 puntos), y el ítem 9 "Tener dificultad para memorizar las cosas" (2,35 puntos). Estos ítems están asociados a las dimensiones Obsesiones, Depresión, Ansiedad, y Hostilidad.

En las **tablas 5 y 6** se puede observar la prevalencia del malestar psicológico de acuerdo con edad y carrera de pertenencia, respectivamente. Al distribuir la población según grupo etario, se encontró que la mayor prevalencia se concentra entre los 18 y los 30 años. Para los grupos de 18-20 y 21-30 las prevalencias fueron de 12,57% y 12,72% respectivamente. El grupo de 31-40 presentó una prevalencia del 8% y el de 41-50 un 0%.

Tabla 5. Prevalencia del malestar psicológico según edad

Edad	Prevalencia de malestar
18-20	12.57%
21-30	12.72%
31-40	8%
41-50	0%
51+	N/A

Al observar la prevalencia de acuerdo con carrera de pertenencia se encontró que las carreras con mayor prevalencia fueron Tecnología Médica (22,5%), Nutrición (19,51%), Fonoaudiología (14,29% y Enfermería (14,17%). Las carreras con menor prevalencia fueron Posgrado (7,1%), Terapia Ocupacional (8,33%) y Kinesiología (9,89%).

Tabla 6. Prevalencia del malestar psicológico según carrera

Carrera	Prevalencia de malestar
Enfermería	14.17%
Fonoaudiología	14.29%
Kinesiología	9.89%
Medicina	10.67%
Nutrición	19.51%
Obstetricia	13.33%
Tecnología Médica	22.5%
Terapia Ocupacional	8.33%
Posgrado	7.1%

7.3.- Análisis comparativo según variables socio-demográficas

Según las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro no se cumplen las primicias de normalidad en la distribución de la muestra ($p < .05$), utilizando para los análisis según sexo pruebas no paramétricas (ver **Tabla 7**).

Tabla 7. Análisis de Normalidad según sexo

Pruebas de normalidad		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Genero		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Somatizaciones	Hombre	,079	775	,000	,968	775	,000
	Mujer	,114	263	,000	,923	263	,000
Obsesiones	Hombre	,050	775	,000	,988	775	,000
	Mujer	,059	263	,025	,982	263	,002
Sensibilidad	Hombre	,084	775	,000	,967	775	,000
	Mujer	,084	263	,000	,964	263	,000
Depresion	Hombre	,051	775	,000	,980	775	,000
	Mujer	,070	263	,003	,975	263	,000
Ansiedad	Hombre	,096	775	,000	,960	775	,000
	Mujer	,139	263	,000	,922	263	,000
Hostilidad	Hombre	,155	775	,000	,901	775	,000
	Mujer	,173	263	,000	,885	263	,000
Fobica	Hombre	,185	775	,000	,832	775	,000
	Mujer	,215	263	,000	,774	263	,000
Paranoide	Hombre	,137	775	,000	,911	775	,000
	Mujer	,111	263	,000	,927	263	,000
Psicoticismo	Hombre	,106	775	,000	,935	775	,000
	Mujer	,112	263	,000	,933	263	,000
IGS	Hombre	,050	775	,000	,980	775	,000
	Mujer	,079	263	,000	,967	263	,000
SP	Hombre	,042	775	,002	,989	775	,000
	Mujer	,046	263	,200*	,988	263	,028
PSDI	Hombre	,027	775	,200*	,993	775	,001
	Mujer	,045	263	,200*	,988	263	,028

Nota: *= Esto es un límite inferior de la significación verdadera. a= Corrección de significación de Lilliefors.

Al analizar las diferencias en la severidad sintomática en relación al sexo, se observa una severidad mayor, estadísticamente significativa ($p < .01$), para las mujeres en el índice de Gravedad Global, en el Total de Síntomas Positivos y en las dimensiones de Somatizaciones, Depresión, Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad Fóbica. La única dimensión en la que la severidad es significativamente mayor en los hombres es la de Ideación Paranoide ($p < .05$) (ver **Tabla 8**).

Tabla 8. Descripción del comportamiento de la escala SCL-90 según género.

Variables	Total M ± DE	Hombres	Mujeres	Comparación Según sexo
IGS	1.28 ± .68	1.17 ± .67	1.32 ± .68	W = 88130**
PSDI	2.18 ± .53	2.13 ± .56	2.2 ± .51	W = 93744
SP	49.8 ± 18.7	46.1 ± 19.3	51.0 ± 18.3	W = 86436**
Somatizaciones	1.31 ± .84	.99 ± .76	1.42 ± .84	W = 70231**
Obsesiones	1.87 ± .87	1.79 ± .91	1.90 ± .86	W = 95220
Sensibilidad	1.41 ± .87	1.33 ± .84	1.43 ± .87	W = 94724
Depresión	1.69 ± .92	1.50 ± .89	1.75 ± .92	W = 86365**
Ansiedad	1.24 ± .81	1.12 ± .82	1.28 ± .81	W = 88271**
Hostilidad	.9 ± .71	.82 ± .69	.93 ± .71	W = 91051**
Fóbica	.58 ± .67	.48 ± .61	.61 ± .68	W = 90321**
Paranoide	1.02 ± .88	1.14 ± .93	.98 ± .85	W = 111330*
Psicoticismo	.91 ± .71	.91 ± .71	.91 ± .71	W = 101530

NOTA: W= Prueba U de Mann Whitney. *=Probabilidad<0.05, **=Probabilidad<0.01.

Para todos los índices y dimensiones existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas según el segmento etario (ver **Tabla 9**). Entre los 18 y los 30 años se reportarían la mayor severidad sintomática.

Tabla 9. Comportamiento de las Escalas del SCL-90 según edad

MALESTAR PSICOLÓGICO	GRUPO ETARIO					COMPARACIÓN POR EDAD
	18 A 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 o más	
Variables						χ^2
IGS	1.35 ± .63	1.29 ± .69	.95 ± .67	.82 ± .65	3.41 ± NA	36.56**
PSDI	2.2 ± .49	2.21 ± .53	1.92 ± .54	2.08 ± .46	3.57 ± NA	30.252**
SP	52.8 ± 17	49.6 ± 18.8	40.3 ± 20	34.3 ± 23.6	86 ± NA	37.213**
Somatizaciones	1.45 ± .83	1.3 ± .83	.88 ± .70	.85 ± .71	3.75 ± NA	45.02**
Obsesiones	1.95 ± .81	1.88 ± .88	1.54 ± .91	1.33 ± 1.05	3.8 ± NA	36.56**
Sensibilidad	1.45 ± .83	1.43 ± .88	1.10 ± .85	.8 ± .91	3.56 ± NA	22.195**
Depresión	1.75 ± .85	1.72 ± .93	1.3 ± .98	1.29 ± .9	4 ± NA	24.378**
Ansiedad	1.31 ± .77	1.26 ± .83	.86 ± .72	.67 ± .82	3.2 ± NA	34.986**
Hostilidad	.95 ± .69	.91 ± .73	.72 ± .63	.47 ± .37	1.67 ± NA	15.235**
Fóbica	.63 ± .66	.58 ± .68	.36 ± .53	.38 ± .61	3.14 ± NA	22.874**
Paranoide	1 ± .83	1 ± .9	.87 ± .8	.47 ± .5	3.67 ± NA	9.95*
Psicoticismo	1 ± .6	.9 ± .7	.56 ± .6	.3 ± .5	2.8 ± NA	50.68**

Nota: χ^2 = prueba de Kruskal-Wallis. * = Probabilidad < 0.05, ** = Probabilidad < 0.01.

El análisis comparativo de los resultados según la carrera y grado académico que se está cursando, muestra diferencias estadísticamente significativas para todos los índices y dimensiones del SCL-90-R (ver **Tabla 10**). Los estudiantes de Postgrado y Terapia Ocupacional sufrirían menor severidad sintomática. A su vez, los estudiantes de Nutrición, Tecnología Médica, Fonoaudiología y Obstetricia presentan los mayores niveles de severidad sintomática. En el caso de Nutrición, los estudiantes reportan la mayor severidad de los índices, y en las dimensiones de Depresión, Ansiedad y Somatizaciones. En Tecnología Médica, también las dimensiones aparecen con gran severidad, con excepción de las Somatizaciones. Al analizar los índices, el Total de Síntomas Positivos no está dentro de los más severos de la población estudiada, lo que explicaría la condensación de los puntajes en las dimensiones. En el caso de Fonoaudiología, para todos los índices y dimensiones, a excepción de Ansiedad y Hostilidad. Se obtuvo puntajes de muy alta severidad. Al observar los resultados obtenidos por los estudiantes

de Obstetricia, el índice del Total de Síntomas Positivos aparece más alto y condensado mayoritariamente en las dimensiones Depresión, Somatizaciones, Ansiedad y Hostilidad. Los análisis referidos fueron realizados a partir de las diferencias de los promedios debido al uso de pruebas no paramétricas.

Tabla 10. Descripción de los resultados de la escala SCL-90 según carrera de pertenencia

Carrera	Enfermería N= 121	Fono- Audiología N= 70	Kinesiología N= 92	Medicina N= 193	Nutrición N = 42	Obstetricia N = 180	Tecnología médica N= 80	Terapia ocupacional N = 96	Postgrado N= 165	Comparación Entre carreras
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>Kruskal-Wallis (χ²)</i>
IGS	1.33± .69	1,46± .64	1.28± .63	1.25 ± .62	1.49 ± .70	1.40 ± .68	1.47 ± .71	1.18 ± .58	.99 ± .71	56.61**
PSDI	2.2±.01	2.3± .01	2.19± .01	2.19 ± .01	2.31 ± .01	2.2 ± .01	2.3 ± .01	2.12 ± .01	1.99 ± .01	38.09**
SP	51.1± 18.2	54.9± 16.9	50.3±16.8	49 ± 18.05	55.6 ± 17.7	53.7 ± 18.4	40.5 ± 20.4	54.3 ± 17.9	47.9 ± 16.1	57.65**
Somatización	1.37± .83	1.56± .78	1.26±.71	1.17 ± .77	1.68 ± .96	1.57 ± .84	1.46 ± .94	1.29 ± .78	.93 ± .77	79.17**
Obsesiones	1.90± .89	2.15± .85	1.95±.86	1.85 ± .85	2.14 ± .90	1.90 ± .84	2 ± .88	1.78 ± .68	1.56 ± .93	37.00**
Sensibilidad	1.46± .88	1.71± .86	1.38±.89	1.46 ± .80	1.52 ± .81	1.45 ± .84	1.58 ± .92	1.23 ± .81	1.13 ± .89	38.58**
Depresión	1.75± .93	1.85±.82	1.64±.84	1.67 ± .87	1.92 ± .98	1.85 ± .94	1.88 ± .92	1.60 ± .81	1.36 ± .97	36.46**
Ansiedad	1.33± .82	1.38±.76	1.25±.76	1.15 ± .75	1.45 ± .87	1.39 ± .84	1.45 ± .91	1.21 ± .77	.90 ± .76	53.71**
Hostilidad	.92± .72	.83± .59	.95± .71	.92 ± .65	1.14 ± .81	.98 ± .79	1 ± .8	.8 ± .6	.72 ± .66	26.10**
Fóbica	.61± .73	.74±.76	.49± .53	.51 ± .57	.72 ± .78	.71 ± .68	.81 ± .72	.49 ± .66	.38 ± .63	59.79**
Paranoide	1± .88	1.18±.82	1.13± 1	1 ± .8	1 ± .7	1 ± .9	1.10 ± .8	.78 ± .7	.90 ± .6	19.98**
Psicoticismo	.98± .7	1 ± .7	.93± .7	.95 ± .6	1 ± .7	.96 ± .6	1.1 ± .7	.77 ± .6	.6 ± .6	67.68**

Nota: *=Probabilidad<0.05, **=Probabilidad<0.01.

7.4.- Comparación con otros estudios

Al comparar estadísticamente los resultados con los obtenidos por los estudiantes de Temuco en el estudio realizado por Gempp y Avendaño (2008), se observa mayor severidad en las dimensiones de Obsesiones y Psicoticismo en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (ver **Tabla 11**).

Tabla 11. Comparación entre medias de diferentes estudios con universitarios chilenos según sus índices de malestar psicológico.

Escala	Temuco (N=250)		U. Chile (N= 1039)		Estadígrafo	
	media	SD	media	SD	t	P
IGS	0,94	1.28	1.28	.68	3,017073	0,999
PSDI	1,87	2.18	2.18	.53	-1,1469	0,126
SP	43,84	49.8	49.8	18.7	0,212084	0,584
Somatizaciones	1,06	1.31	1.31	.84	-1,47067	0,071
Obsesiones	1,26	1.87	1.87	.87	-5,19075	0,000**
Sensibilidad	0,91	1.41	1.41	.87	0,63402	0,737
Depresión	1,06	1.69	1.69	.92	-1,31022	0,095
Ansiedad	0,94	1.24	1.24	.81	-1,39344	0,082
Hostilidad	0,94	.9	.9	.71	-0,75765	0,225
Fóbica	0,37	.58	.58	.67	-1,48749	0,069
Paranoide	0,88	1.02	1.02	.88	0,196596	0,578
Psicoticismo	0,69	.91	.91	.71	-3,47327	0,000**

NOTA: ** $p \leq 0.01$

Al comparar los resultados con los obtenidos por los estudiantes universitarios de Antofagasta (Gempp y Avendaño, 2008), se aprecia mayor severidad sintomática en todos los índices y dimensiones en los sujetos de este estudio (ver **Tabla 12**).

Tabla 12. Comparación entre medias de diferentes estudios con universitarios chilenos según sus índices de malestar psicológico.

Escala	Antofagasta (N=236)		U. Chile (N=1039)		t	P
	Media	SD	Media	SD		
IGS	0,88	0,47	1.28	.68	-1,96907	0,025*
PSDI	1,69	0,38	2.18	.53	-3,44575	0,000**
SP	44,73	15,79	49.8	18.7	-4,29828	0,000**
Somatizaciones	0,98	0,63	1.31	.84	-8,58173	0,000**
Obsesiones	1,18	0,65	1.87	.87	-13,4381	0,000**
Sensibilidad	0,87	0,6	1.41	.87	-3,86364	0,000**
Depresión	0,98	0,62	1.69	.92	-5,68237	0,000**
Ansiedad	0,95	0,56	1.24	.81	-11,4766	0,000**
Hostilidad	0,75	0,54	.9	.71	-9,05715	0,000**
Fóbica	0,49	0,44	.58	.67	-11,2861	0,000**
Paranoide	0,81	0,67	1.02	.88	-5,22307	0,000**
Psicoticismo	0,7	0,51	.91	.71	-3,05094	0,001**

NOTA: *= $p \leq 0.05$; **= $p \leq 0.01$

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio con los obtenidos por los estudiantes de la Universidad de Santiago en el mismo estudio de Gempp y Avendaño (2008), se evidencia nuevamente mayor severidad sintomática en los sujetos estudiados en los índices y dimensiones, a excepción de la dimensión Hostilidad (ver **Tabla 13**).

Tabla 13. Comparación entre medias de diferentes estudios con universitarios chilenos según sus índices de malestar psicológico.

Escala	Santiago (N=232)		U. Chile (N=1039)		t	P
	Media	SD	Media	SD		
IGS	1,06	0,54	1.28	.68	-3,91006	0,000**
PSDI	1,9	0,4	2.18	.53	-5,9265	0,000**
SP	48,29	18,55	49.8	18.7	-2,2719	0,012**
Somatizaciones	1,15	0,73	1.31	.84	-2,74132	0,003**
Obsesiones	1,51	0,73	1.87	.87	-5,25194	0,000**
Sensibilidad	1,03	0,68	1.41	.87	-2,74423	0,003**
Depresión	1,22	0,7	1.69	.92	-3,99229	0,000**
Ansiedad	1,13	0,65	1.24	.81	-3,26212	0,001**
Hostilidad	0,83	0,64	.9	.71	-1,48504	0,069
Fóbica	0,57	0,57	.58	.67	-1,72486	0,042**
Paranoide	0,92	0,79	1.02	.88	-1,65079	0,050**
Psicoticismo	0,82	0,63	.91	.71	-2,29995	0,011**

NOTA: **p≤0.01

Finalmente, al comparar los resultados obtenidos con los de sus pares que consultan la Unidad de Psicología de su misma facultad, se observan diferencias significativas en el índice de Gravedad Global, en el índice de Malestar Positivo y en las dimensiones Obsesiones, Depresión, Ansiedad y Psicoticismo (ver **Tabla 14**).

Tabla 14. Comparación entre medias de la población estudiantil consultante de la Unidad de Psicología y de los estudiantes participantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Escala	U. de Chile Muestra		U. de Chile Consultante- Unidad		W	P
	media	SD	media	SD		
IGS	1.28	.68	1.36	.63	212760 (W)	.01*
PSDI	2.18	.53	2.29	.5	-3.80 (t)	.00014**
SP	49.8	18.7	51.32	17.4	-1.48 (t)	.13
Somatizaciones	1.31	.84	1.29	.79	234490 (W)	.71
Obsesiones	1.87	.87	2	.87	211420 (W)	.007**
Sensibilidad	1.41	.87	1.47	.84	223220 (W)	.26
Depresión	1.69	.92	1.9	.84	200570 (W)	3.95e-05**
Ansiedad	1.24	.81	1.36	.86	212410 (W)	.010*
Hostilidad	.9	.71	.95	.73	226140 (W)	.46
Fóbica	.58	.67	.64	.69	220510 (W)	.13
Paranoide	1.02	.88	.98	.8	237720 (W)	.42
Psicoticismo	.91	.71	1.1	.67	189310 (W)	2.123e-08**

NOTA: *=p≤0.05; **=p≤0.01

VIII. DISCUSIÓN

La prevalencia de malestar psicológico de severidad en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile es alta. Aproximadamente, uno de cada cinco estudiantes presenta sintomatología clínica de relevancia y requiere apoyo psicológico. Y si tomamos en consideración el sexo de éstos, la prevalencia de malestar psicológico de las mujeres es 1.5 veces mayor que la de sus pares varones. Si se comparan los resultados obtenidos con los obtenidos en las tres muestras del estudio de Gemp y Avendaño (2008), los estudiantes de la Facultad de Medicina tienen un índice de severidad en el malestar psicológico más elevado, aun cuando en las dimensiones no hubo una tendencia consistente.

La percepción de severidad de los síntomas, más allá de la información objetiva, es aún mayor que la prevalencia de malestar psicológico, lo que implica, que independientemente de los síntomas presentes, casi un tercio de los estudiantes vivencia un malestar psicológico que amerita consultar.

El número total de síntomas que experimentan los estudiantes es proporcionalmente más bajo, lo que explicaría la severidad del malestar y la percepción de severidad. Esto podría dar cuenta de un número acotado de síntomas, pero que tienen una gran severidad. Los síntomas que obtuvieron mayor severidad fueron los referidos a falta de motivación a hacer cosas, a sentirse con muy poca energía, nerviosismo, preocupación excesiva, sentirse enojado y dificultades para concentrarse y memorizar. Todos ellos asociados a sintomatología obsesiva, depresiva y ansiosa.

Las dimensiones que presentan una mayor prevalencia en la muestra total son Obsesiones, en primer lugar, Depresión, en un segundo lugar y Sensibilidad Interpersonal, en tercer lugar. Si comparamos las prevalencias en relación al sexo, vemos que las tres dimensiones más elevadas coinciden para ambos, pero que la prevalencia de depresión en mujeres es significativamente mayor a la encontrada en hombres. Lo mismo sucede con las prevalencias de las dimensiones de Somatización y Ansiedad Fóbica.

Continuando con el análisis comparativo de la severidad de los síntomas de acuerdo a índices globales y dimensiones primarias de síntomas, según sexo, las mujeres obtienen significativamente más severidad para el índice de Gravedad Global, el Total de

Síntomas, y las dimensiones Somatizaciones, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica y Hostilidad. Los hombres, en cambio, solo obtienen significativamente mayor severidad en la dimensión Ideación Paranoide, lo que resulta inesperado.

Aparentemente, la edad juega un papel relevante en la severidad de los síntomas. Esta tendería a ser más elevada entre los adolescentes y adultos jóvenes, tendiendo a disminuir al avanzar la edad, sobre todo en las dimensiones sintomáticas asociadas a sensibilidad interpersonal.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis respecto a que los índices globales y dimensiones sintomáticas se comportan de forma distinta según la carrera a la que pertenezcan los estudiantes. Mientras que los estudiantes de postgrado y de la escuela de Terapia Ocupacional presentan severidad global menor, los estudiantes de Nutrición, Tecnología Médica, Fonoaudiología y Obstetricia padecen de mayor severidad sintomática global. Estas mismas carreras aparecen con sus dimensiones sintomáticas más elevadas en severidad.

Al comparar la población estudiada con la de Temuco, esta reportaría índices globales similares, pero una mayor severidad en las dimensiones de Obsesiones y Psicoticismo. Al realizar el mismo ejercicio respecto a los estudiantes de Antofagasta, la población estudiada aparece con una severidad mayor en todos los índices globales y dimensiones sintomáticas. Finalmente, al comparar a los estudiantes con los de la Universidad de Santiago, estos últimos obtienen una severidad inferior en todos los índices y dimensiones, a excepción de la hostilidad, en que no diferirían significativamente.

Finalmente, si comparamos la población estudiada respecto a sus pares que consultaron en la Unidad de Psicología, se observa que tal como se planteara en la hipótesis, la población consultante obtiene mayor severidad para el malestar general, para la percepción de severidad general y para las dimensiones de Obsesiones, Depresión, Ansiedad y Psicoticismo.

Los resultados al comparar nuestra muestra con las de la población general (Gempp y Avendaño, 2008), eran predecibles. Se han estudiado diversos factores que aumentan el estrés en estudiantes de ciencias médicas (Celis et al, 2001), con graves

consecuencias para la salud mental, como el síndrome de *burnout* (Greig y Fuentes, 2009), el abuso de sustancias, y las conductas violentas (Perales et al, 2003). Sin embargo, este estudio no indica factores precipitantes y vulnerabilidades que expliquen el fenómeno. Falta aún mucho por investigar respecto a los perfiles de funcionamiento asociados a la elección profesional, así como ampliar dicha investigación al resto de carreras de la salud. La mayoría de los estudios se han realizado en población de estudiantes de Medicina y Enfermería, pero según arroja nuestro estudio, existen otras carreras como Nutrición, Tecnología Médica y Obstetricia que han sido escasamente estudiadas.

Por otro lado, la mayor prevalencia y severidad de los síntomas entre las mujeres, se condice con la literatura (Delara y Woodgate, 2015; Divaris et al., 2013; Hyun et al, 2006; Marques et al., 2015; Toews et al., 1997). Existen estudios que atribuyen este fenómeno a las diferencias biológicas entre sexos (Gaviria y Alarcón, 2010), sin embargo, no se puede desconocer la incidencia del género femenino, asociado al contexto socio-histórico y cultural, en el desencadenamiento de la psicopatología en la mujer. Alrededor del mundo, en mayor o menor grado, aún existen diferencias según género en el acceso a la educación, las remuneraciones, la vulnerabilidad a la violencia de género, el acceso a posiciones de poder económico y político, entre otras (Observatorio Contra el Acoso Callejero [OCAC], 2015; ONU Mujeres, 2016; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2010). Frente a esta situación, resulta de crucial relevancia continuar los estudios, posiblemente desde una perspectiva más cualitativa, para conocer desde la percepción de los mismos estudiantes el rol que juega su sexo e identidad de género en sus estudios, en su vivencia de capacidad de enfrentamiento al estrés, y si existen factores que los predisponen desde esa arista a un sufrimiento mental mayor o menor. Asimismo, parece de relevancia investigar si existen o si se perciben diferencias en materia de derechos de las estudiantes de la Facultad, así como las medidas que la Universidad toma para corregir toda discriminación o abuso en las aulas y campus clínicos.

Las diferencias encontradas en los análisis según carrera de pertenencia podrían estar indicando posibles factores protectores, o bien, patologizantes en las distintas carreras. Para llegar al fondo del fenómeno, habría que investigar si existe una vulnerabilidad previa a la elección de carrera, si se produce al ingresar a ciertas carreras

de la salud, o bien, se da una combinación de ambas. También de qué forma se relacionan las vulnerabilidades con las que llegan los estudiantes con las características y exigencias de la formación académica para el desarrollo de la psicopatología. Algunos elementos a estudiar serían las características de las mallas curriculares, el apoyo percibido en el proceso de enseñanza-aprendizaje, las políticas de salud mental y calidad de vida universitaria, las redes de apoyo, el uso del tiempo y el estilo de vida saludable. Sería apropiado un acercamiento investigativo a estas carreras de forma exploratoria para comenzar a dilucidar las múltiples preguntas que surgen al respecto.

También era esperable que la población consultante obtuviera mayor severidad en el malestar y sintomatología. Las dimensiones con mayor severidad, a excepción de Psicoticismo, coinciden con los motivos de consulta más frecuentes en la misma población (Villacura, et al. 2014). Sí llama profundamente la atención, que los estudiantes que más consultan corresponden a carreras distintas a las que aparecen más afectadas en el estudio. De este modo, se requiere investigar este fenómeno, en cuanto a variables que intervienen en la decisión de consultar, razones para el aumento en la consulta y evolución de los motivos de consulta y severidad de los cuadros al momento de consultar.

Resulta relevante y necesario poner mayor atención a la salud mental entre quienes estarán en un futuro próximo a cargo de promover y resguardar la salud pública en Chile. El grupo en estudio tuvo promedios mayores a la población estudiantil general (Gempp y Avendaño, 2008), en diversos contextos en Chile, lo que nos muestra que nuestros estudiantes están en una situación de vulnerabilidad respecto de sus pares.

La situación expuesta en esta investigación revela que la salud mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile no está en una condición óptima. Esto no es sino el reflejo de lo que ocurre a nivel nacional. Cuando se estima que un 17,3% de los chilenos ha padecido depresión en el último año, y el suicidio es la segunda causa de muerte en Chile (MINSAL, 2009, citado en Valdez y Errázuriz, 2012), esto resulta evidente.

REFERENCIAS

1. Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Cova, F., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 105-112.
2. American Association of Psychiatry [APA]. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Barcelona: Elsevier Masson.
3. American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
4. Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. y Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 128-133.
5. Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
6. Beck, A., Steer, R. & Brown, G (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
7. Bergly, T., Nordfjaem, T., y Hagen, R. (2013). The dimensional structure of SCL-90-R in a sample of patients with substance use disorder. *Journal of Substance Use, Early Online*, 1-5.
8. Brilsin, R. (1986). The wording and translation of research instruments. En W. Lonner y J. Berry (eds.). *Field methods in cross-cultural psychology* (Pp. 137-164). Newbury Park, CA: Sage Publications.

9. Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
10. Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30.
11. Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), Pp. 297-334.
12. Delara, M., y Woodgate, R. (2015). Psychological Distress and its Correlates among University Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28.
13. Derogatis, L. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
14. Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (Tercera Edición). Minneapolis: National Computer Systems.
15. Derogatis, L. Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E. y Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, Pp. 1-15.
16. Derogatis, L. y Savitz, K. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. e: Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting*, Pp. 297-334.
17. Divaris, K., Mafla, A., Villa-Torres, L., Sánchez-Molina, M., Gallego-Gómez, C., Vélez-Jaramillo, L., ... Polychronopoulou, A. (2013). Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. *BMC Medical Education*, 13.

18. Dörr, O. (1995). *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una Psiquiatría de orientación Fenomenológico-Antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
19. Galli, E., Feijoó, L., Roig, I., & Romero, S., (2001). Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: Informe preliminar epidemiológico. *Revista Médica Herediana*, 13(1), 19-25.
20. Gaviria, S. y Alarcón, R. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (2). 389-404.
21. Gempp, R., Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica* 2008, 26 (1), Pp. 39-58.
22. Greig, D, y Fuentes, X. (2009). "Burnout" o Agotamiento en la práctica Diaria de la Medicina. *Revista Chilena de Cardiología*, 28, 403-407.
23. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación, 4ª edición*. México D. F.: McGraw-Hill.
24. Holm-Hadulla, R., Kress, V., Sperth, M. y Hofmann, F. (2013). *Mental Health of University Students in Germany*. Heidelberg: University of Heidelberg.
25. Hyun, J., Quinn, B., Madon, T., y Lustig, S. (2006). Graduate Student Mental Health: Needs Assessment and Utilization of Counseling Services. *Journal of College Student Development*, 47 (3).
26. Marques, J., Machado, D., Ouakinin, S. y Figueira, M. (2015). Vulnerability to stress and psychopathology among third year medical students. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 2015, 2 (3).

27. Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., ... Aguilar, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4). DF., México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
28. Murillo, G. (2003). Aspectos históricos y psicopatológicos de los conceptos de personalidad normal y anormal. En Riquelme, R. y Oksenberg, A. (Editores). (2003) *Trastornos de Personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
29. Observatorio Contra el Acoso Callejero [OCAC]. (2015). *¿Está Chile dispuesto a sancionar el acoso callejero? Estudio de caracterización y opinión sobre el acoso sexual callejero y sus posibles sanciones*.
30. Olsen, L., Mortensen, E. y Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90-R versions validated by ítem response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (3), Pp. 225-229.
31. ONU Mujeres. (2016). *Informe Anual 2015-2016*.
32. Parloff, M., Kelman, H. y Frank, J. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111 (5), Pp. 343-352.
33. 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), Pp. 239-246.
34. Prince, J. PhD. (2015). University Student Counseling and Mental Health in the United States: Trends and Challenges. *Mental Health and Prevention*, 4.
35. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2010). *Desarrollo Humano en Chile. Género: los desafíos de la igualdad*.

36. Román, C., Ortíz, F., & Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46 (7), 1-8.
37. Schmitz, N., Hartkamp, N. y Franke, G. (2000). Assessing clinically significant change: Application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86, Pp. 263-274.
38. Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L. y Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: The General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry Epidemiology*, 34, Pp. 360-366
39. Toews, J., Lockyer, J., Dobson, D., Simpson, E., Brownell, K., Brenneis, F., ... Cohen, G. (1997). Analysis of Stress Levels among Medical Students, Residents, and Graduate Students at Four Canadian Schools of Medicine. *Academic Medicine*, 72 (11).
40. Valdés C. y Errázuriz P. (2012). Salud Mental en Chile, El Paciente Pobre del Sistema de Salud. *Claves de Políticas Públicas. Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales. 2012*, (11).
41. Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7ª edición)*. Barcelona: Elsevier Masson.
42. Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio Chileno de Prevalencia de patología Psiquiátrica (DSM-III/CIDI) (ECP). En *Revista Médica de Chile 2002*, 130 (5). Pp. 527-536.
43. Villacura, L., Irrázabal, N., Dörr, A., Zamorano, C., Manosalva, J., Cánovas, C., Zamorano, M. y Barra, N. (2014). Mental disorders of students at the University of Chile. En *Mental Health & Prevention*, 3. Pp. 21-25.

44. Wariznak, Z. (1982). Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalization. *Social psychiatry*, 17. Pp. 149-154

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

EVALUACIÓN DEL MALESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Nombre del Investigador principal :Ps. Leonor Villacura Avendaño
Institución : Unidad de Psicología, Dirección de asuntos estudiantiles, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Teléfono : (+56 02) 29786481

Le invitamos a participar en el proyecto de investigación “Evaluación del malestar psicológico en los estudiantes de ciencias médicas de la Universidad de Chile” con el propósito de conocer la prevalencia del malestar psicológico en los estudiantes de los distintos años de las carreras impartidas en la Facultad de Medicina y así desarrollar estrategias de ayuda y acompañamiento, así como mejorar los planes de prevención del desarrollo de patologías psiquiátricas en nuestros estudiantes.

El malestar psicológico se presenta de diferentes maneras, que incluyen, pero no se limitan a: problemas anímicos, ansiedad, hostilidad, malestar somático, sentimientos de inferioridad, obsesiones y compulsiones, crisis de pánico, fobias, desórdenes en los ciclos vitales (sueño, alimentación), pensamientos paranoicos y síntomas psicóticos. La presencia de malestar psicológico no representa necesariamente la existencia de un trastorno psicológico como tal.

El estudio incluirá a una muestra de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que quieran participar voluntariamente. Si Ud. acepta, deberá contestar el Inventario de Sintomatología (*SymptomChecklist [SCL-90-R]*), desarrollado por Leonard Derogatis, PhD., que evalúa la presencia y nivel de malestar psicológico. Cada ítem del inventario describe un síntoma y tiene cinco opciones de respuesta, que van desde “nada” hasta “mucho”. Ud. deberá señalar frente a cada síntoma la frecuencia con la que lo ha sentido, *durante la última semana, incluyendo el día de hoy*. La duración aproximada de esta aplicación es de 20 minutos.

A partir de los resultados obtenidos en el inventario se establecerá la prevalencia del malestar psicológico en la muestra, lo que permitirá establecer comparaciones con estudios similares en otras muestras de estudiantes. Estos datos serán útiles para desarrollar estrategias de acompañamiento y prevención de patologías psiquiátricas para los estudiantes de la Facultad de Medicina en la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles. Los resultados obtenidos en el inventario por parte de los estudiantes son absolutamente confidenciales, y los datos serán encriptados para imposibilitar la identificación de los participantes.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y Ud. tiene plena libertad para retirarse en cualquier momento, dejando de contestar el inventario. Si Ud. decide no participar en esta investigación, esto no implicará ninguna consecuencia para Ud. Su participación en el estudio no es conducente a ninguna compensación económica o de otra naturaleza.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, y anonimato, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación mantendrá el completo anonimato de los participantes.

Si Ud. requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o necesita información adicional puede llamar a su Investigadora: Leonor Andrea Villacura Avendaño al teléfono: (+56 02) 29786481.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto "Evaluación del malestar psicológico en los estudiantes de ciencias médicas de la Universidad de Chile".

Nombre del sujeto

Firma

Fecha

2. CARTA INFORMATIVA

EVALUACIÓN DEL MALESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Estimado estudiante, queremos invitarte a participar en el estudio “Evaluación del malestar psicológico en los estudiantes de ciencias médicas de la Universidad de Chile”, cuyo objetivo es conocer la distribución de dicho fenómeno en los estudiantes de las distintas carreras de nuestra Facultad.

Este estudio se enmarca en la línea de trabajo de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles, de calidad de vida universitaria, que se propone conocer el estado mental, estilo de vida y bienestar de los estudiantes, vinculados a la vida universitaria, para así proponer mejoras a nuestra Facultad, que permitan una formación integral y equilibrada.

La información derivada de este estudio permite además, seguir trabajando en la atención personalizada a los estudiantes en nuestra Unidad, así como en la construcción de nuevos talleres y Cursos de Formación General que satisfagan las necesidades de ustedes.

Toda la información derivada de tu participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, y anonimato. Participar es realmente muy importante y sólo toma 20 minutos de tu tiempo.

Nos interesa saber cuál es tu realidad y poder conocer si existen diferencias en las carreras, y entre distintas Facultades. Por eso es muy relevante la participación de todos los estudiantes.

Ps. Leonor Villacura

Directora

Unidad de Psicología

Dirección de Asuntos Estudiantiles

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

3. INSTRUMENTO UTILIZADO

SCL-90-R

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

Edad: **Fecha de hoy:***Marcar con una cruz las opciones que correspondan***Asiste o asistió alguna vez a la Unidad de Psicología de la DAE:** No Sí, en esta fecha:**Sexo:** Femenino Masculino**Carrera a la que pertenece:** Medicina Kinesiología Terapia ocupacional Enfermería Obstetricia y puericultura Tecnología Médica Fonoaudiología Nutrición y Dietética**Año que cursa:** 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° Otro:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA –MUY POCO - POCO -BASTANTE- MUCHO

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

		Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1.	Dolores de cabeza.					
2.	Nerviosismo.					
3.	Pensamientos desagradables que no se van de mi cabeza					
4.	Sensación de mareo o desmayo					
5.	Falta de interés en relaciones sexuales.					
6.	Criticar a los demás.					
7.	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos					
8.	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9.	Tener dificultad para memorizar las cosas.					
10.	Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo					
11.	Sentirme enojado/a, mal humorado/a					
12.	Dolores en el pecho.					
13.	Miedo a los espacios abiertos o las calles					
14.	Sentirme con muy pocas energías.					
15.	Pensar en quitarme la vida.					
16.	Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17.	Temblores en mi cuerpo.					
18.	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19.	No tener ganas de comer.					
20.	Llorar por cualquier cosa.					
21.	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22.	Sentirme atrapado/a o encerrado/a.					
23.	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24.	Explotar y no poder controlarme.					
25.	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26.	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27.	Dolores en la espalda.					
28.	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29.	Sentirme solo/a .					
30.	Sentirme triste.					
31.	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32.	No tener interés por nada.					
33.	Tener miedos.					
34.	Sentirme herido en mis sentimientos.					
35.	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					

36.	Sentir que no me comprenden.					
37.	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
		Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
38.	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que Están bien hechas.					
39.	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40.	Náuseas o dolor de estómago.					
41.	Sentirme inferior a los demás.					
42.	Calambres en manos, brazos o piernas.					
43.	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44.	Tener problemas para dormirme.					
45.	Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46.	Tener dificultades para tomar decisiones.					
47.	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48.	Tener dificultades para respirar bien.					
49.	Ataques de frío o de calor.					
50.	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque Dan miedo.					
51.	Sentir que mi mente queda en blanco.					
52.	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53.	Tener un nudo en la garganta.					
54.	Perder las esperanzas en el futuro.					
55.	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56.	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57.	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58.	Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
59.	Pensar que me estoy por morir.					
60.	Comer demasiado.					
61.	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62.	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63.	Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64.	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65.	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme,tocar cosas.					
66.	Dormir con problemas, muy inquieto/a					
67.	Necesitar romper o destrozar cosas.					
68.	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69.	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70.	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					

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