



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Prevalencia del Malestar Psicológico y de las Sintomatologías Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autores : Lic. Ps. Rodrigo Herbage A.
Lic. Ps. Karla Ruz S.

Profesora Patrocinante : Mg. Ps. Leonor Villacura A.

Profesora Guía : Mg. Ps. Leonor Villacura A.

Profesor Guía Metodológico : Prof. Ilse López B.

2018

Agradecimientos

Rodrigo:

A las directamente involucradas en la elaboración de este granito de arena: A Karla por permitir que este extraño le acompañe en momentos vitales y compartir con disposición incondicional su tiempo y trabajo. A Leonor por el proyecto al que ha dedicado sus energías y a su perseverancia ejemplar. A Claudia, por su escucha dedicada, palabra precisa y furgón escolar matutino. A Ilse y su paciencia comprometida con la formación académica. A Elena por su saludo y sospecha.

Al círculo íntimo, a la familia por el apoyo, a Francisca por su compañía, a los Tunantes por la inquietud y a Daniela por la confianza. A *La Piazza* y sus rumbos turbios y a mis colegas de la Unidad de Psicología de la Facultad de Medicina.

A aquellos que a la distancia han contribuido a generar las condiciones de posibilidad para que una curiosidad busque satisfacción en cualquier parte del mundo.

Karla:

Gracias a Leonor e Ilse, por ser unas grandes guías y por su enorme ayuda. Gracias a Claudia y Elena por el interés, apoyo y cariño. A Rodrigo por el compromiso y ser un excelente compañero.

Gracias a mi familia por la espera, amor y apoyo incondicional. Por las repetidas preguntas de mi abuelo diciendo “¿Cuándo termina?” y por la confianza de mi mamá. A José, por su amor, ánimo y paciencia infinita. Disculpas a mi abuela por la demora y que no alcanzara a ver el resultado.

INDICE

RESUMEN	4
I. INTRODUCCIÓN	5
II. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
III. HIPÓTESIS	8
IV. OBJETIVOS	8
V. MARCO TEÓRICO	10
5.1. Conceptualización.	10
5.1.1. Malestar Psicológico.	10
5.1.2. Sintomatología Depresiva.	12
5.1.3. Sintomatología Ansiosa.	14
5.2. Prevalencia de malestar psicológico, sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios.	16
VI. MARCO METODOLÓGICO	21
6.1. Variables en estudio.	21
6.2. Enfoque y diseño de la investigación.	24
6.3. Grupo en estudio.	24
6.4. Instrumentos.	25
6.5. Procedimiento y análisis de información.	32
6.6. Resguardos éticos.	32
VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
7.1. Análisis descriptivo de la muestra.	34
7.2. Análisis de Prevalencias.	36
7.2.1 Análisis de Prevalencia de Malestar Psicológico.	36
7.2.2. Análisis de Prevalencia de Sintomatología Depresiva y Ansiosa según BDI-II y BAI.	46
VIII. DISCUSIÓN	61
IX. REFERENCIAS	70
X. ANEXOS	78

RESUMEN

El siguiente estudio, de enfoque descriptivo-comparativo, tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de Malestar Psicológico y de las Sintomatologías Depresiva y Ansiosa en estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Para ello se utilizaron el Inventario de Sintomatología (SCL-90-R), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). La relevancia de esta investigación radica en conocer las condiciones psicológicas de los estudiantes de las carreras de Odontología y Ciencias Sociales, para establecer planes de acción atinentes de prevención y promoción de la salud mental. Los resultados arrojaron altas tasas de prevalencia de malestar psicológico y sintomatología depresiva. Siendo las estudiantes de sexo femenino y los estudiantes de cuarto año de Odontología, quienes presentaron puntajes más altos en la mayoría de los indicadores. Además, las tasas de prevalencia resultaron significativamente mayores que en estudios previos con poblaciones similares.

Palabras clave: Malestar Psicológico, Sintomatología depresiva, Sintomatología ansiosa, estudiantes universitarios, SCL-90-R, BDI-II, BAI.

I. INTRODUCCIÓN

La universidad se caracteriza por ser un lugar de desarrollo de las ciencias, por la formación académica y profesional de sus estudiantes. Pero además es un lugar donde los alumnos forman grupos sociales, participan de actividades extracurriculares, desarrollan habilidades de comunicación, establecen relaciones con futuros colegas, etc. Por ende, se trata de una instancia en la que lo académico y lo social se mezclan, dando lugar a exigencias y expectativas que se desarrollan ahí.

Si se caracteriza a los universitarios en términos evolutivos, se situarían en la adolescencia tardía y comienzo de la adultez, una etapa compleja del ciclo vital, en la cual surgen algunos problemas de salud mental no presentados tan frecuentemente en etapas previas, como los trastornos del ánimo y ansiosos (Harrington, 2002 citado en Alvial et al., 2007). Además, en esta etapa las conductas de riesgo se tornan una causa importante de muerte, lo que ha generado interés en el campo de la salud mental por investigar a la población de estudiantes universitarios (Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C., González, I., Sepúlveda, R. y Rojas, G., 2006).

Algunas investigaciones acerca de la prevalencia a nivel nacional e internacional han concluido que muchos estudiantes universitarios presentan problemas para llevar la complejidad de esta etapa, desarrollando diversos síndromes psicopatológicos (Alvial, et al., 2007; Galli, Feijóo, Roig, y Romero, 2001; Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Hyun, Quinn, Madon y Lustig, 2006; Villacura, Irarrázabal y López, 2012; Prince, 2015). Un estudio que investigó la prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de Odontología, encontró que éste no difería de la población general durante los primeros semestres, pero aumentaba significativamente hasta alcanzar un 78.1% en el quinto semestre con sintomatología depresiva clínicamente significativa (Burger, 2016).

En un estudio en que se comparó el nivel de malestar psicológico entre estudiantes de psicología y medicina se obtuvo que el 28% de los primeros y el 18 % de los segundos obtuvo un puntaje indicativo de presencia de malestar psicológico en muy alto nivel (Bacchi y Licinio, 2016). Por otro lado, en la experiencia nacional, en una investigación de la Universidad de los Andes se observaron niveles más altos de estrés en estudiantes de medicina en comparación con estudiantes de psicología, en el primer año de sus carreras (Marty, Lavín, Figueroa, Larraín de la C. y Cruz., 2005).

En la presente investigación se buscará medir el malestar psicológico utilizando el Inventario de Sintomatología (Symptom Checklist [SCL-90-R]) y los inventarios de Beck para sintomatología depresiva y ansiosa (BDI-II y BAI, respectivamente), esto con el fin de conocer su prevalencia en los estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile y establecer comparaciones entre subgrupos así como entre resultados de investigaciones similares.

Los resultados que se obtengan pueden ser un valioso aporte para las políticas de salud mental de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile, ya que brindará evidencia para establecer planes de acción atingentes y contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de los estudiantes. Es necesario mencionar que la Universidad de Chile expresó su preocupación por la promoción de salud y bienestar de sus estudiantes (Universidad de Chile, 2003). En esta línea, se adhiere al modelo de Universidad Saludable, estas instituciones incorporan la promoción de salud con el propósito de mejorar la calidad de vida de quienes participan en ella, además de transformarlos en modelos promotores de hábitos saludables en sus familias y entorno (Lange y Vio, 2006).

El diseño de investigación a utilizar será no experimental, transversal y descriptivo-comparativo. Los datos serán recolectados en un momento definido con el fin de hacer una descripción de las variables que se encuentran en estudio en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Los datos que se busca medir y evaluar hacen referencia a la presencia y gravedad tanto de malestar psicológico como de sintomatología depresiva y ansiosa, además de hacer las comparaciones según sexo, carrera y nivel de estudios. Posteriormente, se hará una comparación de los resultados obtenidos en las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología, como con estudios similares realizados en población universitaria.

La población en estudio son los estudiantes de las facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Se incluirán estudiantes de todas las carreras impartidas en estas Facultades y de los diferentes años de estudio, con el fin de investigar las posibles diferencias entre carreras y niveles.

La participación en el estudio será de carácter voluntario y la administración será en línea, previa aceptación del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos.

El presente estudio se enmarca 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. Esta investigación tiene el interés de evaluar a la Facultad de Odontología y Ciencias Sociales dando continuidad a un proyecto (Villacura et. al., 2015) que pretende evaluar la prevalencia de malestar psicológico en toda la Universidad de Chile.

II. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En Chile, a partir de 1990 existen registros de estudios empíricos sobre la salud mental y alteraciones psicopatológicas más frecuentes en los estudiantes universitarios (Antúnez y Vinet, 2013). Uno de estos, realizado en la Universidad de Concepción, arrojó altas prevalencias para los trastornos depresivo y ansioso en estudiantes de diversas facultades. Estos fueron evaluados a través de los inventarios BDI-II y BAI de Beck; en los que hallaron que un 22% de las mujeres y un 10,6% de los hombres presentaban síndrome depresivo. Mientras que un 23,8% éstas y un 10,7% de sus pares varones presentaban síndrome ansioso (Alvial et al., 2007). En otro estudio realizado en la Universidad de Santiago, se evaluó a estudiantes usuarios de atención psicológica y/o psiquiátrica en el Servicio de Salud Estudiantil de esa universidad. Un 22,8% de ellos presentó algún trastorno del ánimo, y un 20,9% algún trastorno de ansiedad, siendo significativamente mayor éste último en los estudiantes hombres (Antúnez y Vinet, 2013). Más recientemente, una investigación acerca de la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina de la Universidad de Chile arrojó una prevalencia de 35,4% de sintomatología depresiva y de 30,3% de sintomatología ansiosa, clínicamente significativa según los inventarios de BDI-II y BAI de Beck, observándose además una prevalencia significativamente mayor comparado a estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile y Universidad de Concepción. (Villacura, Irrázabal y López, 2012)

Hay algunos hechos que llaman la atención sobre los datos expuestos anteriormente. El estudio de la salud mental universitaria, es algo reciente y desde el año 2015 con la publicación en la revista *Mental Health and Prevention*, con un número especialmente dedicado a este tema, se reconoce la salud mental estudiantil como un área importante de intervención psicológica, en donde deben diseñarse dispositivos de intervención para apoyar a los estudiantes y prevenir el deterioro de su salud mental. (Holm-Hadulla y Koutsoukou-Argyraki, 2015). Por otro lado, faltan

evaluaciones de otros tipos de sintomatologías, además de la ansiosa y la depresiva, en las poblaciones estudiadas, para poder caracterizar mejor a la población estudiantil. Además, la investigación se ha concentrado mayormente en la evaluación de estudiantes de la carrera de medicina o en estudios de población universitaria sin diferenciación por carrera, por lo mismo, resulta interesante observar lo que sucede con estudiantes de ciertas carreras, en este caso, de las facultades de odontología y ciencias sociales.

El presente estudio está enfocado en evaluar el estado de la salud mental de los estudiantes y ayudar en la planificación de medidas preventivas de desarrollo de psicopatología.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, se formularon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile? ¿Cuál es la sintomatología que más prevalece en estos sujetos? ¿Existen diferencias en el nivel de malestar psicológico según género? ¿Existen diferencias en el nivel de malestar psicológico según carrera? ¿Existen diferencias en el nivel de malestar psicológico según nivel de estudios? ¿Se condicen los resultados de esta investigación con los de investigaciones similares en otras poblaciones de estudiantes universitarios?

III. HIPÓTESIS

De acuerdo con las investigaciones recién señaladas, en torno a los factores de estrés en estudiantes y prevalencias de malestar, se plantea la siguiente hipótesis:

Los estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile presentarán diferencias significativas en los puntajes obtenidos en los inventarios SCL 90-R, BDI-II y BAI según sexo, carrera y año académico.

IV. OBJETIVOS

4.1.- Objetivo General del Estudio

Evaluar la presencia de malestar psicológico, y sintomatología depresiva y ansiosa en los alumnos regulares de las carreras de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile del período académico 2018.

4.2.- Objetivos Específicos del Estudio

4.2.1.- Determinar la prevalencia de malestar psicológico a través de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R y de los índices globales del SCL-90-R.

4.2.2.- Describir la prevalencia por sexo de malestar psicológico a través de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R y de los índices globales del SCL-90-R.

4.2.3.- Describir la prevalencia por carrera de malestar psicológico a través de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R. y a través de los índices globales del SCL-90-R.

4.2.4.- Describir la prevalencia por nivel de estudios de malestar psicológico a través de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R. y a través de los índices globales del SCL-90-R.

4.2.5.- Medir las sintomatologías depresiva y ansiosa a través de los inventarios BDI-II y BAI, respectivamente, en el total de la muestra de estudiantes

4.2.6.- Determinar la proporción de estudiantes con síndrome depresivo y la proporción con síndrome ansioso.

4.2.7.- Calcular la prevalencia del síndrome depresivo según sexo, carrera, nivel de estudios.

4.2.8.- Calcular la prevalencia del síndrome ansioso según sexo; carrera y nivel de estudios.

4.2.9.- Comparar la sintomatología depresiva según sexo, carrera, nivel de estudios.

4.2.10.- Comparar la sintomatología ansiosa según sexo, carrera, nivel de estudios.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Conceptualización

5.1.1.- Malestar Psicológico

En la literatura de salud abundan artículos que discuten sobre el malestar relacionado con los signos y síntomas de los pacientes con enfermedades agudas y crónicas; estas incluyen molestias físicas y angustia mental (McClement et al. 1997; Holley 2000; Cox et al. 2002; Nordin et al. 2002; Shaver et al. 2002). Lazarus (1998) identificó que el malestar causado por una enfermedad, es uno de los problemas más conmovedores enfrentados por los individuos e incomprendido por los profesionales de la salud, no sólo por desconocer el impacto del malestar en los individuos, sino que también, por juzgar ese sufrimiento como incapacidad de la persona para lidiar con su malestar.

El malestar psicológico (*psychological distress*) ha sido continuamente referido en la literatura sobre salud, aunque raramente definido con precisión como concepto, lo que produce confusión a la hora de rastrear sus antecedentes teóricos, siendo habitual su reconocimiento como concepto empírico a partir de investigaciones en distintas disciplinas.

En un análisis conceptual que buscaba clarificar el término, Ridner (2004) notó que el malestar psicológico raramente es definido como un concepto único, sino que está incluido en el contexto de tensión (*strain*), estrés (*stress*) y distrés (*distress*) (Selye 1974; Aitken, 1975; Murray y Huelskoetter 1983; Knapp 1988).

Existen definiciones a partir de la teoría del estrés y su afrontamiento, en donde es conceptualizado como el estado emocional que un individuo siente en respuesta al afrontamiento de situaciones perturbadoras, frustrantes o percibidas como dañinas o amenazantes (Selye, 1976; Lazarus y Folkman, 1984).

El malestar psicológico también ha sido definido como resultado de una mala regulación emocional (Stanton et al., 2007) o un funcionamiento psicológico desadaptativo (Abelhoff et al., 2000). También ha sido conceptualizado en estudios acerca de salud física y mental, como estados emocionales que engloban la falta de entusiasmo, problemas del sueño, abatimiento, desesperanza sobre el futuro, labilidad emocional, aburrimiento o desinterés y pensamientos suicidas (Burnette y Mui, 1994).

Existen definiciones que lo describen como un ánimo displacentero o un estado afectivo que puede ser concebido como positivo o negativo, usualmente evaluado como síntomas subjetivos de depresión y/o ansiedad porque estos constructos pueden ser fácilmente medidos con instrumentos estandarizados en la práctica clínica (Portenoy y Bruera, 2003).

El término malestar emocional (*emotional distress*) es a menudo intercambiado con malestar psicológico (*psychological distress*) o el inespecífico distrés (*distress*) al ser consideradas más aceptables o menos estigmatizantes para los pacientes y denota al malestar psicológico como una respuesta normal (Jacobsen et al., 2005; Trask et al., 2002). Si bien el malestar psicológico es una respuesta común ante el estrés o una enfermedad, puede volverse desadaptativo cuando es prolongado y acompañado por otros factores de riesgo o características definitorias de trastornos depresivos o ansiosos. (Stanton et al., 2007).

Por otro lado, si abordamos la discusión en torno al malestar psicológico en idioma castellano, Gempp y Avendaño (2008) insisten que la traducción al español distrés (de *distress*) resulta imprecisa, ya que el prefijo dis- en español implica una ausencia, en este caso, de estrés, lo que provoca confusión a la hora de conceptualizar *distress*, por lo que sugieren que malestar psicológico sería una traducción mucho más precisa.

En idioma castellano casi no existe información de sus antecedentes teóricos o definiciones conceptuales desde la psicología. Desde las ciencias médicas, Morales-Carmona (2005) conceptualiza el malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento y estos no podrían ser agrupados en un padecimiento tras no reunir los criterios científicos, sino que experimenta su condición con incomodidad.

Ridner (2004) sugiere que el término malestar psicológico (*psychological distress*) es más preciso que el inespecífico distrés (*distress*) para describir la respuesta del individuo a la enfermedad sobre la cual intervienen los profesionales de la salud. Malestar psicológico es entonces definido como el estado emocional experimentado por una persona en respuesta a un estresor específico o demanda que puede resultar en daño temporal o permanente.

Incluso cuando los pacientes no encajan con los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo o ansioso, pueden tener formas de malestar psicológico que pueden ser considerados como señal de una adaptación deficiente (Polonsky et al., 2000). Un número de atributos esenciales fueron identificados por Ridner (2004) incluyendo la percepción de la inhabilidad para lidiar efectivamente, cambios en el estado emocional, molestia, comunicación de molestia y daño.

En ese sentido, la conceptualización propuesta por Derogatis (1975), que define al malestar psicológico desde la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático de una persona, asociado a los síntomas presentes y a la amplitud y diversidad de la psicopatología que presenta. Sería la más adecuada para la presente investigación, ya que sus atributos lo comprenden como un fenómeno emocional, de múltiples etiologías y que se expresa en distintas dimensiones en la vida de una persona.

5.1.2. Sintomatología Depresiva

La depresión, junto con la manía, forma parte de los patrones básicos de síntomas de los trastornos del estado de ánimo. Se caracteriza principalmente por el estado de ánimo disfórico y la pérdida de interés o placer, lo cual se refleja en lo dicho por los pacientes al describir el síntoma como un dolor emocional angustioso (Sadock, 2004).

De acuerdo con lo dicho por Vallejo (2011) “el eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal” (p.410). Por lo mismo, para el autor, la sintomatología depresiva se divide en 5 áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos.

Por otra parte, Otto Dörr (1995) propone que la sintomatología depresiva se puede dividir en 3 grupos: el primero tendría relación con el “cambio de la experiencia corporal”, dentro de este grupo se encontraría el decaimiento, la falta de ánimo y fuerzas, la pesadez corporal, la ansiedad localizada corporalmente y la tristeza vital. El segundo, se relacionaría con el “cambio en la ritmicidad biológica”, aquí se encuentran síntomas como insomnio, oscilaciones del ánimo, anorexia, constipación, bradicardia y disminución de la libido. Finalmente, el tercer grupo sería el de la “inhibición-agitación”, que estaría formado por problemas de concentración, rumiación, ansiedad y agitación psicomotriz.

En cuanto a los factores que pueden influir en el desarrollo de la sintomatología depresiva se pueden considerar factores biológicos, genéticos, psicosociales, situaciones vitales, estrés ambiental, personalidad, etc. Dependiendo del modelo psicológico desde el que se aborde la depresión se desprenden sus factores etiológicos asociados.

Desde el modelo biológico, la depresión podría tener una predisposición genética y estar relacionada con bajos niveles de serotonina y norepinefrina, dos neurotransmisores encargados principalmente de controlar la atención y las acciones de respuesta a elementos estresores, así como también, mantener el equilibrio del estado de ánimo (Gerrig y Zimbardo, 2005).

Por otro lado, desde el modelo psicodinámico, Freud (1917) describe los síntomas de la melancolía con un predominio de lo anímico, donde se genera un desinterés total por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar, se produce una inhibición de la productividad y una baja autoestima que se manifiesta en autorreproches y una actitud excesivamente crítica consigo mismo; argumentó que la persona "predispuesta" a la depresión debió experimentar la pérdida de su padre o madre, o quizás estos no satisficieron las necesidades de amor y cuidados, por lo tanto, la hipótesis central es que la depresión es generada por experiencias traumáticas durante la infancia, carencias e interferencias en la relación de apego, las cuales provocan un déficit en el desarrollo psíquico que se traduce en una respuesta negativa de la persona frente a nuevas situaciones estresantes.

Finalmente, desde el modelo cognitivo el mundo se comprende e interpreta dependiendo de nuestros esquemas mentales, de esta forma, en la depresión las representaciones mentales acerca de sí mismo y el mundo externo están formadas por numerosas experiencias aversivas, producidas por los patrones establecidos de percepción del mundo, y que provocan que el individuo tenga visiones negativas de los eventos de su vida (Brewin, 1996).

Beck propone tres conceptos específicos para explicar la depresión. El primero es la *tríada cognitiva*, la cual consiste en tres patrones cognitivos a partir de los cuales el individuo se observa a sí mismo, a su experiencia y su futuro de manera negativa (Beck, 1983).

El segundo concepto corresponde a *los esquemas del pensamiento depresivo*. Este designa ciertos patrones estables en los que se basa el individuo para localizar, diferenciar y codificar los estímulos a los cuales se ve enfrentado, por lo tanto, los tipos de esquemas determinan la manera en que el individuo estructurará su experiencia. Estos patrones pueden pasar largos períodos inactivos, y activarse frente a determinados estímulos. A partir de esto, en el depresivo, existen esquemas inadecuados muy potentes que distorsionan el cómo se percibe a sí mismo y al exterior, y a medida que estos se vuelven más activos son evocados por un mayor número de estímulos, perdiéndose la percepción lógica de la realidad, lo que provoca que el individuo pierda paulatinamente el control sobre sus procesos de pensamiento y no pueda utilizar otros esquemas más adecuados para responder al ambiente (Beck, 1983).

Finalmente, el tercer concepto se refiere a los *errores en el procesamiento de la información*. Debido a los constantes errores en el pensamiento del depresivo se mantiene la creencia en la certeza de su visión negativa, a pesar de que la evidencia demuestre lo contrario. Beck distingue seis errores más habituales en la depresión, estos corresponden a: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y/o minimización, personalización y pensamiento absolutista - dicotómico.

Más allá de la pregunta sobre las etiologías de la sintomatología depresiva, según Villacura (et al., 2013) existen casos de estudiantes en que las altas tasas de prevalencia del síndrome permiten hipotetizar que constituyan un grupo vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo, que si bien pueden ser catalizados por factores estresantes, no todos tienen los recursos para lidiar efectivamente con ellos. Esto revela la necesidad de un abordaje previo y además de investigar la sintomatología depresiva, buscar también los factores premórbidos que pueden estar relacionados al desencadenamiento de un cuadro depresivo. Esto justifica la necesidad de identificar a tiempo a los estudiantes más vulnerables a desarrollar cuadros depresivos para intervenir el desencadenamiento de un trastorno.

5.1.3.- Sintomatología Ansiosa

La ansiedad se puede definir como una señal de alerta que advierte al individuo de algún peligro inminente y le permite tomar medidas para enfrentar la amenaza (Sadock, 2004). Se debe diferenciar del miedo, ya que este, aunque también

corresponde a una señal de alerta, se produce frente a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva, mientras que la ansiedad responde a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva. Se describe el síndrome ansioso como un grupo de síntomas donde el paciente refiere temer que le suceda algún hecho negativo. Se suele dividir el síndrome ansioso en ansiedad generalizada, cuya aparición es gradual, y ataque de pánico, de surgimiento brusco (Caponni, 1987).

Dentro de los síntomas asociados a la ansiedad generalizada, se encuentran los de carácter psíquico, como son la preocupación excesiva o expectación ansiosa, hipervigilancia, la cual puede provocar problemas en la concentración, sobresaltos e irritabilidad. Por otro lado, se encuentran los de carácter físico como la tensión motora, reflejada en un malestar muscular en cara, cuello y tronco principalmente, que provoca una incapacidad para relajarse. En cuanto a los síntomas neurovegetativos, se observa: taquicardia, dificultad para respirar, sequedad bucal o, por el contrario, hipersalivación, bolo esofágico o sensación de nudo en la garganta, que podrían traer como consecuencia flatulencias o hiperacidez, diarreas o estreñimiento, palidez o ruborización facial, alergias, mareos, temblores, sudoración, visión borrosa, micción frecuente y disfunciones sexuales.

A partir de los diversos enfoques de psicología se proponen diferentes hipótesis para explicar la ansiedad. Desde el modelo biológico, se asocia la ansiedad a la activación del sistema nervioso autónomo, lo cual produce ciertos síntomas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales y respiratorios (Sadock, 2004).

En el modelo psicodinámico, se ha utilizado el término “angustia” para referirse a la ansiedad, como una sensación poco definida de preocupación o temor, cuyo origen estaba en un pensamiento o deseo reprimido (Gabbard, 2002). La angustia sería la consecuencia del enfrentamiento entre los deseos sexuales o agresivos del *ello* y las amenazas de castigo provenientes del *superyó*, debido a esto, la angustia se entendió como una señal de advertencia de peligro en el inconsciente, es decir, a través de la expresión sintomática de la angustia se entregaba una señal para proteger a la conciencia del conflicto neurótico (Gabbard, 2002, p.250).

Beck (1983), desde el modelo cognitivo propone que la ansiedad está centrada en el concepto de *vulnerabilidad*, la cual se define como la percepción que tiene el individuo de sí mismo y su exposición a peligros tanto internos como externos, sobre los que no tiene control o no el suficiente para sentirse seguro. De acuerdo con esto, la percepción de peligro acciona un sistema de alarma, conformado por procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos que protegen al individuo. Lo que sucede en el individuo ansioso es que se combina la percepción de amenaza con la sensación de incapacidad para enfrentar dicho peligro, producto de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo.

5.2.- Prevalencia de Malestar Psicológico, Sintomatología Depresiva y Ansiosa en estudiantes universitarios.

Alrededor del mundo se han realizado diversos estudios sobre prevalencia de malestar psicológico 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, que resultan pertinentes para realizar la posterior discusión de los resultados.

En una universidad alemana, se estudió a 213 estudiantes que asistieron al Centro de Consejería y Psicoterapia (PCC) y a 125 estudiantes de una muestra de campo en el mismo periodo (Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013). Se aplicaron los inventarios *Psychological Complaints List (PCL)*, *Satisfaction with Life and Studies (SLS)* y el *SCL-90-R*. Los resultados arrojaron que la muestra del PCC tuvo puntajes significativamente más altos que los de la muestra de campo, tanto en el IGS como en las subescalas de Depresión y Obsesiones y compulsiones. Además se reportó que un 54% de la muestra del PCC y un 12% de la muestra de control mostraron un IGS mayor a 63, punto de corte para la versión alemana para indicar riesgo de psicopatología.

En Irán, Delara y Woodgate (2015) investigaron la prevalencia de malestar psicológico aplicando el *SCL-90-R* en una muestra de 171 estudiantes de ciencias de la salud de una universidad iraní. Se reportó una prevalencia de malestar psicológico de en un 23% de la muestra, en 26,5% de las mujeres y 20% de los hombres. Las

estudiantes mujeres tuvieron promedios más alto en todas las sub-escalas, así como en el IGS, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Un estudio realizado a 5700 estudiantes de Odontología de varias universidades colombianas (Divaris et al., 2013) arrojó una prevalencia de malestar psicológico en 8% de la muestra (Puntaje T del IGS mayor o igual a 63). Además se identificó que el sexo, el apoyo y estatus socioeconómico, elección de carrera y 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 menos estatus socioeconómico y que no entraron a Odontología como primera opción.

En Chile, Antunez y Vinet (2013) realizaron un estudio para determinar la frecuencia de problemas de salud mental entre estudiantes de una universidad chilena, aplicando el SCL-90R, BDI-II, BAI, DASS-21 y un cuestionario sociodemográfico a 484 estudiantes. Se encontró que un 30,1% de los estudiantes presentan sintomatología depresiva y un 20,9% de ellos presenta sintomatología ansiosa. En cuanto al malestar psicológico, la muestra presentó escasa sintomatología significativa, pero las mujeres reportan un malestar significativamente superior a sus pares hombres, lo mismo ocurre con la sintomatología depresiva y ansiosa.

Siguiendo en la línea de estudiar la población local, Villacura et al. (2015) evaluaron a 443 estudiantes consultantes en la unidad de psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con el SCL-90-R. Los resultados arrojaron un 25,3% de prevalencia de malestar psicológico (IGS mayor o igual a 70) en la muestra, arrojando diferencias significativas por sexo y carrera. Otro estudio del mismo equipo (Villacura et al., 2017b), esta vez en población no consultante, evaluó a 1039 estudiantes de la Facultad de Medicina con el SCL-90-R, encontrando una prevalencia de malestar psicológico de un 21,7% de la muestra. Además, encontrándose diferencias significativas por sexo, siendo el malestar más alto en mujeres que en sus pares hombres.

Con relación a los estudiantes de odontología, se investigó la prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de los primeros 5 semestres, pre-clínicos, en una Universidad alemana. Para ello, en una muestra de 163 estudiantes, se evaluó la sintomatología depresiva con el inventario BDI-II y calidad de vida con el inventario SF-12, ambos inventarios de auto-reporte. El 37.5% presentaba sintomatología

depresiva a nivel clínico (>9 puntos). Durante los primeros semestres la prevalencia no difería de la población general, en el segundo semestre el 5.4% de los participantes mostró sintomatología leve, 1.8% moderado y 3,6% síntomas de depresión severa. Se observó que la prevalencia de sintomatología aumentaba significativamente en el quinto semestre, observándose que un 18,8% presentaba sintomatología leve, 15,6% moderada y 3,1% severo. El autor concluye que la salud mental de los estudiantes de odontología se deteriora conforme avanzan en sus años de estudio (Burger, 2016).

Mientras tanto en Chile, la Encuesta Nacional de Salud informa que más de un 17% de los chilenos presenta síntomas depresivos. Siendo uno de los países con niveles de depresión más altos de América Latina, y a la vez, con el mayor ingreso per cápita (WHO, 2017 citado en COES, 2018).

Los resultados del Módulo de Salud y Bienestar de la primera ola de medición del Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC), el cual a través de un estudio longitudinal evaluó el estado de la salud mental y apoyo social en una muestra compuesta por tres mil personas usando el instrumento PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) reportando una prevalencia de los síntomas más severos de depresión de un 7.2% de la muestra, en depresión moderada de un 11.1%, depresión media 30.9%, y la categoría de depresión mínima con un 50.8%. (COES, 2018).

En una investigación realizada con estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en donde se buscaba determinar la prevalencia de síntomas y patología depresiva entre los estudiantes de medicina, arrojó que un 25% de los estudiantes presentaba BDI positivo, esto quiere decir, puntuaciones de 10 o más en el Inventario de Depresión de Beck, siendo las puntuaciones más altas en primer año con un 35% las cuales disminuían linealmente hasta llegar al porcentaje más bajo en séptimo año con un 8%. Además, se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres, mientras que los varones presentaban un 21% de BDI positivo, en las mujeres ese porcentaje alcanzaba al 31%. Finalmente, se observó que la distribución de respuestas con BDI positivo se concentraba en el rango de depresión leve con un 65%, mientras que la sintomatología depresiva moderada y severa correspondían al 29% y 6% respectivamente, sin encontrar asociaciones entre curso y sexo con intensidad de sintomatología (Santander, Romero, Hitschfeld y Zamora, 2011).

Por otra parte, un estudio realizado con 440 estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile evaluó los niveles de ansiedad, depresión y apoyo social en dos momentos del año académico, al comienzo del semestre y en el período de evaluaciones académicas, mediante el uso de las escalas Hospital anxiety and Depression Scale (HaDS) y Duke University Functional Social Support (DUFSS), ambas de autoreporte. Los resultados reportaron que un 37,5% de los estudiantes presentaba sintomatología ansiosa, mientras que en la segunda medición fue de un 45,9%. En cuanto al nivel de depresión, en la primera evaluación correspondió al 7,8 % y en la segunda al 9,9%. Observándose los puntajes más altos de ansiedad en 3° y 4° año, con diferencias significativas por género solo en el segundo momento de la evaluación (Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011).

Posteriormente en la misma Universidad, esta vez con estudiantes de la carrera de Medicina, se encontró una prevalencia de 35,4% de sintomatología depresiva y de 30,3% de sintomatología ansiosa, clínicamente significativa según los inventarios de BDI-II y BAI de Beck (Villacura, Irrarrázabal y López, 2012). Lo cual constituyen resultados mucho más altos que los observados con anterioridad en la Universidad de Concepción, donde utilizando los mismos cuestionarios se encontró que un 22% de las mujeres y un 10,6% de los hombres presentaban síndrome depresivo. Mientras que un 23,8% de las mujeres y un 10,7% de sus pares varones presentaban síndrome ansioso (Alvial et al., 2007).

En el último estudio realizado para evaluar sintomatología depresiva y ansiosa en la Universidad de Chile, se trabajó con una muestra de 1039 estudiantes de pre y postgrado pertenecientes a las carreras de la Facultad de Medicina de dicha institución, encontrándose una prevalencia del síndrome depresivo de un 46,5% en las mujeres y de 35,7% en sus pares varones. De acuerdo con la carrera de pertenencia, los estudiantes de nutrición fueron quienes reportaron mayores puntajes con un 58,53%. En cuanto a la prevalencia del síndrome ansioso según sexo de los participantes, un 20% de los hombres y 36% las mujeres lo padecerían, mientras que los alumnos de fonoaudiología presentarían la mayor prevalencia con un 45,71%. Observándose tanto en el síndrome depresivo como en el ansioso, diferencias significativas por sexo, carrera y nivel de estudios (Villacura, et al., 2017a).

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, y Romero, 2001; Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Hyun, Quinn, Madon y Lustig, 2006; Irrarázabal, Villacura, y López, 2012; Prince, 2015).

Por otra parte, 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 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, 2011).

VI. MARCO METODOLÓGICO

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 subgrupos. 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, 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.

Carrera de pertenencia y Grado que se cursa: Odontología y las cinco carreras que se imparten en la Facultad de Ciencias Sociales: Psicología, Sociología, Antropología, Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia.

Año de carrera: Se solicitará a los participantes que coloquen su año de ingreso a la carrera y el año que están cursando en la actualidad.

6.1.2.1- Variable Dependiente: Malestar Psicológico.

Tabla 1. Definición de Malestar Psicológico

	Definición conceptual	Definición operacional
Malestar Psicológico	Se define como un malestar (del inglés <i>distress</i>) 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).	Puntaje bruto obtenido por cada sujeto en las sub-escalas y en general, se calculan los índices sintomáticos y globales.

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).

6.1.2.2- Variable Dependiente: Sintomatología Depresiva

Tabla 2. Definición de sintomatología depresiva y categoría de gravedad

	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología depresiva	Se define como una alteración persistente del estado del ánimo, caracterizada por una baja del ánimo, e incidente en la esfera del pensamiento, de la conducta, de la actividad psicomotora, y que posee efectos somáticos en la persona afectada (Beck, Steer y Brown, 1996).	Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión (BDI-II) elaborado por Aaron Beck.

Gravedad de sintomatología depresiva	Diferentes categorías de gravedad de sintomatología depresiva propuestas por Beck, Steer y Brown (1996)	Los puntajes de corte que definen esas categorías de gravedad son: 0-13 para sintomatología mínima; 14-19 para sintomatología leve; 20-28 para sintomatología moderada y 29-63 para sintomatología severa.
---	---	--

6.1.2.3- Variable Dependiente: Sintomatología Ansiosa.

Tabla 3. Definición de sintomatología ansiosa y categoría de gravedad

	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología ansiosa	Se define como una alteración del afecto subjetivamente desagradable, caracterizada por sensaciones de tensión o nerviosismo y diversos síntomas fisiológicos. Esta alteración se manifiesta a nivel de pensamiento, conducta psicomotora y posee efectos psicossomáticos (Beck y Emery, 1985).	Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad (BAI) elaborado por Aaron Beck.

Gravedad de sintomatología ansiosa	Diferentes categorías de gravedad de sintomatología ansiosa propuestas por Beck y Steer (1993)	Los puntajes de corte que definen esas categorías de gravedad son: 0-7 para sintomatología mínima; 8-15 para sintomatología leve; 16-25 para sintomatología moderada y 26-63 para sintomatología severa.
---	--	--

6.2.- Enfoque y diseño de la investigación

El diseño de investigación a utilizar será observacional, transversal y descriptivo-comparativo. Los datos serán recolectados con el fin de hacer una descripción de las variables que se encuentran en estudio en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Los datos que se busca medir y evaluar hacen referencia a la presencia y gravedad tanto de malestar psicológico como de sintomatología depresiva y ansiosa, además de hacer las comparaciones según sexo, carrera y nivel de estudios.

Posteriormente, se hará una comparación de los resultados obtenidos tanto entre las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología, como con estudios similares realizados en población universitaria.

6.3.- Grupo en estudio

El tipo de muestreo será por cuotas y cuya selección es mediante muestreo por conveniencia. Solo serán considerados dentro de la muestra a estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile que no hayan asistido a consulta psiquiátrica las últimas 2 semanas. El tamaño mínimo de la muestra se establece por medio de cuotas, teniendo en cuenta la cantidad de estudiantes regulares en el año lectivo 2017 (ver Tabla 4), y a partir del uso de la siguiente fórmula¹ para el cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 * \vartheta^2 * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * \vartheta^2}$$

¹ Donde N = tamaño de la población; Z = nivel de confianza correspondiente al 95% = 1.96; ϑ^2 = varianza = (0,5)²; e = error máximo aceptable = 0,05

Considerando un porcentaje de confianza de 95% y un margen de error del 5% se espera incluir a lo menos 530 estudiantes, 294 de la Facultad de Ciencias Sociales y 236 de la Facultad de Odontología, lo cual está condicionado por la voluntariedad de participación de los estudiantes. Además se plantea un valor mínimo de 30 estudiantes por carrera para obtener una muestra con un tamaño mínimo que permita estabilizar, en términos estadísticos, el análisis de los resultados, esto basándonos en el Teorema del Límite Central.

Tabla 4. Cantidad de estudiantes regulares de la Universidad de Chile en el año lectivo 2017

Facultad de Ciencias Sociales	N
	1704
Psicología	547
Sociología	418
Antropología	495
Trabajo Social	176
Pedagogía en Educación Parvularia	68
Facultad de Odontología	709
Odontología	709

6.4.- Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son los siguientes: el SCL-90-R para medir el malestar psicológico, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para medir sintomatología depresiva y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para medir sintomatología ansiosa.

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

El inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (*Symptom Checklist, Revised SCL-90-R*) (Derogatis, 1975, 1994) es un instrumento de autoreporte que

evalúa la presencia de una amplia gama de síntomas psicológicos, aplicable a población normal o psiquiátrica. Al ser un instrumento autoaplicado de forma individual o colectiva, para personas de 13 años en adelante, lo convierte en una herramienta clínica útil y económica para realizar tamizaje o evaluaciones pre-post para intervenciones clínicas.

Este instrumento, es la última versión de un desarrollo histórico de instrumentos psicométricos que buscaron en el autoreporte clínico, una forma sencilla y económica de que los usuarios indiquen su sintomatología y nivel de gravedad de su padecimiento. El primer intento se realizó con la elaboración del *Personal Data sheet* (Woodworth 1918, en Gemp y Avendaño, 2008), el cual dio paso al desarrollo del Cornell Medical Index [CMI] y la “Escala de Malestar” de Parloff et al. (1954, en Derogatis, 1975, 1994), escalas que fueron posteriormente modificadas por Frank et al (1957, en Derogatis, 1975, 1994), la que evolucionó hasta convertirse en el *Hopkins Symptom Checklist* [HSCL] (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi, 1974), una escala autoaplicada 58 ítems de valoración de síntomas, la cual se vio sometida a revisión, ya que su diseño no era apto para uso en pacientes individuales, sus ítems no cubrían todas las dimensiones principales de síntomas ni disponía de un instrumento análogo para coevaluación. Para hacer frente a estos inconvenientes, sus creadores llevan a cabo una serie de revisiones que culminan en la elaboración del SCL-90, y su versión revisada, el SCL-90-R. (Derogatis, 1975, 1994).

Este instrumento, consta de 90 ítems que describen una serie de alteraciones psicopatológicas, de las cuales el usuario debe indicar la intensidad del sufrimiento causado por éstas en una escala likert de 0, ausencia total de molestias, a 4, molestia máxima. Esta forma de indicar es la que permite la construcción de índices, que permiten la **interpretación en tres niveles** de complejidad: **global, dimensional y sintomático**.

En un **nivel global** de análisis, el instrumento caracteriza al evaluado por medio de tres índices. El Índice de Gravedad Global (IGS o GSI) indica directamente el nivel de gravedad sintomática del usuario. El Índice de Malestar Sintomático Positivo (PSDI) mide la intensidad con que el sujeto percibe los síntomas que le aquejan, además de servir para identificar el estilo de respuesta del mismo (si aumenta o disminuye sus respuestas). El Total de Síntomas Positivos (SP o PST) es el número de síntomas y amplitud sintomática (localizada o global) del usuario. (Gemp y Avendaño, 2008).

En un **nivel dimensional** de análisis, el SCL-90-R permite ubicar el foco del malestar mediante la creación de un perfil psicopatológico, utilizando las diez dimensiones sintomáticas que evalúa, jerarquizándolas para establecer cuáles son aquellas en las que presenta una mayor gravedad. (Gempp y Avendaño, 2008). Las dimensiones sintomáticas en las que se organiza el instrumento son las siguientes:

Somatización, que agrupa síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, ligadas al sistema nervioso autónomo. Puede reflejar la presencia de una patología médica.

Obsesión-compulsión, la cual describe conductas, pensamiento e impulsos egodistónicos o imposibles de controlar.

Sensitividad Interpersonal, que incluye sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás y otros sentimientos de inadecuación en sus relaciones interpersonales.

Depresión, que incluye manifestaciones clínicas propias de los trastornos depresivos, como vivencias disfóricas, de desánimo y algunos componentes cognitivos de la depresión, como la ideación suicida y el pensamiento de muerte.

Ansiedad, la cual agrupa manifestaciones clínicas de la ansiedad generalizada y aguda, como nerviosismo, angustia, preocupación excesiva, entre otras.

Hostilidad, la que incluye pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Ansiedad Fóbica, que representa distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente irracional y desproporcionado a un objeto, persona, lugar o situación que provoca conductas de huida y evitación.

Ideación Paranoide, que recoge aspectos de la conducta paranoide y distorsiones cognitivas asociadas como el pensamiento proyectivo, centralismo autorreferente e ideación delirante.

Psicoticismo, que incluye un amplio espectro de síntomas presente en cuadros psicóticos, como el comportamiento esquizoide, alucinaciones y la transmisión y control del pensamiento. Finalmente, se incluye además una escala adicional que agrupa síntomas que si bien, no corresponden en particular a alguna categoría, tienen relevancia clínica en la elaboración del perfil psicopatológico del usuario, en particular con la llamada depresión melancólica. (Derogatis, 1975, 1994).

En un **nivel sintomático** de análisis, el instrumento permite indagar en la valoración individual de los 90 ítems, lo que puede ayudar a precisar el perfil sintomático del usuario, de acuerdo con los objetivos de la evaluación por parte del profesional. (Derogatis, 1975, 1994). Las propiedades psicométricas del SCL-90-R han demostrado ser apropiadas y estables a través del tiempo en diversos estudios internacionales de las últimas décadas.

La fiabilidad de las dimensiones, en cuanto a consistencia interna, se ha evaluado por medio de correlación de dos mitades (ítems pares-impares) y correlación de todos los ítems (usando el coeficiente alfa de Cronbach) con un coeficiente r mayor o igual que 0.7, concluyendo que la homogeneidad de los ítems es muy alta, con elevada correlación entre ellos (Gempp y Avendaño, 2008; González de Rivera et al., 2002; Derogatis, 1975). La fiabilidad en cuanto a estabilidad temporal, ha sido evaluada por medio de retest al cabo de una semana, arrojando coeficientes entre 0,78 y 0,9. Siendo estos resultados favorables, ya que se espera que la manifestación de la sintomatología en el paciente vaya evolucionando a través del tiempo (Gempp y Avendaño, 2008; González de Rivera et al., 2002).

Los hallazgos empíricos de las investigaciones a nivel internacional, confirman la validez del instrumento, en distintos niveles. Se evidencia una validez concurrente con otros constructos similares a los que se pueden hallar en instrumentos como el MMPI y el Inventario de Depresión de Beck (Dinning y Evans, 1977 en Derogatis, 1994); también una validez predictiva ante al pronóstico de la respuesta al tratamiento, siendo usado como *screening* y como medida de cambio al tratamiento (Angst, Dobler-Mikola y Binder, 1984; Derogatis, 1994); y además validez de criterio, mediante la discriminación entre grupos clínico y no-clínicos, que arrojan puntajes mayores en muestra psiquiátrica al compararla en muestras no-clínicas (De las Cuevas, y González de Rivera, 1991; González de Rivera et al., 2002).

Se mencionaba anteriormente que el SCL-90-R ha sido adaptado y validado en varios territorios debido a sus ventajas para los diversos fines clínicos e investigativos, incluidos territorios de habla hispana. En Chile, Gempp y Avendaño (2008) llevaron a cabo este proceso de validación tras percatarse de que, si bien se habían realizado estudios en los que se aplica el SCL-90-R, no existía una publicación científica en la que se consigna una versión estandarizada para su uso en nuestro territorio, por medio de estudiar las propiedades psicométricas y generar normas de interpretación para distintas poblaciones locales.

Los investigadores tomaron en cuenta las advertencias de examinar muestras universitarias de no-pacientes a la hora de elaborar normas, debido a su alta prevalencia comparado a otras poblaciones no-clínicas (Todd, Deane y McKenna, 1997 en Gempp y Avendaño, 2008). De modo que buscaron reportar las propiedades psicométricas obtenidas en estudiantes universitarios no pacientes y presentar normas provisionales para esta población. Investigaron a 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 21,14 años ($sd=2,09$). La procedencia de los estudiantes se distribuyó entre 236 estudiantes de Antofagasta (32,9%), 232 (32,3% del total muestral) de Santiago, y 250 estudiantes de Temuco (34,8%), manteniendo una proporción equivalente de hombres y mujeres en cada ciudad (Gempp y Avendaño, 2008).

En cuanto al instrumento, se trabajó a partir de una versión adaptada del original en inglés, además usando las versiones española, mexicana y argentina de modo de tener criterios comparativos. La traducción se hizo de acuerdo a los criterios de la *International Test Commission*, con el enfoque de comité y descentramiento (Brislin, 1986 en Gempp y Avendaño, 2008), procurando que tanto el significado original de los síntomas como la redacción de los ítems sean coherentes al contexto chileno. Tras la revisión por psicólogos clínicos, traductores y psicólogos bilingües, además del contraste con las versiones hispanoparlantes, se realizaron pilotajes del instrumento que resultaron satisfactorios para los autores (Gempp y Avendaño, 2008).

Los resultados obtenidos en la investigación encontraron que las nueve dimensiones sintomáticas muestran una capacidad discriminativa aceptable, con coeficientes alfa de Cronbach (1951) sobre 0,8. Mientras que los niveles de escalabilidad, estimados con el coeficiente H de Loevinger (1948, en Gempp y Avendaño, 2008), evidenciaron que para las nueve dimensiones sintomáticas los

valores, cercanos al 0,3, se encuentran al límite de los aceptable. Mientras que para los índices globales las fiabilidades fueron de 0,96 para el IGS y 0,94 para el PSDI y SP.

Uno de los límites para obtener resultados concluyentes, se encontró con respecto a la ausencia de diferencia entre hombres y mujeres, por ende, las normas interpretativas del instrumento fueron elaboradas en base a la muestra total. Se utilizaron los puntajes T en vez de percentiles ya que son la métrica usada frecuentemente a la hora de interpretar los puntajes del SCL-90-R, que además está incluida en el Manual del Instrumento. A cada dimensión se normaliza su distribución de puntajes para lograr escalas con intervalos iguales, con equivalencia entre puntajes T y percentiles (Gempp y Avendaño, 2008). Otro límite en los resultados obtenidos por Gempp y Avendaño (2008), se refiere a la evidencia indirecta y parcial sobre la validez de constructo, es decir, que se esté midiendo el constructo que se estudia. Por otro lado, la validez factorial, evaluada mediante una estrategia semi-confirmatoria, coincide con la hipótesis establecida en la investigación y la escalabilidad de las respuestas es coherente con la encontrada en otros estudios (Olsen et. al., 2004; Schmitz et. al., 2000).

En síntesis, los autores concluyen que el SCL-90-R exhibe un desempeño psicométrico dentro de los cánones habituales para un instrumento de autoreporte psicopatológico al ser aplicado a población universitaria no consultante de Chile (Gempp y Avendaño, 2008).

Lo anteriormente señalado permite afirmar que el SCL-90-R presenta ventajas que lo convierten en un instrumento adecuado para realizar el presente estudio. Su validación en territorio chileno evidencia características psicométricas apropiadas y es eficaz como instrumento de tamizaje psicopatológico en universitarios no consultantes. Además, su uso en otros estudios con poblaciones universitarias nos permitirá contrastar los resultados de la presente investigación.

6.4.2.- El Inventario de Depresión de Beck [BDI-II]

El instrumento seleccionado para medir sintomatología depresiva es el Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI-II (Beck et al., 1996).

Este inventario fue desarrollado por Aaron T. Beck en 1961, posterior a esto se le realizaron algunas modificaciones. Primero en 1979, se hizo una segunda versión denominada BDIIA. Y luego, una nueva revisión dio lugar al BDI-II, siendo el que se utilizará en la presente investigación. Existen dos traducciones en español, la primera basada en los estudios de Penley, Wiebe y Nwosu (2003) con población latina en Estados Unidos, y la segunda corresponde a la realizada por Sanz, Navarro y Vásquez (2003), en una población de universitarios en España. En Chile, se estudió su validez en una muestra de adolescentes entre 14 y 20 años, encontrándose una consistencia interna de alfa de Cronbach=0,91, con una estabilidad temporal y homogeneidad de los ítems de la escala. Además, se halló una alta correlación con las escalas del MACI.

Se identificó el puntaje de corte adecuado en 20 puntos para establecer presencia de síndrome depresivo, sin embargo, se prefirió optar por el puntaje propuesto por Beck de 19 puntos, por poseer similares sensibilidad y especificidad. La conclusión fue que el instrumento distinguía acertadamente entre presencia y ausencia de sintomatología (Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, 2008).

El inventario tiene la modalidad de autoinforme y está formado por 21 ítems que tienen 4 alternativas de respuesta en escala Likert valoradas desde 0 a 3. Se mantendrán los puntajes de corte y los intervalos de gravedad propuestos por Beck siendo de 0-13 considerada depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y finalmente de 29-63: depresión severa (Beck et al., 1996)

6.4.2.- Inventario de ansiedad de Beck

Para evaluar la sintomatología ansiosa se utilizará el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollado por Beck y Steer en 1993 para población clínica. En el estudio de adaptación del instrumento en español de Sanz et al. (2003) se concluyó que poseía alta consistencia interna en una muestra de universitarios.

El Inventario de Ansiedad de Beck es similar al de Depresión, opera como autoinforme, con 21 ítems y 4 opciones de respuesta en escala Likert valoradas desde 0 a 3. El punto de corte sugerido por Beck (1993) es de 16 puntos para establecer un nivel de sintomatología ansiosa clínicamente significativa, estableciendo la categoría de gravedad mínima en el rango de 0-7 puntos, leve de 8-15, moderada de 16-25 y severa de 26-63.

6.5.- Procedimiento y análisis de información

6.5.1.- Recolección de Datos

Para la recolección de los datos, se administrarán los inventarios SCL-90-R, BDI-II y BAI de manera digital y en línea, a través de la plataforma virtual Google Forms, la que permite administrar encuestas a grandes cantidades de personas en poco tiempo, y crea automáticamente una base de datos con las respuestas. Se les ofrece a los participantes la posibilidad de brindar un e-mail de contacto, a la cual se les envíe posteriormente un e-mail con *feedback* personalizado de acuerdo con sus resultados en los inventarios.

Preliminarmente, se les enviará una carta informativa mediante correo electrónico a todos los estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, donde se les explica el motivo de la investigación y se adjunta el consentimiento informado, dándoles a conocer las condiciones del estudio, como el uso de la información y la confidencialidad. Una vez que los estudiantes **acepten** el consentimiento informado adjunto, pueden acceder a contestar el inventario.

6.5.2.- Análisis de datos

Para efectuar el análisis de datos, se utilizará el SPSS en su versión 25. Para analizar las características de distribución, se utilizarán la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de los datos y la prueba de Levene para determinar la homocedasticidad. En función de la distribución observada se determina el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Para establecer las comparaciones entre subgrupos se utilizará la prueba t de Student, y ANOVA cuando se cumplan los requisitos de estas pruebas; y se usará el estadígrafo U de Mann-Whitney y la prueba Kruskal-Wallis cuando la distribución no permita el uso de pruebas paramétricas.

6.6.- Resguardos éticos

Debido a que los sujetos estudiados constituyen una población vulnerable desde el punto de vista ético, susceptibles a la coacción por su edad y situación de ingreso a carreras en una universidad exigente y caracterizada por la competencia, se tomarán los resguardos éticos.

Se resguardará que la participación de los estudiantes de las carreras de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile sea 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, que estará disponible previamente a la administración de los instrumentos. Dado que los inventarios serán administrados vía online, es necesario acotar que, solo una vez leído el consentimiento, podrán seleccionar la opción de aceptar y acceder a participar del estudio.

Se resguardará la confidencialidad y el anonimato de los participantes, tanto en el desarrollo del estudio, como en el uso de la información obtenida, ya que no se pedirán datos de identificación de los estudiantes que participen en el estudio, solo un correo electrónico al cual puedan llegar los resultados.

Las autoridades de ambas facultades serán informadas del estudio y se les solicitará la autorización al Comité de ética de la Facultad de Odontología, para que revisen el cumplimiento de los resguardos éticos pertinentes.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1. Análisis descriptivo de la muestra.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a dos grupos de estudiantes, el primero corresponde a una muestra de 265 sujetos matriculados en carreras de pregrado de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) de la Universidad de Chile y el segundo a una muestra de 191 estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología (FO) de la misma universidad.

La consistencia interna de los instrumentos utilizados en este estudio para las muestras estudiadas se calculó a través del coeficiente Alpha de Cronbach; en el caso del SCL-90-R se obtuvo un valor de 0,98 en FACSO y 0,97 en FO. Mientras que en los inventarios BDI-II y BAI se obtuvo un coeficiente alfa de 0,93 en FACSO, y de 0,91 en FO, lo cual indica una alta confiabilidad en los resultados.

A continuación, se presenta la descripción de ambos grupos de estudiantes en conjunto. Del total de estudiantes que participaron de ambas Facultades, un 73,5% corresponde a mujeres y un 26,5% a hombres. Sus edades se encuentran en el rango entre los 18 y 35 años, con un promedio de edad de 21,4 años y una desviación estándar de 2,42.

Ya que sólo participaron 7 estudiantes de Pedagogía en educación parvularia, se decidió unir esta carrera con la de Trabajo social para constituir el análisis. En cuanto al nivel de estudios, ya que sólo participaron 16 estudiantes de 1er año, 18 de 2do año, 45 de 5to y 7 de 6to. Se decidió juntar por un lado 1er y 2do año y por otro 5to y 6to año para constituir el análisis por nivel de estudios en la Facultad de Odontología. En la **Tabla 5** se muestran las medias de edad, según sexo y carrera para el total de los grupos. En la **Tabla 6** se exponen las frecuencias de los tramos de edad, según sexo.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos según edad, carrera y sexo

INDICADOR	Total	Mujeres	Hombres
Total de estudiantes	456	335	121
Edad Promedio (M±DE)	21,4 ± 2,42	21,3 ± 2,34	21,9 ± 2,59
Edad promedio según carrera			
Odontología			
Total de estudiantes	191	136	55
Edad promedio (M±DE)	22,0 ± 2,12	21,9 ± 2,19	22,1 ± 1,96
Psicología			
Total de estudiantes	91	66	25
Edad promedio (M±DE)	20,8 ± 2,06	20,7 ± 2,09	21 ± 2,02
Sociología			
Total de estudiantes	71	43	28
Edad promedio (M±DE)	21,6 ± 2,95	20,9 ± 1,92	22,8 ± 3,82
Antropología			
Total de estudiantes	61	51	10
Edad promedio (M±DE)	21,0 ± 2,77	21,1 ± 2,96	20,5 ± 1,43
Trabajo social y Pedagogía en educación parvularia			
Total de estudiantes	42	39	3
Edad promedio (M±DE)	20,6 ± 2,37	20,5 ± 2,29	22,0 ± 3,46

Tabla 6. Descripción categorías de edad según sexo en ambas Facultades.

Edad	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
18 a 19	91	20,0	74	22,1	17	14,0
20 a 24	324	71,1	230	68,7	94	77,7
25 a 29	38	8,3	30	9,0	8	6,6
30 a 35	3	0,7	1	0,3	2	1,7
Total	456	100	335	100	121	100

7.2 Análisis de Prevalencias

7.2.1 Análisis de Prevalencia de Malestar Psicológico

Con el fin de determinar el tipo de pruebas de significación a aplicar, se realizó un análisis de normalidad de la distribución muestral, para lo cual se aplicó la prueba Kolmogórov-Smirnov. Todas las dimensiones obtienen *valores p* bajo 0,05 (Ver **Tabla 7**), es decir, al no corresponder a una distribución normal se decidió continuar el análisis mediante estadística no paramétrica.

Tabla 7. Pruebas de normalidad por dimensión de malestar psicológico

Ciencias Sociales		Odontología	
Kolmogorov-Smirnov		Kolmogorov-Smirnov	
IGS	D= ,099 p< ,01	IGS	D= ,086 p< ,01
PSDI	D= ,092 p< ,01	PSDI	D= ,122 p< ,01
SP	D= ,056 p< ,05	SP	D= ,099 p< ,01

Somatizaciones	D= ,074 p< ,01	Somatizaciones	D= ,097 p< ,01
Obsesiones y Compulsiones	D= ,079 p< ,01	Obsesiones y Compulsiones	D= ,099 p< ,01
Sensitividad Interpersonal	D= ,062 p< ,05	Sensitividad Interpersonal	D= ,117 p< ,01
Depresión	D= ,085 p< ,01	Depresión	D= ,130 p< ,01
Ansiedad	D= ,088 p< ,01	Ansiedad	D= ,070 p< ,05
Hostilidad	D= ,089 p< ,01	Hostilidad	D= ,110 p< ,01
Ansiedad Fóbica	D= ,103 p< ,01	Ansiedad Fóbica	D= ,086 p< ,01
Ideación Paranoide	D= ,071 p< ,01	Ideación Paranoide	D= ,110 p< ,01
Psicoticismo	D= ,066 p< ,01	Psicoticismo	D= ,084 p< ,01

Prevalencia de Malestar Psicológico en la Facultad de Ciencias Sociales

En un nivel de análisis global, y utilizando el punto de corte establecido para la población de estudiantes universitarios chilenos (Gempp y Avendaño, 2008), se observa (**Tabla 8**) una prevalencia del índice de Gravedad Global de un 23,4%, de 33,6% para Malestar Sintomático Positivo y de 10,9% para el índice de Síntomas Positivos.

Al analizar los resultados en un nivel dimensional, se observa que las dimensiones con mayor prevalencia son: Depresión con un 38,1%, Sensitividad Interpersonal con un 30,9% y Obsesiones y compulsiones con un 23,8%. Por su parte, en un nivel sintomático de análisis, los reactivos con medias más altas son: *Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo* ($\bar{x}=2,89$); *Preocuparme demasiado por todo lo que pasa* ($\bar{x}=2,88$); *Nerviosismo* ($\bar{x}=2,78$); *Sentirme con muy pocas energías* ($\bar{x}=2,78$) y *Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo* ($\bar{x}=2,77$).

Tabla 8. Prevalencia de Malestar Psicológico según sexo en estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales.

Indicador	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
IGS	62	23,4	53	26,6	9	13,6
PSDI	89	33,6	71	35,7	18	27,3
SP	29	10,9	26	13,1	3	4,5
Somatizaciones	31	11,7	28	14,1	3	4,5
Obsesiones y compulsiones	63	23,8	57	28,6	6	9,1
Sensitividad interpersonal	82	30,9	66	33,2	16	24,2
Depresión	101	38,1	82	41,2	19	28,8
Ansiedad	61	23,0	52	26,1	9	13,6
Hostilidad	35	13,2	24	12,1	11	16,7
Ansiedad fóbica	58	21,9	54	27,1	4	6,1
Ideación paranoide	13	4,9	9	4,5	4	6,1
Psicoticismo	45	17,0	33	16,6	12	18,2

Prevalencia de Malestar Psicológico en la Facultad de Odontología

En un nivel de análisis global, se observa una prevalencia del Índice de Gravedad Global de un 30,4%, un 39,3% de Malestar Sintomático Positivo y un 16,2% en el índice de Síntomas Positivos (ver **Tabla 9**).

Al analizar los resultados por dimensiones, se observa que las con mayor prevalencia son: Depresión con un 48,2%, Obsesiones y Compulsiones con un 44,5%

y Ansiedad con un 30,9%. Por su parte, en un nivel sintomático de análisis, los reactivos con medias más altas son: *Sentirme con muy pocas energías* ($\bar{x}=3,31$); *Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo* ($\bar{x}=3,27$); *Nerviosismo* ($\bar{x}=3,25$); *Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo* ($\bar{x}=3,18$) y *Preocuparme demasiado por todo lo que pasa* ($\bar{x}=3,11$).

Tabla 9. Prevalencia de Malestar Psicológico según sexo en estudiantes de la Facultad de Odontología.

Indicador	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
IGS	58	30,4	44	32,4	14	25,5
PSDI	75	39,3	60	44,1	15	27,3
SP	31	16,2	24	17,6	7	12,7
Somatizaciones	37	19,4	33	24,3	4	7,3
Obsesiones y compulsiones	85	44,5	65	47,8	20	36,4
Sensitividad interpersonal	47	24,6	37	27,2	10	18,2
Depresión	92	48,2	73	53,7	19	34,5
Ansiedad	59	30,9	49	36,0	10	18,2
Hostilidad	23	12,0	19	14,0	4	7,3
Ansiedad fóbica	36	18,8	25	18,4	11	20,0
Ideación paranoide	18	9,4	11	8,1	7	12,7
Psicoticismo	36	18,8	26	19,1	10	18,2

2.1.2 Análisis comparativo de Malestar Psicológico según variables sociodemográficas

Prevalencia de Malestar Psicológico en la Facultad de Ciencias Sociales según sexo.

Al comparar según sexo la prevalencia de malestar psicológico de la muestra de estudiantes, se observa (**Tabla 10**) que el promedio obtenido en IGS y SP en mujeres, es significativamente superior al de hombres ($p < ,05$). El PSDI no arroja diferencias significativas por sexo.

Al comparar según sexo la prevalencia en las dimensiones (**Tabla 10**) Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Ansiedad y Ansiedad Fóbica, se observan diferencias significativas, siendo mayor esta en las mujeres ($p < ,05$). Para el resto de las dimensiones no hay diferencias significativas por sexo.

Tabla 10. Comparación de prevalencia de Malestar Psicológico según sexo en la Facultad de Ciencias Sociales

	Total	Mujeres	Hombres	Comparación por sexo
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	U de Mann-Whitney
IGS	60,8 ± 14,43	62,0 ± 14,56	57,3 ± 13,56	$p = ,025^*$
PSDI	62,5 ± 12,56	63,0 ± 12,55	61,2 ± 12,60	$p = ,346$
SP	56,6 ± 11,89	57,7 ± 12,06	53,3 ± 10,83	$p = ,008^*$
Somatizaciones	55,1 ± 11,88	56,9 ± 11,38	49,7 ± 11,79	$p = ,000^*$
Obsesiones y compulsiones	61,8 ± 13,79	63,1 ± 14,17	58,0 ± 11,90	$p = ,006^*$
Sensitividad interpersonal	63,4 ± 14,96	64,0 ± 15,22	61,5 ± 14,07	$p = ,286$
Depresión	65,2 ± 15,13	66,2 ± 15,48	62,2 ± 13,69	$p = ,136$
Ansiedad	58,4 ± 13,62	60,0 ± 13,52	53,6 ± 12,82	$p = ,001^*$

Hostilidad	55,1 ± 11,80	55,1 ± 11,25	55,2 ± 13,42	p=,798
Ansiedad fóbica	60,3 ± 13,80	62,3 ± 14,32	54,3 ± 10,07	p=,000*
Ideación paranoide	55,3 ± 10,96	55,0 ± 10,65	55,9 ± 11,89	p=,721
Psicoticismo	58,1 ± 11,82	57,7 ± 11,93	59,1 ± 11,53	p=,501

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

Prevalencia de Malestar Psicológico según sexo en la Facultad de Odontología.

Al comparar las prevalencias de los tres índices globales según sexo, se observa (**Tabla 11**) que estas son significativamente superiores en las mujeres que en hombres ($p<,05$).

Tabla 11. Comparación de las prevalencias de Malestar Psicológico según sexo en la Facultad de Odontología

	Total	Mujeres	Hombres	Comparación
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	U de Mann-Whitney
IGS	65,1± 12,78	67,0± 11,46	60,4 ± 14,66	p=,002*
PSDI	65,3 ± 10,91	67,0 ± 9,97	61,1 ± 12,01	p=,003*
SP	60,5 ± 10,76	61,8 ± 9,47	57,0 ± 12,89	p=,005*
Somatizaciones	59,9 ± 10,89	62,5 ± 8,84	53,4 ± 12,7	p=,000*
Obsesiones y compulsiones	68,4 ± 12,90	69,9 ± 12,48	64,9 ± 13,33	p=,016*
Sensitividad interpersonal	64,3 ± 13,46	65,7 ± 12,85	60,9 ± 14,45	p=,046*
Depresión	69,3 ± 13,93	71,3 ± 12,80	64,4 ± 15,43	p=,004*
Ansiedad	63,3 ± 11,87	65,3 ± 10,59	58,2 ± 13,37	p=,000*

Hostilidad	57,8 ± 11,24	59,4 ± 11,23	53,6 ± 10,25	p=,003*
Ansiedad fóbica	58,9 ± 12,38	60,1 ± 12,21	56,0 ± 12,43	p=,023*
Ideación paranoide	58,6 ± 9,99	58,8 ± 9,29	58,0 ± 11,61	p=,585
Psicoticismo	59,6 ± 11,74	60,3 ± 10,66	57,9 ± 14,03	p=,210

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

En un nivel de análisis dimensional, al comparar según sexo (**Tabla 11**) se encuentran diferencias significativas en las prevalencias de Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad Fóbica siendo mayores en mujeres que en sus pares hombres ($p<,05$). Para el resto de las dimensiones no hay diferencias significativas por sexo.

Comparación de las prevalencias de Malestar Psicológico según carrera en la Facultad de Ciencias Sociales.

Al comparar según estos criterios, los tres índices globales no muestran diferencias significativas según la carrera de pertenencia. La distribución de estos índices suele ser más alta en Trabajo social y Educación parvularia, seguida de Antropología y dejando a Sociología y Psicología en los últimos lugares.

Al comparar las prevalencias de las dimensiones sintomáticas según carrera, solo se encuentran diferencias significativas (**Tabla 12**) en Obsesiones y Compulsiones ($p<,05$), siendo la unidad Trabajo Social y Educación Parvularia la con mayor media, seguida por Antropología, Psicología y Sociología.

Tabla 12. Comparación de prevalencia de Malestar Psicológico según carrera en la Facultad de Ciencias Sociales

Carrera	Psicología N= 91	Sociología N= 71	Antropología N= 61	Trabajo social y Educación parvularia N = 42	Comparación Entre carreras
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>Kruskal-Wallis (Ch²)</i>
IGS	58,9 ± 14,81	58,7 ± 15,49	63,3 ± 11,29	64,7 ± 14,94	p=,080
PSDI	60,5 ± 13,26	61,3 ± 13,21	65,1 ± 10,57	65,2 ± 11,83	p=,054
SP	55,5 ± 12,29	54,5 ± 12,37	58,6 ± 9,72	59,6 ± 12,44	p=,140
Somatización	55,0 ± 11,98	52,2 ± 12,38	56,2 ± 11,17	59,0 ± 10,81	p=,068
Obsesiones y compulsiones	60,0 ± 13,70	60,0 ± 14,33	63,5 ± 12,40	66,3 ± 14,90	p=,028*
Sensitividad interpersonal	61,6 ± 15,29	61,4 ± 15,16	66,4 ± 11,85	66,1 ± 17,17	p=,095
Depresión	62,9 ± 16,31	63,9 ± 15,05	69,0 ± 12,92	66,7 ± 14,83	p=,089
Ansiedad	56,8 ± 13,55	57,1 ± 13,38	60,0 ± 12,66	61,8 ± 15,05	p=,144
Hostilidad	53,6 ± 12,63	55,4 ± 12,86	55,6 ± 9,97	57,0 ± 10,49	p=,207
Ansiedad fóbica	60,2 ± 13,50	58,6 ± 14,27	59,9 ± 12,71	63,7 ± 15,0	p=,320
Ideación paranoide	53,9 ± 10,69	54,8 ± 12,03	56,6 ± 10,46	57,0 ± 10,21	p=,142
Psicoticismo	56,2 ± 11,06	57,2 ± 11,98	60,7 ± 10,63	59,8 ± 14,09	p=,110

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

Comparación de las prevalencias de Malestar Psicológico según nivel de estudios en la Facultad de Ciencias Sociales.

Al comparar por nivel de estudios la prevalencia de la muestra, se puede observar (**Tabla 13**) que en un nivel global de análisis no existe diferencia significativa, ya que los tres índices globales arrojan un valor de χ^2 con $p>,05$.

En un nivel de análisis dimensional, tampoco se observa (**Tabla 13**) diferencia significativa de malestar psicológico. La magnitud de las medias suele ser liderada por los estudiantes de 4to año, seguido por 1er año, siendo 3er y 5to año los que ocupan el último lugar en la distribución.

Tabla 13. Comparación de prevalencia de Malestar Psicológico según nivel de estudios en la Facultad de Ciencias Sociales

Año de Carrera	1 N=70	2 N=59	3 N=61	4 N=34	5 N=41	Comp. Entre año en curso
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>Kruskal-Wallis (Chi²)</i>
IGS	62,4 ± 15,92	61,2 ± 14,19	59,9 ± 13,79	62,3 ± 13,46	57,8 ± 13,92	p=,651
PSDI	63,7 ± 13,03	62,3 ± 12,33	61,5 ± 13,10	63,9 ± 11,45	61,0 ± 12,42	p=,767
SP	58,0 ± 13,48	57,1 ± 11,48	56,1 ± 11,33	57,1 ± 10,69	53,8 ± 11,39	p=,544
Somatización	56,7 ± 12,49	55,4 ± 11,67	54,1 ± 11,81	55,7 ± 11,47	53,0 ± 11,67	p=,523
Obsesiones y compulsiones	63,5 ± 14,40	62,4 ± 13,29	60,1 ± 12,85	63,0 ± 13,95	59,6 ± 14,74	p=,525
Sensitividad interpersonal	64,3 ± 15,77	64,8 ± 15,05	61,2 ± 14,69	66,7 ± 14,54	60,3 ± 13,80	p=,305
Depresión	64,9 ± 14,87	65,2 ± 15,41	65,0 ± 14,29	67,9 ± 15,73	63,8 ± 16,32	p=,825
Ansiedad	59,6 ± 14,90	59,2 ± 12,68	56,5 ± 14,31	60,2 ± 13,04	56,7 ± 12,05	p=,596
Hostilidad	54,7 ± 11,92	54,3 ± 9,65	55,3 ± 12,36	57,0 ± 12,38	55,2 ± 13,39	p=,850
Ansiedad fóbica	62,4 ± 15,12	60,7 ± 13,47	59,7 ± 12,86	61,7 ± 12,34	56,0 ± 14,04	p=,094
Ideación paranoide	55,6 ± 11,93	56,5 ± 9,68	55,3 ± 11,48	53,9 ± 10,07	54,0 ± 11,13	p=,835
Psicoticismo	60,5 ± 13,91	58,3 ± 10,05	58,0 ± 12,46	58,1 ± 9,80	53,7 ± 10,01	p=,184

Comparación de la prevalencia de Malestar Psicológico según nivel de estudios en la Facultad de Odontología.

Se puede observar (**Tabla 14**) que en un nivel global de análisis no existe diferencia significativa, ya que los tres índices globales arrojan un valor de χ^2 con $p > ,05$. A nivel dimensional, se observan (**Tabla 14**) diferencias significativas únicamente en Depresión ($p < ,05$), reportando medias más altas en 4to año, seguida por 1ro y 2do, 3ro y los dos últimos años en último lugar.

Tabla 14. Comparación de prevalencia de Malestar Psicológico según nivel de estudios en la Facultad de Odontología.

Año de Carrera	1 y 2 N=34	3 N=37	4 N=68	5 y 6 N=52	Comp. Entre año en curso
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>Kruskal-Wallis (Ch²)</i> df=4
IGS	63,8 ± 12,51	64,7 ± 12,91	68,3 ± 11,47	61,9 ± 13,86	p=,124
PSDI	65,4 ± 10,72	62,8 ± 12,02	68,3 ± 9,35	63,2 ± 11,42	p=,055
SP	59,2 ± 10,93	61,7 ± 11,13	62,0 ± 8,61	58,3 ± 12,61	p=,294
Somatización	59,5 ± 11,03	60,7 ± 10,48	61,2 ± 11,39	57,8 ± 10,37	p=,221
Obsesiones y compulsiones	67,0 ± 11,68	67,9 ± 13,23	72,0 ± 11,77	65,1 ± 14,02	p=,089
Sensitividad interpersonal	65,0 ± 14,11	63,0 ± 13,14	65,7 ± 12,13	62,9 ± 15,0	p=,461
Depresión	68,3 ± 12,71	66,9 ± 14,64	74,4 ± 11,95	65,1 ± 14,90	p=,007*
Ansiedad	61,2 ± 11,33	63,7 ± 11,33	66,0 ± 11,72	60,7 ± 12,30	p=,125
Hostilidad	54,9 ± 12,63	59,1 ± 10,90	59,3 ± 9,11	56,7 ± 12,78	p=,238
Ansiedad fóbica	62,2 ± 12,13	58,9 ± 10,99	59,1 ± 13,08	56,5 ± 12,36	p=,133
Ideación paranoide	57,6 ± 10,05	58,7 ± 9,34	59,7 ± 8,81	57,6 ± 11,79	p=,583
Psicoticismo	59,1 ± 12,56	59,3 ± 11,31	61,4 ± 10,06	57,8 ± 13,43	p=,282

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

7.2.2. Análisis de Prevalencia de Sintomatología Depresiva y Ansiosa según BDI-II y BAI

Prevalencia de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en estudiantes de la FACSO.

Al analizar la prevalencia de sintomatología depresiva en la muestra (**Tabla 15**), se observa que la categoría con mayor prevalencia es la de gravedad severa con un 35,8%, en segundo lugar, se encuentra la categoría mínima con un 24,2%, seguida por las categorías leve y moderada, ambas con un 20%.

Tabla 15. Prevalencia de sintomatología depresiva según categorías de gravedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales.

Gravedad Sintomatología Depresiva	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	64	24,2	53	26,6	11	16,7
Leve	53	20,0	35	17,6	18	27,3
Moderada	53	20,0	37	18,6	16	24,2
Severa	95	35,8	74	37,2	21	31,8
Total	265	100	199	100	66	100

En el caso de la sintomatología ansiosa en la misma muestra (**Tabla 16**), se observa una mayor prevalencia de la categoría mínima con un 27,9%, seguida por leve con un 26%, en tercer lugar, moderada con un 24,2% y finalmente, la categoría severa con un 21,9%.

Tabla 16. Prevalencia de Sintomatología Ansiosa según categorías de gravedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales.

Gravedad Sintomatología Ansiosa	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	74	27,9	48	24,1	26	39,4
Leve	69	26,0	48	24,1	21	31,8
Moderada	64	24,2	55	27,6	9	13,6
Severa	58	21,9	48	24,1	10	15,2
Total	265	100	199	100	66	100

Prevalencia de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en estudiantes de la Facultad de Odontología.

Al analizar la prevalencia de sintomatología depresiva en la muestra (**Tabla 17**), se observa que la categoría con mayor prevalencia es la de gravedad severa con un 42,4%, en segundo lugar, la moderada con un 25,1%, seguida por la categoría leve con un 20,4% y finalmente, la mínima con un 12%.

Tabla 17. Prevalencia de Sintomatología Depresiva según categorías de gravedad en estudiantes de la Facultad de Odontología.

Gravedad Sintomatología Depresiva	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	23	12,0	12	8,8	11	20,0
Leve	39	20,4	24	17,6	15	27,3
Moderada	48	25,1	36	26,5	12	21,8
Severa	81	42,4	64	47,1	17	30,9
Total	191	100	136	100	55	100

Al analizar las prevalencias según categorías de gravedad de sintomatología ansiosa (**Tabla 18**), se observan mayores valores en la categoría leve (30.9%), moderada (28.3%), severa (24.6%) y finalmente la mínima (16.2%).

Tabla 18. Prevalencia de Sintomatología Ansiosa según categorías de gravedad en estudiantes de la Facultad de Odontología.

Gravedad Sintomatología Ansiosa	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	31	16,2	12	8,8	19	34,5
Leve	59	30,9	43	31,6	16	29,1
Moderada	54	28,3	45	33,1	9	16,4
Severa	47	24,6	36	26,5	11	20,0
Total	191	100	136	100	55	100

Para determinar la presencia de síndromes depresivo y ansioso, se utilizaron los respectivos puntos de corte establecidos para la población chilena, correspondientes a 19 puntos en el caso del síndrome depresivo y a 16 puntos para el síndrome ansioso (**Tabla 19**). De esta manera, un 60% de los estudiantes de FACSO y un 72,3% de sus pares de Odontología presentaban síndrome depresivo. Mientras que en el caso del síndrome ansioso un 46% de estudiantes de Ciencias Sociales y un 52,9% de Odontología presentaban sintomatología ansiosa suficiente para establecer la presencia de síndrome.

Tabla 19. Prevalencia de Síndromes Depresivo y Ansioso en estudiantes de la FACSO y la FO.

Síndrome	Ciencias Sociales N=265		Odontología N=191	
	N	%	N	%
Depresivo	159	60,0	138	72,3
Ansioso	122	46,0	101	52,9

La prevalencia del síndrome depresivo se observa en el 59,8% de las estudiantes de la FACSO frente al 60,6% de sus pares varones.

Según la carrera de pertenencia (ver **Tabla 20**), la mayor prevalencia se encuentra en la carrera de Antropología con un 70,5%, seguida por Trabajo Social y

Pedagogía en Educación Parvularia con un 61,9%, Psicología con un 57,1% y finalmente Sociología con un 53,5%.

Tabla 20. Prevalencia de síndrome depresivo según carrera de pertenencia y sexo en FACSO

Carrera	Total de estudiantes	Total de mujeres	Mujeres con síndrome depresivo		Total de hombres	Hombres con síndrome depresivo	
	N	N	N	%	N	N	%
Psicología	91	66	39	59,1	25	13	52
Sociología	71	43	21	48,8	28	17	60,7
Antropología	61	51	36	70,6	10	7	70
Trabajo social y Pedagogía en Educación parvularia	42	39	23	59,0	3	3	100
Total Facultad	265	199	119	59,8	66	40	60,6

La prevalencia de síndrome depresivo según nivel de estudios (**Tabla 21**), aumenta de un 55,7% en primer año a un 64,7% en cuarto.

Tabla 21. Prevalencia de Síndrome Depresivo según nivel de estudios en estudiantes de la FACSO.

Nivel	Síndrome depresivo	
	N	%
Primer año N= 70	39	55,7
Segundo año N= 59	37	62,7
Tercer año N= 61	37	60,7
Cuarto año N= 34	22	64,7
Quinto año N=41	24	58,5

Prevalencia de síndrome depresivo según sexo y nivel de estudios en la FO

Al analizar las prevalencias del síndrome depresivo se obtiene que el 77,9% de las estudiantes de la FO lo presenta frente al 58,2% de sus pares varones (**Tabla 22**)

Tabla 22. Prevalencia de Síndrome Depresivo según carrera de pertenencia y sexo en la FO.

Carrera	Total de estudiantes	Total de mujeres	Mujeres con síndrome depresivo		Total de hombres	Hombres con síndrome depresivo	
	N	N	N	%	N	N	%
Odontología	191	136	106	77,9	55	32	58,2

La prevalencia de síndrome depresivo según nivel de estudios (**Tabla 23**), se alterna entre cifras de alrededor de 60% y 80% a partir de primer año.

Tabla 23. Prevalencia de Síndrome Depresivo según nivel de estudios en estudiantes de la FO.

Año en curso	Total estudiantes	Estudiantes con síndrome depresivo	
	N	N	%
1 y 2	34	26	76,5
3	37	22	59,5
4	68	58	85,3
5 y 6	52	32	61,5
Total	191	138	72,3

La prevalencia del síndrome ansioso muestra que está presente en el 51,8% de las estudiantes de Ciencias Sociales frente al 28,8% de sus pares varones. De acuerdo con la carrera de pertenencia (**Tabla 24**), se observa que la mayor prevalencia se encuentra en la carrera de Psicología con un 48,4%, seguida por Trabajo social y Pedagogía en Educación Parvularia con un 47,6%, Antropología con un 45,9% y finalmente Sociología con un 42,3%.

Tabla 24. Prevalencia de síndrome ansioso según carrera de pertenencia y sexo en FACSO

Carrera	Total de estudiantes	Total de mujeres	Mujeres con síndrome ansioso		Total de hombres	Hombres con síndrome ansioso	
	N	N	N	%	N	N	%
Psicología	91	66	37	56,1	25	7	28,0
Sociología	71	43	20	46,5	28	10	35,7
Antropología	61	51	27	52,9	10	1	10,0
Trabajo social y Pedagogía en Educación parvularia	42	39	19	48,7	3	1	33,3
Total Facultad	265	199	103	51,8	66	19	28,8

Finalmente, de acuerdo con la prevalencia de síndrome ansioso según nivel de estudios (**Tabla 25**), se observa que en los estudiantes de primer año se encontró una mayor prevalencia con un 54,3%.

Tabla 25. Prevalencia de Síndrome Ansioso según nivel de estudios en estudiantes de la FACSO.

Nivel	Síndrome Ansioso	
	N	%
Primer año N= 70	38	54,3
Segundo año N= 59	25	42,4
Tercer año N= 61	27	44,3
Cuarto año N= 34	16	47,1
Quinto año N=41	16	39

Prevalencia de síndrome ansioso según sexo y nivel de estudios en la FO

Al analizar las prevalencias del síndrome ansioso se obtiene que el 59,6% de las estudiantes de la FO lo presenta frente al 36,4% de sus pares varones (**Tabla 26**)

Tabla 26. Prevalencia de síndrome ansioso según carrera de pertenencia y sexo en la FO.

Carrera	Total de estudiantes	Total de mujeres	Mujeres con síndrome ansioso		Total de hombres	Hombres con síndrome ansioso	
	N	N	N	%	N	N	%
Odontología	191	136	81	59,6	55	20	36,4

Finalmente, de acuerdo con la prevalencia de síndrome ansioso según nivel de estudios (**Tabla 27**), se observa que en los estudiantes de cuarto año se obtuvo una mayor prevalencia con un 64,7%.

Tabla 27. Prevalencia de sintomatología ansiosa según nivel de estudios en estudiantes de la FO.

Año en curso	Total estudiantes	Estudiantes con síndrome ansioso	
	N	N	%
1 y 2	34	19	55,9
3	37	17	45,9
4	68	44	64,7
5 y 6	52	21	40,4

A nivel sintomático, los reactivos con mayor prevalencia reportados en el BDI en FACSQ corresponden a *Pérdida de energía* ($\bar{x}=1,47$), *Dificultad de concentración* y *Auto-críticas* (ambas con $\bar{x}=1,45$). Similar a lo observado en Odontología donde los mayores puntajes se registran en *Pérdida de energía* ($\bar{x}=1,72$) y *Dificultad de concentración* ($\bar{x}=1,68$). Por otra parte en el BAI, los reactivos con mayor prevalencia tanto en FACSQ como en Odontología son *Nerviosismo* ($\bar{x}=1,60$; $\bar{x}=1,77$) e *Incapacidad para relajarse* ($\bar{x}=1,52$; $\bar{x}=1,59$).

Al igual que en el apartado de malestar psicológico, con el objetivo de determinar el tipo de pruebas de significación a aplicar, se realizó un análisis de normalidad de la distribución muestral, para lo cual se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov, donde tanto en el inventario BDI-II como en BAI se obtienen *valores p* bajo 0,05 (**Tabla 28**), por ende, se proseguirá el análisis mediante estadística no paramétrica, ya que no se puede asumir distribución normal.

Tabla 28. Pruebas de normalidad por tipo de sintomatología

Ciencias Sociales		Odontología	
Kolmogorov-Smirnov		Kolmogorov-Smirnov	
BDI-II	D= 0,094 p= 0,000	BDI-II	D= 0,066 p= 0,043
BAI	D= 0,106 p= 0,000	BAI	D= 0,100 p= 0,000

Al comparar según sexo la prevalencia de sintomatologías en la muestra de estudiantes pertenecientes a la FACSO, se puede observar (**Tabla 29**) que la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres, con una media de 23,7, no presenta diferencias significativas en comparación con los hombres 23,3 ($p > 0,05$). Por el contrario, al comparar las prevalencias de sintomatología ansiosa, se observa una diferencia significativa, siendo la media en mujeres mayor a la de los hombres.

Tabla 29. Comparación de prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa según sexo en la Facultad de Ciencias Sociales

Sintomatología	Total	Mujeres	Hombres	Comparación por sexo
	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	U de Mann-Whitney
Depresiva	23,6 ± 12,71	23,7 ± 12,95	23,3 ± 12,06	p=,936
Ansiosa	16,3 ± 11,66	17,4 ± 11,67	13,2 ± 11,16	p=,005*

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

En cuanto a la comparación por carreras no se observan diferencias significativas tanto en la distribución de sintomatología depresiva como en la ansiosa (**Tabla 30**).

Tabla 30. Comparación de sintomatología depresiva y ansiosa según carreras de la FACSO

Carrera	Psicología N= 91	Sociología N= 71	Antropología N= 61	Trabajo social y Educación parvularia N = 42	Comparación Entre carreras
Sintomatología	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>Kruskal-Waliis</i>
Depresiva	23,1 ± 13,61	21,6 ± 12,40	25,0 ± 11,19	26,0 ± 13,11	p=,162
Ansiosa	16,1 ± 11,80	15,3 ± 11,48	16,1 ± 10,29	18,8 ± 13,47	p=,575

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

En cuanto a la comparación por nivel de estudios no se observan diferencias significativas tanto en la distribución de sintomatología depresiva como en la ansiosa. (**Tabla 31**).

Tabla 31. Comparación de prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa según nivel de estudios en la FACSO.

Año de Carrera	1 N=70	2 N=59	3 N=61	4 N=34	5 N=41	Comp. entre año en curso
Sintomatología	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>Kruskal-Waliis</i>
Depresiva	25,0 ± 13,9	22,8 ± 12,87	23,5 ± 12,71	24,4 ± 11,80	21,7 ± 11,20	p=,804
Ansiosa	18,6 ± 12,9	16,8 ± 12,1	15,4 ± 11,51	16,1 ± 9,79	13,5 ± 10,10	p=,283

Al comparar la prevalencia de sintomatología según sexo en la muestra de estudiantes pertenecientes a la Facultad de Odontología, se observa (**Tabla 32**) que la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres, con una media de 26,3, presenta diferencias significativas en comparación con los hombres 18,4 ($p < ,05$), al igual que en la sintomatología ansiosa, siendo la media en mujeres igual a 19,9 y en hombres 14,58.

Tabla 32. Comparación de prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa según sexo en la FO.

Sintomatología	Total	Mujeres	Hombres	Comparación por sexo
	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	U de Mann-Whitney
Depresiva	26,3 ± 11,36	28,0 ± 11,28	22,3 ± 10,61	$p = ,003^*$
Ansiosa	18,4 ± 10,83	19,9 ± 10,60	14,58 ± 10,53	$p = ,001^*$

*Existen diferencias significativas con $\alpha = 0,05$

En cuanto a la comparación por nivel de estudios se observan diferencias significativas tanto en la distribución de sintomatología depresiva como en la ansiosa. Siendo los puntajes de las medias mayores en cuarto año para ambas sintomatologías. (**Tabla 33**).

Tabla 33. Comparación de prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa según nivel de estudios en la Facultad de Odontología

Año de Carrera	1 y 2 N=34	3 N=37	4 N=68	5 y 6 N=52	Comp. Entre año en curso
Sintomatología	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	Kruskal-Wallis
Depresiva	26,0 ± 12,30	23,2 ± 11,90	30,0 ± 9,65	24,0 ± 11,38	$p = ,003^*$
Ansiosa	18,0 ± 9,93	17,9 ± 11,73	21,3 ± 10,92	15,2 ± 9,85	$p = ,017^*$

*Existen diferencias significativas con $\alpha = 0,05$

Comparación de la prevalencia de malestar psicológico con la Facultad de Medicina.

Para comparar la muestra de Medicina, se decide eliminar el grupo de Postgrado con el fin de que los grupos a comparar sean más parecidos en su composición etaria, quedando 856 sujetos. Al comparar la prevalencia de malestar psicológico según Facultades, se puede observar (**Tabla 34**) que los tres índices globales reportan diferencias significativas ($p < ,05$). Las medias de FACSO y Odontología están por sobre las de Medicina.

En un nivel de análisis dimensional, se observan (**Tabla 34**) diferencias significativas entre Ciencias Sociales y Medicina, siendo sus medias más altas en casi todas las dimensiones del SCL-90-R, exceptuando Somatizaciones y Obsesiones y Compulsiones ($p < ,05$).

Mientras que en la FO existen diferencias significativas en todas las dimensiones del SCL-90-R ($p < ,05$), siendo sus medias más altas al compararlas con la Facultad de Medicina.

Al comparar las prevalencias de sintomatologías depresiva y ansiosa observadas en este estudio (**Tabla 35**) con las obtenidas en Medicina, se encuentran diferencias significativas en ambas sintomatologías ($p < ,05$). Siendo las medias de Ciencias Sociales y Odontología entre 3 y 6 puntos mayores a las registradas en la Facultad de Medicina.

Tabla 34. Comparación de la prevalencia de malestar psicológico con la Facultad de Medicina.

Facultad	Ciencias Sociales N=265	Odontología N=191	Medicina N=856	Comp. Ciencias sociales y Medicina	Comp. Odontología y Medicina
Indicador	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>
IGS	60,8 ± 14,43	65,1± 12,78	57,0 ± 12,87	p=,000*	p=,000*
PSDI	62,5 ± 12,56	65,3 ± 10,91	59,2 ± 11,80	p=,000*	p=,000*
SP	56,6 ± 11,89	60,5 ± 10,76	54,1 ± 10,99	p=,001*	p=,000*
Somatización	55,1 ± 11,88	59,9 ± 10,89	54,8 ± 11,12	p=,478	p=,000*
Obsesiones y compulsiones	61,8 ± 13,79	68,4 ± 12,90	59,9 ± 12,80	p=,051	p=,000*
Sensitividad interpersonal	63,4 ± 14,96	64,3 ± 13,46	58,9 ± 13,49	p=,000*	p=,000*
Depresión	65,2 ± 15,13	69,3 ± 13,93	60,5 ± 13,86	p=,000*	p=,000*
Ansiedad	58,4 ± 13,62	63,3 ± 11,87	55,3 ± 12,42	p=,001*	p=,000*
Hostilidad	55,1 ± 11,80	57,8 ± 11,24	53,1 ± 10,73	p=,013*	p=,000*
Ansiedad fóbica	60,3 ± 13,80	58,9 ± 12,38	53,9 ± 11,14	p=,000*	p=,000*
Ideación paranoide	55,3 ± 10,96	58,6 ± 9,99	53,5 ± 11,02	p=,013*	p=,000*
Psicoticismo	58,1 ± 11,82	59,6 ± 11,74	55,1 ± 11,42	p=,000*	p=,000*

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

Tabla 35. Comparación de la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa con la Facultad de Medicina.

Facultad	Ciencias Sociales N=265	Odontología N=191	Medicina N=856	Comparación ciencias sociales y medicina	Comparación odontología y medicina
Sintomatología	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
Depresiva	23,6 ± 12,71	26,3 ± 11,36	20,0 ± 11,27	p=,000*	p=,000*
Ansiosa	16,3 ± 11,66	18,4 ± 10,83	13,7 ± 9,33	p=,006*	p=,000*

*Existen diferencias significativas con $\alpha=0,05$

Se compararon los resultados de esta investigación con los obtenidos estudios realizados en la Universidad de Concepción (Alvial et al., 2007) y en la Universidad Austral (Antúnez, 2013), donde se utilizaron los mismos instrumentos para medir sintomatología depresiva y ansiosa.

Se observa que la media para sintomatología depresiva en la muestra correspondiente a la FACSOS y Odontología es entre 3,6 y 6,3 puntos mayor que la registrada en la Facultad de Medicina, a la vez que duplica a la media obtenida por los estudiantes de la Universidad de Concepción, y es alrededor de 10 puntos más alta que la media de la Universidad Austral.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, se observa (**Tabla 36**) que al igual que en el caso anterior, las medias registradas en la FACSOS y FO son mayores a las observadas en las otras Universidades comparadas.

Tabla 36. Comparación de la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa con otros estudios.

	Facultad de Ciencias Sociales	Facultad de Odontología	Facultad de Medicina	Universidad de Concepción*	Universidad Austral de Chile*
	N=265	N=191	N=856	N=632	N=484
Sintomatología	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>	<i>M±DE</i>
Depresiva	23,6 ± 12,71	26,3 ± 11,36	20,0 ± 11,27	12,0 ± 8,60	15,0 ± 9,53
Ansiosa	16,3 ± 11,66	18,4 ± 10,83	13,7 ± 9,33	11,3 ± 9,39	9,8 ± 7,44

*Estudios consideran el total de carreras de ambas Universidades.

La prevalencia de síndrome depresivo en estudiantes de la FACSO es 3,66 veces mayor que la de los estudiantes de la Universidad de Concepción, a la vez que duplica al porcentaje de estudiantes con el mismo síndrome en la Universidad Austral. Por otra parte, la prevalencia en estudiantes de la FO es 4,41 veces mayor que en la Universidad de Concepción y 2,4 veces mayor en comparación con la Universidad Austral. En la comparación por sexo también se observa (**Tabla 37**) que los porcentajes de prevalencia de los estudiantes de la Universidad de Concepción y Austral son notoriamente menores.

Tabla 37. Comparación de la prevalencia de síndrome depresivo con otros estudios

Síndrome Depresivo	Facultad de Ciencias Sociales	Facultad de Odontología	Universidad de Concepción	Universidad Austral de Chile
Total	60%	72,3%	16,4%	30,1%
Mujeres	59,8%	77,9%	22%	35,2%
Hombres	60,6%	58,2%	10,6%	24,2%

En el síndrome ansioso, se observa (**Tabla 38**) que los porcentajes de prevalencia obtenidos en las Facultades de la Universidad de Chile en estudio,

duplican a las tasas obtenidas por el total de la muestra de la Universidad de Concepción y Austral.

Tabla 38. Comparación de Prevalencia de Síndrome Ansioso con otras Universidades del país.

Síndrome Ansioso	Facultad de Ciencias Sociales	Facultad de Odontología	Universidad de Concepción	Universidad Austral de Chile
Total	46%	52,9%	23,7%	20,9%
Mujeres	51,8%	59,6%	23,8%	25,3%
Hombres	28,8%	36,4%	10,7%	15,3%

También, se compararon los resultados con los obtenidos en un estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) con estudiantes de Medicina (Santander et al., 2011). En el cual se consideró un puntaje de corte igual a 10 para distinguir un “BDI positivo”, englobando las categorías de sintomatología depresiva *leve, moderada y severa*. se obtuvo que el 25% de la muestra presentaba “BDI positivo”, considerando el mismo puntaje de corte en esta investigación se distingue un BDI positivo en un 75,9 % de la muestra de estudiantes de Odontología y a un 64,5% de estudiantes de Ciencias Sociales.

Al comparar los resultados obtenidos en la Facultad de Odontología con los de un estudio realizado por Burger (2016) con estudiantes de la misma carrera en Alemania, durante los primeros 5 semestres de carrera, se observa que tienen un comportamiento diferente, mientras que en los estudiantes alemanes se observa un aumento lineal en la prevalencia de sintomatología depresiva a medida que avanzan los semestres, en los estudiantes de la Universidad de Chile se observa un comportamiento oscilante. Además se observan diferencias significativas en la proporción de estudiantes con síndrome depresivo, considerando como presencia de síndrome la sumatoria de las categorías moderada y severa, podemos observar que en los estudiantes alemanes de quinto semestre la prevalencia alcanza el 18,7%, mientras que en los estudiantes nacionales de tercer año, el equivalente aproximado, este porcentaje alcanza el 53%.

A propósito de la alta prevalencia de la dimensión Depresión del inventario de síntomas de Derogatis y de síndrome depresivo en el inventario de Beck, llama la atención que la prevalencia más alta se da en ítems que tienen que ver con cambios en la ritmicidad biológica más que en el humor depresivo. Cabe preguntarse si las alteraciones encontradas en la población estudiada son parte de una reacción afectiva al estrés académico, o bien, si son secundarias al estilo de vida propio de los estudiantes universitarios. Con el fin de distinguir la posibilidad de que sus rasgos de personalidad hagan que los estudiantes sean proclives al desarrollo de síndromes depresivos, se correlacionaron los puntajes brutos de la dimensión Depresión y la Escala adicional del SCL-90-R (**Tabla 39**), hallando correlación directa significativa ($r > 0,7$; $p < 0,05$) en las Facultades de Ciencias Sociales, Odontología y Medicina.

Tabla 39. Correlación de la dimensión Depresión con la Escala adicional del SCL-90-R en Facultades de la Universidad de Chile.

	Ciencias Sociales	Odontología	Medicina
n	265	191	856
Pearson	0,715	0,747	0,710
Sig.	0,000	0,000	0,000

VIII. DISCUSIÓN

La población estudiada estuvo conformada por los estudiantes de las distintas carreras que imparten las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, es decir, Odontología, Psicología, Sociología, Antropología, Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia.

Los estudiantes que respondieron los instrumentos fueron mayoritariamente mujeres, adolescentes tardías y adultas jóvenes. Los hombres que respondieron los instrumentos también se caracterizan por coincidir en los promedios de edad, entre 20 y 24 años.

En el caso de la Facultad de Ciencias Sociales, se reporta que casi 1 de cada 4 estudiantes se encuentra en riesgo de padecer psicopatología, mientras que en la Facultad de Odontología, casi un tercio de los estudiantes reporta malestar psicológico, lo cual es alto incluso para la población universitaria, esto ya se ha aseverado en diversos estudios que sostienen que su malestar es mayor al resto de la población universitaria y de la población general (Dávila et al., 2011; Burger, 2016; Liebana, 2014; Dossi et al., 2006). La relación entre los indicadores globales sugiere además, que en los estudiantes de FACSO, la vivencia de malestar es mayor a la severidad de la sintomatología. En contraste a lo anterior, los estudiantes de Odontología no diferían significativamente entre su vivencia de malestar y la severidad de su estado.

Al comparar con la prevalencia presente en otras poblaciones previamente estudiadas, se encuentra que los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales y Odontología tienen mayor riesgo de desarrollar psicopatología que los estudiantes alemanes, colombianos e iraníes (Holm-Hadulla, Kress, Sperth y Hofmann, 2013; Delara y Woodgate, 2015; Divaris et al., 2013). En cuanto a la comparación con otras poblaciones de estudiantes chilenos, se destaca que la prevalencia de malestar psicológico de los estudiantes de FO, está por sobre la población de estudiantes consultantes y no-consultantes de la Facultad de Medicina, Ciencias Sociales, y lo observado en otras universidades chilenas (Villacura et al., 2017b; Villacura et al., 2015; Antúñez y Vinet, 2013; Alvial et al., 2007).

La dimensión sintomatológica con mayor prevalencia en ambas facultades es la depresiva, aun cuando es mayor en FO que en FACSO. Esta misma relación se observa en la prevalencia del síndrome depresivo, el cual afecta a dos tercios de la FO y a más de la mitad de la muestra de estudiantes de la FACSO. Mientras que la prevalencia del síndrome ansioso afecta a menos del 50% de estudiantes de la FACSO y más de la mitad de la FO. Siendo las tasas de ambas sintomatologías superiores a las de la población general y universitaria (Villacura, et al., 2017a; Villacura et., al 2015; Villacura, Irrázabal y López, 2012; Santander et al., 2011).

Este es un estudio descriptivo, que no logra explicar los factores que pueden estar incidiendo en las prevalencias. De acuerdo con la literatura, los altos niveles de prevalencia se podrían explicar por los principales factores de estrés reportados por la población de estudiantes de la Universidad de Chile, asociados a la alta carga académica, a los problemas económicos y familiares, a la mala distribución del tiempo, a sentimientos de soledad, a la falta de espacios y tiempo para recreación, etc. (Centro

De Estudios De La Federación De Estudiantes De La Universidad De Chile [Cefech], 2012; Villacura et al., 2017a). Como consecuencia de estos factores, se producen diferentes alteraciones, como cambios en los ritmos biológicos de sueño y alimentación, y dificultades para mantener las redes de apoyo, sobretodo en los alumnos provenientes de regiones. Esto repercute en la calidad de vida de los estudiantes propiciando el desarrollo de síntomas de estrés, angustia, ansiedad y/o depresión (Facundes y Ludemir, 2005).

La correlación directa y significativa encontrada entre la dimensión Depresión y la Escala adicional del SCL-90-R asociada a Depresión Melancólica, hace sospechar características de personalidad de los estudiantes de la Universidad de Chile que los podrían hacer más proclives al desarrollo de síndromes depresivos ante el estrés intenso que significa estar en la universidad. Esto ha sido planteado anteriormente en estudios sobre el "*Typus Melancholicus*", en los estudiantes de Medicina al ingresar a la Universidad. (Villacura, Dörr y Edmunds, 2010). En dicho estudio se concluyó que si bien los puntajes totales obtenidos no diferían de la población general, la dimensión hipernómica del *typus melancholicus* se encontraba significativamente elevada en los estudiantes ya al momento de ingresar a estudiar la carrera, haciendo sospechar, que dado el rango etario, que era aún adolescente y al exceso de estrés académico al que estarían sometidos durante los siguientes años, existía una alta posibilidad de que fuesen desarrollando las demás características de la personalidad que los vulneralizan frente al estrés, haciéndolos más proclives a deprimirse.

Al evaluar otras dos facultades y volver a encontrar una asociación entre el síndrome depresivo y los síntomas melancólicos, nos encontramos con un hallazgo que merece mayor investigación: ¿es que el estudiante de nuestra universidad, independientemente de la carrera que esté cursando tiene características de funcionamiento específicas, previas al ingreso a su carrera que los hace proclives al desarrollo de síndromes depresivos ante el estrés asociado a la vida universitaria?.

Confirmando la hipótesis, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes tienden a obtener puntajes más altos en la mayoría de los instrumentos, excepto en el caso del síndrome depresivo en FACSO, donde los puntajes de hombres y mujeres no presentan diferencias significativas. Los promedios de los puntajes obtenidos para sintomatología depresiva en Odontología, tanto para hombres como mujeres, se ubican en un nivel de gravedad severo, además, la proporción de mujeres con síndrome depresivo es 1,33 veces mayor que

en los varones. En el caso del síndrome ansioso, la mayor parte de los puntajes se ubican en la categoría de gravedad mínima en FACSO, y leve en Odontología, siendo en la primera la proporción de mujeres mayor en 1,8 en comparación con los hombres, mientras que en Odontología la proporción de mujeres con síndrome ansioso es 1,64 veces mayor. Esto se condice con los resultados observados en el estudio efectuado en esta misma Universidad con los estudiantes de la carrera de medicina (Villacura et al., 2012) y con los resultados de la Universidad de Concepción (Alvial et al., 2007.), en los que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en ambos inventarios respecto al género masculino (Alvial et al., 2007; Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Erazo y Jiménez, 2012; Sanz y Vásquez, 1998).

Lo anterior, responde a la hipótesis que sostiene que existen diferencias por sexo en el malestar y sintomatologías depresiva y ansiosa, siendo las mujeres quienes presentaron mayor riesgo de desarrollo de psicopatología que los hombres.

Drapeau y sus colaboradores (2012) afirman que la prevalencia de malestar psicológico es mayor en mujeres que en hombres en la mayoría de los países a través de distintos grupos etarios. Al respecto, existen diferentes hipótesis, una de ellas plantea que el malestar psicológico puede ser atribuido a componentes innatos de personalidad o biológicos, como aquellos relacionados a los trastornos depresivos y de ansiedad (Parker y Hadzi-Pavlovic, 2004 en Drapeau et al., 2012). Otra hipótesis plantea que en la mayoría de las sociedades, las mujeres están más expuestas o vulnerables a los factores de riesgo socioculturales asociados con el malestar psicológico. Algunos de estos factores de riesgo se relacionan al estrés proveniente de su círculo social o rol parental (Cleary y Mechanic, 1983 en Drapeau et al., 2012). Pero como existen antecedentes en los cuales se afirma que hombres y mujeres tienden a experimentar un mismo nivel de malestar ante un estresor similar (Ensminger y Celentano, 1990 en Drapeau et al., 2012), Ensminger y sus colaboradores (1990, en Drapeau et al, 2012) plantean que la diferencia en el malestar psicológico está más relacionada a la configuración de los roles de los géneros que a diferencias intrínsecas por sexo.

Por otra parte, también existen investigaciones que aluden a la misma hipótesis para plantear afirmaciones que se podrían pensar opuestas a los resultados aquí exhibidos, Del Valle et al. (2015) en un estudio sobre bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Argentina muestra que mujeres tendería a percibir mayor bienestar psicológico que los hombres, y que la cultura se modifica e influye en los

roles sexuales, dependiendo de las exigencias del medio según el tiempo en que habitan. Sin embargo, no podría afirmarse que el bienestar psicológico sea el contrario al malestar psicológico, ya que se basa en diferentes constructos y dimensiones.

Por su parte, el Estudio Longitudinal Social llevado a cabo por el COES (2018) afirma que aunque las mujeres pueden presentar mejores índices de apoyo social, las brechas en la prevalencia de sintomatología es un fenómeno que debe ser abordado teniendo en cuenta dimensiones culturales y socioeconómicas.

Otro planteamiento ha sido que en la mayoría de las culturas, la expresión de las emociones difiere según sexo, y que en ese sentido, algunos de los ítems que aparecen en estos instrumentos son de antemano más frecuentes en mujeres que en hombres, lo cual estaría ya presente en la construcción de las escalas de evaluación (Drapeau et al. 2012). Sin embargo, esta hipótesis parece insuficiente al explicar las diferencias por sexo presentes en los resultados de los estudios sobre malestar psicológico. Al menos, esta ha sido la posición de Piccinelli y Wilkinson (2000), quienes tras realizar una revisión crítica de la literatura, concluyeron que a pesar de que la elaboración de los constructos puede generar una preponderancia a que mujeres se vean más afectadas en los estudios, las diferencias por género en trastornos depresivos serían genuinas.

Todo lo expuesto anteriormente, nos hace pensar que existen múltiples factores influyentes en las diferencias por sexo respecto a las prevalencias observadas.

Dentro de la hipótesis planteada, se esperaba encontrar diferencias significativas entre carreras, sin embargo, esto no se observó en la comparación de malestar psicológico entre carreras de la Facultad de Ciencias Sociales. Solo se registró una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Obsesiones y Compulsiones, la cual arrojó puntajes mayores en las carreras de Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia, siendo los ítems con mayor frecuencia el *Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo* ($\bar{x}=3,12$) y *Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo* ($\bar{x}=3,05$). Que son dos síntomas asociados al mal uso del tiempo y a la ansiedad.

Debido a la escasa literatura, no podemos afirmar que esta tendencia se relacione con un perfil de personalidad de los estudiantes o con las condiciones

propias de la malla curricular, ya que no existe evidencia en estudios previos sobre prevalencia en estas carreras.

El síndrome depresivo presenta una mayor prevalencia en la carrera de Antropología, mientras que el ansioso afecta a un mayor porcentaje de alumnos de Psicología. Sin embargo, al comparar las medias de ambas sintomatologías, resultan ser mayores en las carreras de Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia (T.S. y P.E.P.).

Al analizar la distribución de puntajes de síntomas depresivos en los estudiantes de T.S. y P.E.P, estos se concentraron en la categoría severa, es decir, los estudiantes reportaron una mayor gravedad en sus síntomas. Mientras que en la sintomatología ansiosa, la distribución de prevalencia en las categorías de gravedad fue similar entre Psicología y T.S. y P.E.P, en las últimas, se observó un mayor número de puntajes altos (> 50 pts.).

En una investigación de estilos de personalidad en estudiantes de psicología argentinos, se encontró que el estilo predominante correspondía al depresivo, (Albanesi de Nasetta, Garelli y Casari, 2009) lo cual podría hacer presumir una relación entre los altos puntajes de sintomatología depresiva en estos estudiantes, y un estilo de personalidad premórbido.

Continuando con la comparación entre carreras, los estudiantes de Odontología fueron los que registraron los puntajes más altos en la mayoría de los índices, dimensiones de Malestar y Sintomatologías. Esto se puede explicar por los antecedentes que plantean que los estudiantes del área de la salud son más proclives a padecer malestar psicológico (Andrews, Hejdenberg y Wilding, 2006 citado en Villacura et al., 2012).

Las investigaciones previas han sugerido que los estudiantes que presentan ciertos rasgos de personalidad son más propensos a la angustia, ya que el riesgo de presentar síntomas depresivos puede aumentar con los rasgos perfeccionistas y del patrón de conducta tipo A, caracterizado por la ambición, la competitividad, la ira, la impaciencia y el estado de alerta. (Basudan, Binanzan y Alhassanet al., 2017). Un estudio realizado en Inglaterra concluyó que uno de los tipos de personalidad dominante en los estudiantes de Odontología era el Extravertivo, Sensitivo,

Sentimental, Juicioso (ESFJ) característico del personal del área de la salud, por su capacidad de liderazgo y su conducta hipervigilante (Morris, 2000).

En un estudio realizado con estudiantes de odontología en Arabia Saudita se observó que la insatisfacción con el apoyo de la facultad o sus autoridades constituía una fuente importante de estrés, por el contrario, el apoyo de los profesores y la buena relación con sus pares, disminuye considerablemente estos niveles, así se concluyó que, los factores relacionados con las relaciones humanas parecen tener un mayor impacto en la salud mental que los factores académicos (Basudan et al. , 2017; Arrieta, Díaz y González, 2013). Esta arista parece ser relevante de ser investigada posteriormente.

Siguiendo con lo planteado en la hipótesis, se esperaba encontrar diferencias significativas en la comparación por nivel de estudios. En el caso de la Facultad de Ciencias Sociales, se observaron puntajes de media mayores en primer año para todos los constructos en evaluación, sin llegar a encontrarse diferencias significativas. Una posible justificación es que la mayoría de los estudiantes al ingresar a la Universidad se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, etapa en que suelen surgir mayores problemas en salud mental (Rutter y Taylor, 2002), lo cual coincide con la necesidad de adaptación a un nuevo ambiente, la adopción de un estilo de vida más autónomo, nuevas relaciones interpersonales y diferentes hábitos de estudio (Antúnez et al., 2013).

Por otra parte, en Odontología, tanto en Malestar Psicológico como en Sintomatología Depresiva y Ansiosa, se registraron puntajes significativamente mayores en cuarto año. Lo cual se contradice con lo encontrado en la literatura acerca de malestar psicológico en población universitaria, donde las tasas de sintomatología son mayores en primer año, explicado por el planteamiento del potencial patogénico que implica el ingreso a la Universidad (Audin et al., 2006 y Degenhardt et al., 2007 en Dávila et al., 2011; Cruz et al, 2005; Guavita et al., 2006). Sin embargo, es coherente a lo hallado en investigaciones con estudiantes de la misma carrera tanto en estudios internacionales como nacionales, donde se observa un incremento lineal de la sintomatología depresiva conforme avanzan los años de estudio (Burger, 2016), además de las tasas más altas de depresión y ansiedad en tercero y cuarto año (Dávila et al., 2011)

Este comportamiento particular de Odontología se podría explicar por las características propias de la carrera, la malla curricular, el aumento de la carga académica y el inicio de los ramos propiamente clínicos (Dávila et al., 2011), lo cual genera factores de estrés asociados principalmente a cuarto año, donde los estudiantes reportan dedicar más horas a actividades académicas que las establecidas en el plan de estudios, sumado a la preocupación por la atención de pacientes y el ambiente negativo generado por los supervisores clínicos (Misrachi, Ríos, Manríquez, Burgos y Ponce, 2015).

Las limitaciones propias de este estudio tienen relación con el tipo de muestreo, ya que un muestreo por conveniencia no permite generalizar, con precisión estadística, los resultados de la muestra al total de la población. Además, en las carreras de Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia, no se lograron las cuotas mínimas para establecer representatividad. Por otra parte, la escasa bibliografía con muestras de estudiantes universitarios no pertenecientes al área de la Salud, dificulta el análisis comparativo entre carreras, e impide hipotetizar si ciertas prevalencias tienen relación con el perfil profesional o la malla de estudios.

Además, la falta de datos sociodemográficos, no permite establecer la incidencia que ciertas variables, como el nivel socioeconómico o vía de ingreso, tienen en las tasas de prevalencia. También, los factores de personalidad quedan fuera del análisis, lo cual sería interesante incorporar en futuras investigaciones.

Sería de utilidad realizar estudios de este tipo en otras Facultades de la Universidad de Chile, y evaluar el comportamiento de estudiantes de las diferentes áreas de estudios. Esto permitiría establecer comparaciones y medidas promotoras de salud mental y preventivas de desarrollo de psicopatología, acordes a las necesidades de cada Facultad.

Considerando las altas prevalencias encontradas en las muestras, se hace necesario que las autoridades presten mayor atención a la salud mental de sus estudiantes, y se propone como posible medida, en la Facultad de Odontología principalmente, reforzar las actividades de prevención y promoción de salud mental, especialmente en los estudiantes de cuarto año, ya que la evidencia sostiene que esta población presenta las tasas más altas de malestar. Lo que podría acompañarse de una revisión de la malla de estudios, que permita identificar posibles factores

involucrados en el desarrollo de sintomatología depresiva y malestar psicológico durante este período.

En cuanto a la Facultad de Ciencias Sociales, se sugiere tomar medidas de prevención y promoción de salud mental especialmente dirigidas a los estudiantes de primer año, para facilitar su proceso de adaptación a la vida universitaria. Además de tomar medidas específicas para las carreras de Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia, ya que son los estudiantes con mayores prevalencias de sintomatología.

IX. REFERENCIAS

- Abeloff, M.D., Armitage, J.O., Lichter, A.S. y Niederhuber, J.E. (2000) *Clinical Oncology*. New York, EE. UU.: Churchill Livingstone ed.
- Aitken R.C.B. (1975) *Psychological medicine: stress and distress*. British Medical Journal 1, 611-613.
- Albanesi De Nasetta, S., Garelli, V., y Casari, L. (2009). Estilos de personalidad y calidad de vida en estudiantes de psicología. *Fundamentos en humanidades*, 10(19), 139-156.
- Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Cova, F., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2),105-112.
- Angst, J., Dobler-Mikola, A. y Binder, J. (1984). The Zurich Study- a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci*, 234, 13-20.
- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista médica de Chile*, 141(2), 209-216. Recuperado el 07 de abril de 2015, en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200010&lng=es&tyng=es. 10.4067/S0034-98872013000200010.
- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Bacchi, S. y Licinio, J. (2016). Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. *Academic Psychiatry*, 1-4.
- Basudan, S., Binanzan, N., y Alhassan, A. (2017). Depression, anxiety and stress in dental students. *International journal of medical education*, 8, 179.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Beck, A. y Emery, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., y Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual review of psychology*, 47(1), 33-57.
- Burger, P., Neumann, C., Ropohl, A., Paulsen, F. y Scholz, M. (2016). Development of depression and deterioration in quality of life in German dental medical students in preclinical semesters. *Annals of Anatomy*, Vol. 208, 183-186.
- Burnette, D. y Mui, A. (1994). Long-Term Care Service Use by Frail Elders: Is Ethnicity a Factor ?. *The Gerontologist* Vol. 34, No. 2, 190-198.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Ed. Universitaria: Santiago.
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social [COES] (2018). *Resultados Primera Ola Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC)*. Módulo 6: Salud y Bienestar.
- Centro De Estudios De La Federación De Estudiantes De La Universidad De Chile [CEFECH] (2012). *Encuesta de Caracterización de Estudiantes Universidad de Chile 2011. Análisis y Principales Resultados*. Santiago de Chile.
- Cox B., Enns M. y Clara I. (2002) The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment* 14, 365–373.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cruz, C., Figueroa, M., Larraín, D., Lavín, M. y Marty, M. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de Los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro- psiquiatría*, 43 (1), 25-32.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile.

Revista de Psicología, Vol. 20, Nº 2. Recuperado el 06 de abril de 2017 en:
<http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17937/18749>

De las Cuevas, C. y González de Rivera, J. L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psíquis*, 12, 326-36.

Del Valle, M., Hormaechea, F., y Urquijo, S. (2015). El Bienestar psicológico: Diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1(3), 6-13.

Delara, M. y Woodgate, R. (2015). Psychological Distress and its Correlates among University Students: A Cross-Sectional Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 28(4), 240-244.

Derogatis, L. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (3ª Edición). Minneapolis: National Computer Systems.

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, 1-15.

Divaris, K., Mafla, A. y Villa-Torres, L. (2013). Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. *BMC Med Educ* 13, 91.

Dörr, O. (1995). *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una Psiquiatría de orientación Fenomenológico-Antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Dossi, A., Ispert, O., Presta, A., Saliba, C. y Saliba O. (2006). El estrés en la práctica odontológica. *Revista ADM*, 13(5), 185-188

Drapeau, A., Marchand, A. y Beaulieu-Prévost, D. (2012). *Epidemiology of psychological distress, mental illnesses - understanding, prediction and control*. Labate, L. (Ed.) INTECH 105-134.

Erazo, M. y Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista Ces Psicología*, 5 (1), 65-76.

Facundes, L. y Ludermir, A. (2005). Common mental disorders among health care students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 194-200.

- Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C., González, I., Sepúlveda, R. y Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas*, XIV, 235-256. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. (3ª Ed.) Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Galli, E., Feijoó, L., Roig, I., y 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.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica* 2008, 26 (1),39-58. Recuperado el día 01 de agosto de 2018 en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>.
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y Vida*. (7ª Ed.). México.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C, Rodríguez, M. y Rodríguez F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L*. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Guavita, P y Sanabria, P. (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia: *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(2) 77-80.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª edición). México D. F.: McGraw-Hill.
- Holley S.K. (2000). Evaluating patient distress from cancer-related fatigue: an instrument development study. *Oncology Nursing Forum* 27, 1425–1434.
- Holm-Hadulla, R., Kress, V., Sperth, M. y Hofmann, F. (2013). *Mental Health of University Students in Germany*. Heidelberg: University of Heidelberg.

- Holm-Hadulla, R. y Koutsoukou-Argyraki A. (2015). Mental health of students in a globalized world: Prevalence of complaints and disorders, methods and effectivity of counseling, structure of mental health services for students. *Mental Health of Students – National and International Perspectives. Mental Health and Prevention*,3 (1-2),21-25.
- 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).
- Jacobsen, P., Donovan, K., Trask, P., Fleishman, S., Zabora, J., Baker, F. y Holland, J. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: a multicenter evaluation of the distress thermometer. *Cancer*, 103(7),1494-502.
- Knapp T. (1988) Stress vs. strain: a methodological critique. *Nursing Research* 37, 181–184.
- Lange, I. y Vio, F. (2006). *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior*. Santiago. Elaboración conjunta del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos y la Pontificia Universidad Católica.
- Lazarus R. y Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, EE. UU.: Springer
- Lazarus R. (1998) *Fifty Years of the Research and Theory of R.S. Lazarus: Analysis of Historical and Perennial Issues*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah.
- Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, M., Gándara, Á., Muñoz-Villanueva, M., Vázquez-Casares, A. y Rodríguez-Borrego, M. (2014). Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con engagement académico. *Rev Esc Enferm USP*, 48(4), 715-22.
- McClement S., Woodgate R. y Denger L. (1997). Symptom distress in adult cancer patients with cancer. *Cancer Nursing* 2, 236–243.
- Marty, M., Lavín, G., Figueroa, M., Larraín de la C., D. y Cruz, M. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(1), 25-32.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón. P., y Valdivia. M. (2008). Propiedades Psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, 26 (1), 59-69.

- Ministerio de Salud [MINSAL] (2010). Encuesta Nacional de Salud. ENS Chile 2009-2010. Recuperado el día 13 de Noviembre de 2017, desde <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Misrachi, C., Ríos, M., Manríquez, J., Burgos, C., y Ponce, D. (2015). Fuentes de estrés percibidas y rendimiento académico de estudiantes de odontología chilenos. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 18(2), 109-116.
- Morales-Carmona, F. (2005). Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. Ponencia presentada en la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes". 25-29 de abril.
- Morris, D. (2000). Personality types of dental school applicants. *European Journal of Dental Education*, 4(3), 100-107.
- Murray R. y Huelskoetter M. (1983). *Psychiatric Mental Health Nursing: Giving Emotional Care*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Nordin K., Liden A., Hasson M., Rosenquist R. y Berglund G. (2002). Coping style, psychological distress, risk perception, and satisfaction in subjects attending genetic counseling for hereditary cancer. *Journal of Medical Genetics* 39, 689–694.
- Olsen, L., Mortensen, E. y Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90 -R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (3), 225-229.
- Piccinelli M. y Wilkinson G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *Br. J. Psychiatry* 177, 486–492.
- Polonsky, W., Snoek, F., Pouwer, F. y Welch, G. (2000). Diabetes-related emotional distress in Dutch and U.S diabetic patients. *Diabetes Care*, 23, 1305-1309.
- Portenoy, R. y Bruera, E. (2003). *Cancer pain assessment and management*. Cambridge University Press.
- Prince, J. (2015). University Student Counseling and Mental Health in the United States: Trends and Challenges. *Mental Health and Prevention*, 4.

- Ridner, S. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 536-545.
- Rutter, M. y Taylor, E. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford, England: Blackwell Publishing Science; 463-85.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2009) *Sinopsis de psiquiatría de Kaplan y Sadock* (10ª Ed.). Barcelona, España: Lippincott Williams y Wilkins.
- Santander, J., Romero, M., Hitschfeld, M. y Zamora, V. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría*; 49, 47-55.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Selye H. (1974). *Stress Without Distress*. J.B. Lippincott Co: Philadelphia, PA.
- Selye H. (1976). Further thoughts on "stress without distress". *Medical Times* 104, 124–132.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kruse, J., Franke, G., Reister, G. y Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-193
- Shaver J., Johnston S., Lentz M. y Landis C. (2002). Stress exposure, psychological distress, and psychological stress activation in midlife women with insomnia. *Psychosomatic Medicine* 64, 793–802.
- Stanton, A., Revenson, T. y Tennen H. (2007) Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annu. Rev. Psychol*, 58, 565–92.
- Trask, P., Paterson, A. y Riba, M. (2002) Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 29, 917–925.
- Universidad de Chile (2003). *Analizan calidad de vida de estudiantes universitarios*. Recuperado el día 15 de noviembre de 2016 de <http://www.uchile.cl/acerca/rectoria/noticias/07oct2003.html>

- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 7ª ed. Barcelona, España: Masson.
- Villacura, L., Irrarrázabal, N., Dörr, A., Zamorano, C., Manosalva, J., Cánovas, C., Zamorano, M. y Barra, N. (2015). Mental disorders of students at the University of Chile. *Mental Health of Students – National and International Perspectives. Mental Health and Prevention*,3 (1-2),21-25.
- Villacura, L., Irrarrázabal, N. y López, I. (2012). *Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile*. Santiago: Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Villacura, L., Irrarrázabal, N. y López, I. (2013). *Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile*. (Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile).
- Villacura, L., Zamorano, M. y López, I. (2017). *Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*. (Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile).
- Villacura, L., Barra, N. y López, I. (2018). *Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*. (Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile).
- Villacura, L., Dörr, A. y Edmunds, T. (2010). *Evaluación del Typus Melancholicus en Estudiantes de Primer Año de Medicina de la Universidad de Chile y Construcción de un Taller Preventivo para la Depresión*. (Memoria para optar al Título de Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.)

X. ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“PREVALENCIA DEL MALESTAR PSICOLÓGICO Y DE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA Y ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE CIENCIAS
SOCIALES Y ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

Investigador Principal: Ps. Leonor Villacura Avendaño
Unidad de Psicología, Dirección de asuntos estudiantiles,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Fono: 229786481 E-mail: leonorvillacura@gmail.com

Co-investigadores: Prof. Ilse López Bravo
Departamento de Educación en Ciencias de la Salud,
Universidad de Chile
E-mail: ilopez@med.uchile.cl

Lic. Rodrigo Herbage Arlegui
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
Fono: 9 97105736, E-mail: rherbage@gmail.com

Lic. Karla Ruz Schulz
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
Fono: 9 987621982, E-mail: karla.ruz@ug.uchile.cl

El presente documento de Consentimiento Informado se aplicará a los estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, pertenecientes a las carreras de Odontología, Psicología, Sociología, Antropología, Trabajo Social y Pedagogía en Educación Parvularia.

A continuación se le proporcionará la información acerca del estudio.

Le invitamos a participar en el estudio “Prevalencia del malestar psicológico y de la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile”, para lo cual es necesario que conozca y comprenda la información que detallaremos a continuación, luego de esto y de manera voluntaria podrá decidir si colabora o no. Puede hacer todas las consultas necesarias para aclarar sus dudas. Finalmente, una vez comprendido el proyecto y si desea participar, se le solicitará indicar la opción “Acepto”.

Explicación del proyecto

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. Por otro lado, la sintomatología depresiva hace referencia a una alteración del estado del ánimo que pudiese tener alguna incidencia en el funcionamiento de las personas. Mientras que la sintomatología ansiosa, se caracteriza por la sensación de tensión o nerviosismo y que también implicaría un efecto en el comportamiento de las personas. La presencia de malestar psicológico y/o de sintomatología depresiva y/o ansiosa no representa necesariamente la existencia de un trastorno psicológico como tal.

El presente estudio se enmarca 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. Esta investigación tiene el interés de evaluar a las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales dando continuidad a un proyecto (Villacura et al., 2015) que pretende evaluar la prevalencia de malestar psicológico en toda la Universidad de Chile.

Objetivo de la Investigación

El objetivo de esta investigación es evaluar la prevalencia del malestar psicológico y la distribución de los síntomas depresivos y ansiosos en los estudiantes de los diferentes años y carreras impartidas en la Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, para así desarrollar estrategias de ayuda y acompañamiento, como también, mejorar los planes de prevención del desarrollo de patologías psiquiátricas en nuestros estudiantes.

Beneficio de la Investigación.

Su colaboración nos permitirá acercarnos al conocimiento de la situación actual de ciertos aspectos de la salud mental de los estudiantes de las Facultades en estudio, lo cual puede ser de utilidad para la implementación de medidas preventivas de desarrollo de psicopatología y evaluar el impacto de futuras intervenciones en salud mental universitaria.

*El beneficio directo que conlleva su participación en este estudio consiste en que además de recibir los resultados de los cuestionarios aplicados, podrá acceder a una retroalimentación personalizada basada en estos, si accede a proporcionar alguna

cuenta de correo electrónico a la cual pueda ser enviada esta información. Como su participación es de carácter voluntario y anónimo, de todas formas podrá responder los cuestionarios sin una dirección de correo electrónico, pero no recibirá los resultados de los cuestionarios.

(*Nota: en la Facultad de Ciencias Sociales este párrafo fue omitido)

Tipo de Intervención y Procedimiento.

El estudio se llevará a cabo de manera digital y en línea, a través de la plataforma virtual Google Forms, por lo que, si usted acepta participar, deberá contestar 3 cuestionarios de manera virtual. El primero es el Inventario de Sintomatología (*Symptom Check-list [SCL-90-R]*), desarrollado por Leonard Derogatis, 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.

Los otros dos inventarios fueron elaborados por el Dr. Aaron Beck, y evalúan la presencia y nivel de sintomatología depresiva y ansiosa respectivamente. En ambos usted deberá señalar cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. No puede dejar ninguna frase sin contestar. La duración de esta aplicación es de 5 minutos aproximadamente por cada inventario.

A partir de los resultados obtenidos en los inventarios se establecerá la prevalencia del malestar psicológico y sintomatología depresiva y ansiosa en la muestra, lo que permitirá establecer comparaciones con estudios similares en otras muestras de estudiantes.

Riesgo de la Investigación.

El riesgo de la autoadministración de inventarios que evalúan salud mental es que, sin la información pertinente, pueden llevar a un diagnóstico erróneo y esto puede generar cierta preocupación. Por lo que enfatizamos que los cuestionarios utilizados **no** constituyen un instrumento suficiente para diagnóstico.

Es necesario reiterar que la presencia de sintomatología no representa necesariamente la existencia de un trastorno psicológico, y que todo diagnóstico solo puede ser realizado a través de una evaluación extensa realizada por un profesional y

que contemple otro tipo de herramientas, que pueden incluir o no, el uso de estos u otros inventarios.

En caso de que ciertos puntajes obtenidos en alguno de los cuestionarios indique niveles de sintomatología severos o de riesgo se hará la sugerencia de consultar con algún profesional pertinente, para lo cual se entregará información de los recursos a los que puede acceder dentro de la Universidad. Cabe acotar que esto solo se hará posible en el caso que haya proporcionado una dirección de correo electrónico a la cual enviar la retroalimentación correspondiente.

Criterios para selección de los participantes en el estudio

Como se informó anteriormente, este estudio forma parte de una investigación más amplia que busca hacer una evaluación del malestar psicológico en los estudiantes de la Universidad de Chile, por lo mismo, en una primera etapa ya se realizó un estudio similar con estudiantes de la Facultad de Medicina. Y se espera en el futuro poder continuar con las demás Facultades y carreras impartidas por la Universidad de Chile.

Confidencialidad y difusión de datos.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, y anonimato, de manera que los datos no puedan ser asociados a una persona identificable, 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.

Aclaraciones

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y Ud. tiene plena libertad para retirarse en cualquier momento, dejando de contestar el inventario.

Si 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.

Dado que los inventarios serán administrados vía online, es necesario acotar que solo una vez leído el consentimiento, podrán seleccionar la opción de aceptar y acceder a participar del estudio.

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.

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del Comité Ético Científico, Dr. Eduardo Fernández Godoy. Email: edofdez@u.uchile.cl

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 “Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile”.

Acepto

(nota: debido a que los cuestionarios se administrarán a través de una plataforma virtual la firma será reemplazada por la elección de la opción “Acepto”)

2. CARTA INFORMATIVA

“PREVALENCIA DEL MALESTAR PSICOLÓGICO Y DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE CIENCIAS SOCIALES Y ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”

Estimado estudiante, queremos invitarte a participar en el estudio “Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile”, cuyo objetivo es conocer la distribución de dicho fenómeno y sintomatología en los estudiantes de los distintos años y carreras de la Universidad de Chile.

Este estudio se enmarca en la línea de trabajo de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles, de salud mental y 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 que permitan una formación integral y equilibrada.

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 30 minutos de tu tiempo. Además, luego de contestar, recibirás de forma inmediata tus resultados, junto a la información necesaria que te ayude a comprenderlos.

Nos interesa saber cuál es tu realidad y poder conocer si existen diferencias entre niveles y carreras. 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. CARTA DE PRESENTACIÓN

Dr. Eduardo Fernández Godoy
Presidente del Comité Ético Científico
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Presente

Estimado,

La Unidad de Psicología depende de la Dirección de Asuntos Estudiantiles (DAE) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y su finalidad es colaborar con el cumplimiento de cuatro importantes objetivos: promover la salud mental y estilos de vida saludable de sus estudiantes, prevenir y tratar las patologías mentales, y mejorar la calidad de vida universitaria de sus estudiantes.

Para el cumplimiento de dichos objetivos, la Unidad de Psicología trabaja entregando atención psicológica a estudiantes de pre y postgrado de la Facultad de Medicina; realiza sistemáticamente investigación; y realiza actividades académicas y de extensión.

Dentro de las líneas de investigación de la Unidad está conocer el perfil psicológico y de funcionamiento de los estudiantes de la Universidad, conocer la prevalencia de diversos trastornos mentales en la población estudiantil y evaluar el impacto de las intervenciones en el bienestar de los estudiantes.

Durante el presente año hemos preparado el proyecto de investigación “Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile” que tiene por objetivo evaluar la presencia de malestar psicológico, y sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de las facultades de ciencias sociales y odontología de la Universidad de Chile que asistan a clases lectivas durante el período académico 2018.

A través de los resultados del estudio pretendemos profundizar nuestro conocimiento sobre el funcionamiento de nuestros estudiantes y poder compararlo con el de otras poblaciones semejantes, para mejorar las estrategias preventivas y de tratamiento, además de dar a conocer la realidad de nuestra población estudiantil a las autoridades pertinentes.

Agradeciendo su tiempo y excelente disposición, saluda atte. a Ud.,

Ps. Leonor Villacura
Psicología



Asuntos Estudiantiles
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Unidad de
Dirección de

4. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE AUTORIDADES

Santiago, lunes 31 de julio de 2017

Dr. Roberto Aceituno Morales
Decano
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Presente

Estimado Dr. Aceituno,

Junto con saludar, le escribo, para contarle que, como parte de la línea investigativa de nuestra Unidad de Psicología, referida a conocer la prevalencia de psicopatología y perfiles en la población estudiantil chilena, hemos preparado la tercera etapa de nuestro proyecto “Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Universidad de Chile”. La primera etapa fue la evaluación de los estudiantes consultantes de la Facultad de Medicina; y la segunda, realizada el año 2016, consistió en la evaluación de los estudiantes no consultantes de pre y postgrado de la misma facultad. Por el proyecto, el presente año tuvimos el orgullo de ganar el Primer Premio de Trabajos en Innovación en Educación, otorgado por la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud.

En esta tercera etapa, queremos incluir a la Facultad de Ciencias Sociales, con el fin de comenzar a estudiar los demás perfiles de las otras carreras en nuestra Universidad.

Este estudio permitiría, por una parte, aportar con evidencia a la discusión de políticas referidas a salud mental y calidad de vida universitaria de nuestra Universidad, pero también permite la creación de un sistema que se puede seguir replicando con periodicidad, para evaluar sistemáticamente el impacto en la salud mental de los estudiantes de las medidas tomadas en el área; y logra, además, que los estudiantes conozcan su situación actual, ya que reciben un feedback con sus resultados y sugerencias, lo que permite un diagnóstico y atención oportunos.

Nuestro deseo es invitar a las Unidades de Psicología de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales a sumarse al proyecto y generar un plan de

trabajo conjunto. La ejecución de este será apoyado por dos tesis de la Escuela de Psicología de su Facultad, y el análisis de los resultados cuenta con el compromiso de nuestro equipo de investigación, que contiene además dos metodólogos.

La participación en el estudio, por supuesto, será de carácter voluntario y la administración será en línea, previa firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos.

Le adjuntamos nuestro proyecto, para su revisión.

Si usted está de acuerdo, le pido, por favor, que firme el documento **AUTORIZACIÓN DE AUTORIDAD O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN**, necesario para la entrega del proyecto para su revisión al Comité de Ética. Alguien del equipo irá a retirarla después.

Agradeciéndole nuevamente su tiempo, colaboración y excelente disposición, saluda atte. a Ud.,



Ps. Leonor Villacura
Unidad de Psicología
Dirección de Asuntos Estudiantiles
Facultad de Medicina
Universidad de Chile



AUTORIZACIÓN

Roberto Aceituno Morales, Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, autoriza la realización del Estudio "Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Universidad de Chile" dirigido a estudiantes de la Facultad por la señora Leonor Villacura Avendaño, Directora de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Prof. Roberto Aceituno Morales
Decano
Facultad de Ciencias Sociales

Santiago, 2 de agosto de 2017.

Av. Ignacio Carrera Pinto 1045 - Ñuñoa - Santiago - Chile
Fono: 9787705 - email: decanocs@uchile.cl - www.facso.uchile.cl

Santiago, lunes 10 de julio de 2017

Dr. Jorge Gamonal Aravena
Decano
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Presente

Estimado Dr. Gamonal,

Junto con saludar, le escribo, primero, para agradecer toda su ayuda y colaboración para la realización del estudio “Evaluación de los Niveles de Auto-compasión y Autoeficacia en Estudiantes de 1er y 5to año de Odontología de la Universidad de Chile.” Hace algunas semanas, le envié con mi secretaria una copia de la tesis de grado de Rina Castillo para que la pudiera revisar. Vuelvo a comentarle, que estamos llanos a ir a la Facultad de Odontología a realizar alguna presentación más formal, tanto a las autoridades, como al resto de la comunidad.

En segundo lugar, le escribo para contarle que como parte de la línea investigativa de nuestra Unidad de Psicología, referida a conocer la prevalencia de psicopatología y perfiles en la población estudiantil chilena, hemos preparado la tercera etapa de nuestro proyecto “Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Universidad de Chile”. La primera etapa fue la evaluación de los estudiantes consultantes de la Facultad de Medicina; y la segunda, realizada el año 2016, consistió en la evaluación de los estudiantes no consultantes de pre y postgrado de la misma facultad. Por el proyecto, el presente año tuvimos el orgullo de ganar el Primer Premio de Trabajos en Innovación en Educación, otorgado por la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud.

En esta tercera etapa, queremos incluir a la Facultad de Odontología, con el fin de terminar de conocer la situación de las carreras de la salud, y agregar también a la Facultad de Ciencias Sociales, para así comenzar a estudiar los demás perfiles.

Este estudio permitiría, por una parte, aportar con evidencia a la discusión de políticas referidas a salud mental y calidad de vida universitaria de nuestra

Universidad, pero también permite la creación de un sistema que se puede seguir replicando con periodicidad, para evaluar sistemáticamente el impacto en la salud mental de los estudiantes de las medidas tomadas en el área; y logra, además, que los estudiantes conozcan su situación actual, ya que reciben un feedback con sus resultados y sugerencias, lo que permite un diagnóstico y atención oportunos.

Nuestro deseo es invitar a las Unidades de Psicología de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales a sumarse al proyecto y generar un plan de trabajo conjunto. La ejecución de este será apoyado por dos tesis de psicología de nuestra Universidad, y el análisis de los resultados cuenta con el compromiso de nuestro equipo de investigación, que contiene además dos metodólogos.

La participación en el estudio, por supuesto, será de carácter voluntario y la administración será en línea, previa firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos.

Le adjuntamos nuestro proyecto, para su revisión.

Si usted está de acuerdo, le pido, por favor, que firme el documento **AUTORIZACIÓN DE AUTORIDAD O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN**, necesario para la entrega del proyecto para su revisión al Comité de Ética. Alguien del equipo irá a retirarla después.

Agradeciéndole nuevamente su tiempo, colaboración y excelente disposición, saluda atte. a Ud.,



Ps. Leonor Villacura
Unidad de Psicología
Dirección de Asuntos Estudiantiles
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

**AUTORIZACIÓN DE AUTORIDAD O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN**

Yo, Jorge Gamonal Aravena, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, autorizo la realización del estudio "Prevalencia del Malestar Psicológico y de la Sintomatología Depresiva y Ansiosa en estudiantes de las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad de Chile", dirigido por la Ps. Leonor Villacura Avendaño en los estudiantes de la Facultad.


Dr. Jorge Gamonal Aravena
Decano
Facultad de Odontología
Universidad de Chile



Fecha: 25/07/2017

5. CARTA DE COMPROMISO

Carta de Compromiso del Investigador Responsable

Yo, Leonor Andrea Villacura Avendaño, investigadora responsable del proyecto de investigación "Prevalencia del malestar psicológico y de la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a:

1. Declarar mis potenciales conflictos de interés ante el Comité respectivo.
2. Comunicar los eventos adversos en la forma más rápida al Comité y al patrocinador.
3. Reportar al Comité cualquier desviación del protocolo.
4. Hacer informes de seguimiento y reportarlos al Comité.
5. Informar al Comité sobre el retiro de sujetos enrolados, las razones de retiro y las acciones tomadas en consideración a ello.
6. Hacer un informe final al término del estudio y reportarlo al Comité.
7. Comunicar al Comité la suspensión de un estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos, las razones de suspensión y el programa de acción en relación con los sujetos participantes.
8. Garantizar que el procedimiento del Consentimiento Informado se lleve a cabo de tal forma que promueva la autonomía del sujeto, asegurándose de que este se logró entender la investigación, sus riesgos y probables beneficios.
9. Tomar a su cargo un número razonable de casos que no le impida asumir la responsabilidad del estudio en forma total.
10. Garantizar que los datos entregados sean íntegros y confiables, cumpliendo con el protocolo autorizado.
11. La obligación de cumplir con el estándar 10 de la Norma Técnica N° 0151, aprobada mediante resolución Exenta N° 403 de 11 de julio de 2013 sobre estándares de acreditación de los C.E.C.

Firma Investigador



Santiago, 22 de agosto de 2017

6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

6.1.- 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:** Odontología Psicología Sociología Pedagogía en educación parvularia Antropología Trabajo social**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

		Na da	Mu y Po co	P o c o	B a s t a n t e	M u c h o
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.					
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 destruir 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.					

6.2.- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.** No deje ninguna frase sin contestar. (Edición al año 2003).

TRISTEZA	PESIMISMO
0 No me siento triste habitualmente.	0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
1 Me siento triste gran parte del tiempo.	1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
1 2 Me siento triste continuamente.	2 2 No espero que las cosas me salgan bien.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.
SENTIMIENTOS DE FRACASO	PERDIDA DE PLACER
0 No me siento fracasado.	0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
3 1 He fracasado más de lo que debería.	1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.	2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
3 Me siento una persona totalmente fracasado.	3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
SENTIMIENTOS DE CULPA	SENTIMIENTOS DE CASTIGO
0 No me siento especialmente culpable.	0 No siento que esté siendo castigado.
5 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.	1 Siento que puedo ser castigado.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	2 Espero ser castigado.
3 Me siento culpable constantemente.	3 Siento que estoy siendo castigado.

<p>INSATISFACCION CON UNO MISMO</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta.</p>	<p>AUTO - CRITICAS</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>8 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Me critico por todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>9 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p>LLANTO</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>10 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>AGITACION</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>11 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	<p>PERDIDA DE INTERÉS</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>12 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>INDECISION</p> <p>0 Tomo decisiones como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>13 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>INUTILIDAD</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>14 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p>
<p>PERDIDA DE ENERGÍA</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>15 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>16 1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p>
	<p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>

<p>IRRITABILIDAD</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>17 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>	<p>CAMBIOS EN EL APETITO</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>18 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>DIFICULTAD DE CONCENTRACION</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>19 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p>	<p>CANSANCIO O FATIGA</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>20 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>PERDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>21 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>	

6.3.- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck BAI

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones describe de mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Indique con una X la afirmación que haya elegido. Si hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones antes de efectuar la elección.** No deje ninguna frase sin contestar. (Edición al año 2003)

	En Absoluto	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo	Severamente, casi no puedo soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento.				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. Incapacidad de relajarse.				
5. Miedo a que suceda lo peor.				
6. Mareo o aturdimiento.				
7. Palpitaciones o taquicardia.				
8. Sensaciones de inestabilidad e inseguridad física.				
9. Terrores.				
10. Nerviosismo.				
11. Sensación de ahogo.				
12. Temblores de manos.				
13. Temblor generalizado o estremecimiento.				
14. Miedo a perder el control.				
15. Dificultad para respirar.				
16. Miedo a morir.				
17. Sobresaltos.				
18. Molestias digestivas o abdominales.				
19. Palidez.				
20. Rubor facial.				
21. Sudoración (no debida al calor).				