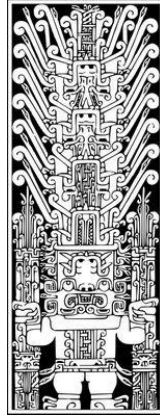


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN ESTUDIANTES DE UNA
FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LIMA**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología
con mención en Psicología Clínica**

AUTOR

SANCHEZ TAFUR, AYRTON MANUEL

ASESOR

HERVIAS GUERRA, EDMUNDO

JURADO

ARANDA AVENDAÑO, VICTOR

MANSILLA VARGAS, LEONIDAS

ZEGARRA MARTINEZ, VILMA

CASTILLO GOMEZ, GORQUI

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mi familia, por entenderme y apoyarme

RESUMEN

Esta investigación busca identificar los síntomas psicopatológicos en 300 alumnos de psicología entre 17 y 44 años de una universidad nacional de Lima. Se aplicó el SA-45 (Versión española de Alvarado, Bonifacio, Valdez-Medina, Gonzales-Arriata y Rivera, 2012). La prueba presenta niveles altos y moderados de confiabilidad (rango de 8.12 a 9.62) excepto por las escalas de psicoticismo y ansiedad fóbica (7.53). Se encontró que la prevalencia de síntomas psicopatológicos es alta en el primer año de estudios y que tiende a disminuir a mayor año de estudio (30% de síntomas moderados y marcados en el primer año a un 8% en el último año). Entre los trastornos estudiados, los más frecuentes encontrados fueron: depresión, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica. La depresión fue el único síntoma que no presentó diferencias por año de estudio.

Palabras claves: Síntomas psicopatológicos, SA-45, estudiantes universitarios, psicología

ABSTRACT

This investigation wants to identify the psychopathological symptoms of 300 students between 17 and 44 years of Psychology of a Nacional University from Lima. The test used was the SA-45 (Spanish version of Alvarado, Bonifacio, Valdez-Medina, Gonzales-Arriata y Rivera, 2012). The test has high and moderate levels of confiability (range of 8.12 to 9.62) except for psychoticism and phobic anxiety scales (7.53). It was found that the prevalence of psychopathological symptoms was high in the first year of studies, and that it tends to decrease with greater year of studies (30% of moderate and severe symptoms in the first year to 8% in the last year). Between the psychopathological symptoms, the more frequent found were: depression, obsessive-compulsive, interpersonal Sensitivity and phobic Anxiety. Depression was the only symptom which didn't have differences between years of study.

Keywords: psychopathological symptoms, SA-45, university students, psychology

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción

Capitulo uno: Problema	7
1.1 Planteamiento y formulación	7
1.2 Hipótesis	8
1.3 Objetivos	8
1.4 Justificación e importancia	7
Capitulo dos: Marco teórico	10
2.1. Antecedentes de investigación	10
a) Antecedentes nacionales	10
b) Antecedentes internacionales	10
2.2. Síntomas psicopatológicos	12
2.3. Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)	13
2.4. Características de Estudiantes de psicología	17
Capitulo tres: Método	19
3.1. Participantes	19
3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.3. Procedimientos	20
Capitulo cuatro: Resultados	21
Capitulo cinco: Discusión	42
Conclusiones	45
Sugerencias	46

Referencias

Anexos

Introducción

A lo largo de la vida universitaria, por momentos nos encontramos con compañeros estudiantes que parecen estar pasando por situaciones difíciles que están interfiriendo con su desempeño estudiantil. Estudiantes a los que, uno piensa, realmente les serviría lidiar primero con sus problemas personales, para poder continuar con sus estudios de manera más apropiada. Llevar una vida estudiantil que ya es, per se, estresante en sí. Esto parece particularmente importante en el estudiante de psicología que, al terminar su carrera, será el profesional encargado de lidiar con personas que están pasando a su vez por situaciones difíciles. Existen diversas investigaciones que nos indican que los estudiantes lidian con diversos síntomas psicopatológicos como la depresión (Campo-Cabal, Gutiérrez, 2001), ansiedad (Dávila, Ruiz, Moncada, Gallardo, 2011), entre otros. Es por esto que decidí realizar una investigación en estudiantes de psicología para conocer cuáles son los síntomas psicopatológicos más frecuentes, y diferencias entre años y sexo. Espero que esta investigación sirva como una base sobre la cual se pueda crear una estructura de trabajo para detectar y ayudar a estudiantes con síntomas psicopatológicos a resolver sus problemas personales, para que puedan llevar una mejor vida estudiantil y profesional.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento y formulación

Los síntomas psicopatológicos y salud mental en estudiantes universitarios es un tema que cada vez interesa más a los investigadores y está siendo estudiado ampliamente (Campo-Cabal, Gutiérrez, 2001; Pereyra, Ocampo, Silva, Velez, Costa, Toro y Vicuña, 2010; Perales, Sogi, Morales, 2002; Joffre Gracia, Lin, 2007). Tenemos extensos estudios al respecto en nuestro país, pero existen muy pocos estudios al respecto en estudiantes de psicología.

Existe una amplia cantidad de estudios de este tipo tanto nacional como internacionalmente, enfocándolo desde diferentes síntomas psicopatológicos, así como la depresión y la ansiedad, entre otros. Se han realizado estudios en Chile (Micin y Bagladi, 2011), Colombia (Erazo, Jiménez, 2012; Campo, Gutiérrez, 2001), Argentina (Bruno, Basin, Stover, Ongarato, De la Iglesia, 2013) entre otros países. Y en Perú tenemos un estudio de dimensiones psicopatológicas en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perales, Sogi y Morales, 2003), y la investigación de Antonella Galli (2005), Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología.

Ante esta falta de investigación en esta población, nos preguntamos: ¿Cuáles son los síntomas psicopatológicos más frecuentes entre estudiantes de psicología de una universidad peruana?

1.2. Hipótesis

1.2.1. HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Hipótesis general

Existen síntomas psicopatológicos más frecuentes que otros en estudiantes de psicología

1.3. Objetivos

Objetivo general

Mostrar los síntomas psicopatológicos más frecuentes

Objetivos específicos

O1: Describir los síntomas psicopatológicos según sexo

O2: Describir los síntomas psicopatológicos según año de estudio

O3. Crear baremos usando puntajes T

1.4. Justificación e importancia

Los investigadores creen que esta investigación es importante debido a que establece una línea base sobre los síntomas psicopatológicos en esta población, lo cual permitirá determinar si futuros estudiantes se encuentran en niveles promedio, o si se alejan de la media, y por tanto, requieren cierta supervisión o apoyo psicológico.

Ahora, ¿Por qué es importante conocer la proporción de estudiantes de psicología que presentan trastornos psicopatológicos? Hay varios motivos que pueden ser enumerados para realizar una investigación de tal tipo:

- Decidir si resulta necesario realizar una evaluación psicológica previa a los postulantes a la universidad
- Brindar ayuda psicológica a los estudiantes que la necesiten
- Establecer una posible relación entre su desempeño académico y su salud mental
- Evitar que personas no lleguen a acabar la carrera debido a problemas psicológicos, con la correspondiente pérdida de tiempo y esfuerzo.

La vida universitaria es conocida por ser una parte de la vida cargada de estrés y tensión. En un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, un 60% de los estudiantes, principalmente de las facultades de Medicina y Odontología, padecen estrés relacionado a los horarios de clase y nivel de exigencia académica (Ramirez, 2014). Si bien la relación entre estrés académico y problemas emocionales no es unidireccional, los jóvenes que tienen problemáticas previas de salud mental son los más afectados por esta situación (Al Nakeeb, Alcázar, Fernández, Malagón & Molina, 2004; citado de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo, 2001).

Esta situación conlleva agotamiento, poco interés frente al estudio, nerviosismo e incluso pérdida de control, lo cual a su vez puede conllevar consumo de drogas (tabaco, cafeína o fármacos), alteración del sueño, y evitación de la responsabilidad (Alfonso, Calcines, Monteagudo y Nieves, 2015). También provoca ansiedad, problemas de ingesta de alimentos y afecta el autoconcepto del estudiante (Martin, 2007).

Para la evaluación de esta situación, se aporta a la comunidad científica peruana datos sobre una prueba (SA-45) que presenta las ventajas de ser corta (45 ítems), y confiable, la cual ha probado ser útil en diversos aspectos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Antecedentes nacionales

Galli (2005), realizó una investigación cuyo objetivo era identificar los trastornos psicopatológicos presentes en 71 alumnos de psicología entre las edades de 17 y 27 años en una universidad privada de Lima. De sus resultados se concluye que 40% presenta algún tipo de trastorno psicopatológico. Los trastornos de ansiedad generalizada fueron los más frecuentes (30%), seguidos por trastornos depresivos (8%), fobia social (6%), agorafobia (4%), bulimia nerviosa (3%) y trastorno de pánico (1%).

Perales, Sogi y Morales (2003) describieron y compararon la salud mental de estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. Los principales problemas a la salud mental encontrados fueron: uso/abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disociales y violentas y disminuidas oportunidades de entrenamiento social o recreativo. Los investigadores concluyeron que ambas poblaciones presentaban problemas de salud mental y que sería positivo crear programas de intervención, principalmente sobre manejo de estrés.

Antecedentes internacionales

Bruno, Basin, Stover, Ongarato y De la Iglesia (2013), indagaron la presencia de sintomatología psicopatológica y estrategias de afrontamiento de estrés en estudiantes de psicología de una universidad de Buenos Aires. Los investigadores encontraron que las mujeres presentaron un mayor uso afrontamiento por aproximación conductual, y que los alumnos con aplazos presentaban una mayor evitación cognitiva. También se asoció de manera significativa la aproximación cognitiva e ideación paranoide.

Erazo y Jiménez (2012) realizaron un estudio en la Universidad de Cali en Colombia donde buscaban determinar las dimensiones psicopatológicas en estudiantes. Participaron 340 estudiantes, a quienes se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y el SCL-90R. Encontraron que la mayoría de estudiantes no presentan síntomas psicopatológicos. Entre

los síntomas presenten se encuentran ideación paranoide, hostilidad, obsesión-compulsión y depresión. En los primeros semestres se presentan niveles más altos de depresión ($m=0.41$), hostilidad ($m=0,41$) y paranoia ($m=0.51$). Respecto a diferencias entre sexos, las mujeres ($m=7.69$) presentan puntajes superiores que los hombres ($m=5.92$). La sintomatología depresiva se encontró en niveles más altos en los estudiantes de psicología ($m=9.66$) que los estudiantes de ingeniería mecatrónica ($m=6.00$).

Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo (2011) describieron la ansiedad, depresión y apoyo social percibido en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile en dos momentos del semestre, con la intención de probar si las exigencias curriculares aumentan el nivel de ansiedad y depresión. Entre sus resultados encontraron que los estudiantes están significativamente más ansiosos que deprimidos, principalmente los estudiantes de sexo femenino, y que esto es particularmente cierto en alumnos de 3° y 4° año.

En un estudio hecho en Santiago de Chile, Micin y Bagladi (2010) buscaron caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un Servicio de Salud Estudiantil y determinar diferencias y/o asociaciones significativas en relación a género. Usaron diseño no experimental de carácter exploratorio y cuantitativo, donde evaluaron a 460 estudiantes que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica. Entre los trastornos más frecuentes se encuentran los trastornos adaptativos (48,3%), trastornos del ánimo (22,8%) y trastornos de ansiedad (20,9%). Un alto porcentaje presenta alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión. Los hombres presentaron más trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con sustancias que las mujeres. Las mujeres son las únicas que presentan trastornos somatomorfos y más trastornos alimentarios que los hombres.

En el 2001, Campo-Cabal y Gutiérrez, estudiaron la psicopatología de 21 estudiantes de la facultad de Salud de la Universidad de Valle, Colombia. Hallaron que *“Tres cuartas partes del grupo presentaron algún tipo de psicopatología en la evaluación clínica, y el 66.6 % depresión y/o ansiedad con la aplicación de las dos escalas de Zung; con una alta comorbilidad de estos trastornos. Se encontró correlación entre una adaptación social regular y las presencia de trastornos de ansiedad.”* No encontraron relación con su rendimiento académico, y la prevalencia de depresión en el grupo fue comparable con el nivel nacional e internacional.

2.2. Síntomas psicopatológicos

Antes de definir la patología o los síntomas psicopatológicos, definamos la salud mental como punto de referencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental se considera como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Siendo la salud mental el estado donde el individuo es capaz de:

- Establecer relaciones con los demás
- Participar de forma constructiva en las modificaciones del entorno
- Resolver de manera adecuada los potenciales conflictos
- Desarrollar la personalidad integrando las pulsiones instintivas dentro de las normas sociales

Por tanto, si ya tenemos definida la salud, ¿Cómo definimos el estado opuesto, la enfermedad o trastorno mental?

La Real academia de la Lengua define a un trastorno como una “alteración leve de la salud”.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013), el término trastorno mental es desafortunado, pues implica en cierta medida que existen dos entes separados (“mente y “cuerpo”), cuando la investigación ha probado que hay mucho de “físico” en los trastornos mentales, y mucho de “mental en los trastornos físicos (o enfermedades). Sin embargo, a falta de un mejor término, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V mantiene su uso y la definición de las versiones III-R y IV-R y lo define de la siguiente forma:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un

comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2013).

Los síndromes clínicos son categorías constituidas por conjuntos de signos y síntomas que apuntan hacia un trastorno subyacente, con una historia del desarrollo característica, unos factores de riesgo biológico y ambientales, unas correlaciones neuropsicológicas y fisiológicas, y un curso clínico típico (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2013).

Por tanto, de acuerdo a la investigación que estamos realizando, definiremos los síntomas psicopatológicos como experiencias subjetivas presentes en individuos con algún trastorno mental.

Uno de los instrumentos prometedores en la indagación de los síntomas psicopatológicos es el SA-45, la prueba utilizada en esta investigación.

2.3. Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)

El Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45), es una versión abreviada del SCL-90, creada por Davinson, M. K., Berhadsky, B. Bieber, J., Silversmith, D., Marusih, M, E., y Kane, R. L. (1997). Creado en su momento para lidiar con los problemas relacionados con el SCL.90: elevado solapamiento entre ítems, baja validez discriminante, desequilibrio de las escalas en número de ítems (las escalas tienen entre 6 a 13 ítems), elevada correlación entre escalas, falta de validez factorial y una excesiva longitud (Alvarado, Blanca; Sandín, Bonifacio; Valdez-Medina, Jose; Gonzales-Arratia Norma y Rivera, Sofia, 2012), el SA-45 mantiene las mismas escalas que el SCL-90, pero lo mejora en los siguientes aspectos:

- Reduce significativamente el número de ítems (de 90 a 45 ítems)
- Iguala todas las escalas a un mismo número de ítems (5), lo cual aumenta la posibilidad de que las escalas posean similar fiabilidad.
- Incrementa la facilidad y utilidad del cuestionario.

A pesar de aún estar mucho menos en uso que su predecesor, el SA-45 ha mostrado su validez en diversos entornos, como clarificación y predicción de pacientes psiquiátricos, evaluación de cambios psicopatológicos en pacientes con problemas de salud, estudios

sobre cribado psicopatológico (como en estudios epidemiológicos) y reflejar efectos de tratamiento psicológico en pacientes psiquiátricos (Maruis, 2000, citado de Alvarado *et al*, 2012).

En el 2008, una versión española del SA-45 fue validada por Sandin, Valiente, Chorot y Santed, usando una extensa muestra de estudiantes universitarios. Se llevaron a cabo análisis factoriales exploratorios. Sobre la extracción del número de factores, los investigadores tomaron en cuenta 5 criterios teóricos/empíricos: 9 dimensiones básicas, otras estructuras posibles encontradas en el SCL-90 (de 1 a 10 factores), criterio de Kaiser, test de scree e interpretación de diferentes estructuras factoriales resultantes: También se realizó el método de ejes principales. En ambos casos, se obtuvo una estructura de 9 factores correlacionados que correspondían a las nueve subescalas de la versión original de Davison. Se presentó resultados de la rotación oblicua (promax), donde se hallaron correlaciones moderadas entre factores.

Usando análisis factoriales confirmatorios, la estructura factorial fue replicada, donde nueve factores correlacionados era la estructura que mejor se ajustaba a los datos, comparados con estructuras de un solo factor (factor general de psicopatología), modelo jerárquico de nueve factores primarios y dos factores de orden superior (neurosis y psicosis). Se concluyó que el SA-45 tiene escalas que son separadas, validas, fiables, que son útiles para diversos síntomas o trastornos psicopatológicos. Comparado con el SCL-90, esta prueba es abreviada, y discrimina mejor, ya que la consistencia de las dimensiones y su validez ha mejorado (Sandín *et al.*, 2008). El alfa de Cronbach del cuestionario total es .95 (consistencia interna) y, excepto la escala de psicoticismo, todas las subescalas oscilaron entre .71 y .85.

El SA-45 ha sido utilizado en varios aspectos: Merino en el 2010 (citado de Alvarado *et al*, 2012), comprobó la utilidad del instrumento en individuos con síndrome de burnout o estrés laboral; Delclaux (2011, citado de Alvarado *et al*, 2012) lo uso en pacientes diagnosticados de cáncer en régimen de quimioterapia, donde encontró alteraciones significativas en las subescalas, principalmente en depresión, ansiedad, somatización y obsesión-compulsión; y también ha sido usada para evaluar los efectos psicopatológicos de situaciones traumatizantes en ex combatientes de la guerra de las Malvinas (Grill, Posada y Castañeiras, 2009).

El SA-45 contiene 9 dimensiones, 9 síntomas psicopatológicos que a continuación pasaremos a definir.

a) Somatización

La somatización consiste en la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por algún trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia), enfermedad o consumo de sustancias (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2000).

b) Hostilidad

Se expresa como acciones tomadas en un estado emocional negativo de ira o rabia, incluyendo sentimientos y pensamientos (Gempp y Avendaño, 2008).

c) Depresión

Estado de ánimo donde existe pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, que mayormente incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2000)

d) Obsesión-Compulsión

Se refiere a la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas, donde el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales.

Las obsesiones son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales. Estos pensamientos raras veces están relacionadas a sucesos de la vida diaria. El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente obligada

a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2000)

e) Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Generalmente se expresan como nerviosismo, inquietud, tensión, y en los casos más extremos, pánico.

f) Sensibilidad Interpersonal

Inadecuación personal y auto depreciación en relación a otras personas, relacionado a sentimientos de inferioridad e incomodidad respecto a interacciones sociales. Este síntoma también puede presentar altos niveles de autoconciencia pública y expectativas negativas sobre relaciones sociales (Gempp y Avendaño, 2008).

g) Ansiedad fóbica

Respuesta consistente de miedo o ansiedad, que resulta desproporcionada e irracional respecto al estímulo detonador, y que como consecuencia, desemboca en comportamientos evocativos o de huida ante el estímulo. En el caso del SCL-90 y del SA-45, esta dimensión se centra principalmente más disruptivas de la conducta fóbica, principalmente de la agorafobia (Gempp y Avendaño, 2008).

h) Ideación paranoide

Incluye las distorsiones cognitivas comunes de la conducta paranoide: delirios, pensamiento proyectivo, miedo a la pérdida de autonomía, grandiosidad, suspicacia, entre otros.

i) Psicoticismo

Incluye un amplio espectro de síntomas relacionados con el estilo de vida esquizoide, soledad, alucinaciones auditivas, trasmisión y control del pensamiento.

2.4. Características de Estudiantes de psicología

Estrés

Moyano, Huaquin y Vera (2005) evaluaron los factores de enfrentamiento a exigencias académicas y su asociación con estrés académico en estudiantes de una facultad de psicología de una universidad de Chile. Obtuvieron un nivel de estrés regular a bajo, con una correlación positiva entre sus factores personales y su nivel de estrés. Las mujeres puntúan más positivamente su condición de género y edad, y ambos sexos coinciden en calificar más bajo su tiempo para estudiar, aunque este factor causa más estrés a los hombres. Por cada año de carrera, los estudiantes califican mejor su capacidad para estudiar, aunque tanto 1º y 2º como 5º y 6º reportan significativamente más estrés que en 3º y 4 año.

Personalidad

En el 2011, Aragon describió el perfil de personalidad de 433 estudiantes de psicología de la Universidad de FES Iztacala. Encontró que los estudiantes de psicología se caracterizaban por tener pensamiento liberal, poco convencional y con poco apego a las normas morales; son compasivos, sensibles y emotivos, así como espontáneos, sinceros y francos. Cabe resaltar que los alumnos de los 3 primeros años presentaron poco autocontrol y son emocionalmente poco estables y maduros.

En un estudio realizado sobre los Estilos de Personalidad y Calidad de Vida por Albanesi, Garelli y Casari en el 2009. Se tomó una muestra de 62 alumnos, 49 mujeres y

13 varones; siendo estos estudiantes de la carrera de Psicología, se aplicó el Cuestionario de Estilos de Personalidad (CEPER) y el Cuestionario de Calidad de Vida (PECVEC). No detectaron ninguna asociación positiva entre las escalas de calidad de vida y algún estilo de personalidad en particular. Por otro lado, sí se detectaron múltiples correlaciones negativas, siendo la escala de Bienestar Social la que más relaciones obtuvo con estilos de personalidad, como paranoide, esquizotípico, esquizoide, límite, por evitación. Se detectó en la muestra estudiada, como estilo predominante el Estilo de Personalidad Depresivo; y en cuanto a los ítems de calidad de vida, la importancia se centró en el Apoyo Social y el Bienestar Psicológico.

CAPÍTULO III

MÉTODO

El tipo de investigación de este proyecto, según Hernández, Fernández y Baptista (2006), es de tipo descriptiva; en vista que se centra en describir las características psicométricas de una población. Mientras que el diseño de investigación correspondiente es descriptivo (Hernández *et al.*, 2006).

3.1. PARTICIPANTES

La población estará constituida por estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Entre las características sociodemográficas más importantes de la población comprendió alumnos de ambos sexos, entre las edades de 17 y 44 años. La muestra fue accidental de 302 estudiantes, el error estadístico encontrado fue 2.67, el cual es un error permisible. La muestra respondió a criterios de inclusión y exclusión tales como:

Inclusión: ambos sexos, aprobados y repitentes.

Exclusión: Antecedente psiquiátrico, penales, alumnos que reservaron matrícula

3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)

Empleamos la versión española validada por Sandín et al. (2008). El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90-R: hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Los participantes deben contestar cada ítem señalando la frecuencia con la que haya experimentado cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). Se ha referido evidencia en apoyo de su fiabilidad y validez, tanto para la versión inglesa (Davison et al., 1997) como para la versión española (Sandín et al., 2008).

3.3. PROCEDIMIENTOS

Una vez ubicado el instrumento, fue aplicado en la población. Se evaluó a todos los salones de la facultad de psicología de la UNFV. El procedimiento para la aplicación de pruebas fue el siguiente. Se solicitó permiso al profesor que se encontraba en el aula, para realizar una evaluación psicológica (en algunos casos, se coordinaba con anticipación), el evaluador se presentaba a los alumnos y les explicaba el motivo de la investigación y se les solicitaba su colaboración por los motivos referidos en la justificación de este trabajo, se explican las pruebas psicológicas y se contestan todas las dudas o preguntas. Se procedía a escoger a conveniencia cierto número de estudiantes (aproximadamente 10 por aula). Se empieza la evaluación, supervisando y ayudando a los alumnos que lo requerían. Al finalizar, se recogen las pruebas psicológicas, se dieron los agradecimientos debidos a los estudiantes y al profesor, y da por terminada la evaluación. El proceso de evaluación demoró tres semanas, y se evaluaron los salones de acuerdo a la disponibilidad de cada uno. Luego del análisis de datos, se pasó a crear baremos usando puntajes T, usando las categorías Normal, Bajo, Moderado y Marcado.

CAPITULO IV RESULTADOS

En la tabla 1, se muestra que todos los factores poseen un alto alpha de Cronbach, indicando que cada una de las subpruebas apunta a medir el constructo, y a su vez el alpha total $\alpha=.96$ indica una alta consistencia interna

Tabla 1

Validez de las escalas

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
Depresión	0.825	0.826	5
Hostilidad	0.83	0.834	5
Sensibilidad interpersonal	0.833	0.84	5
Somatización	0.819	0.819	5
Ansiedad	0.812	0.814	5
Psicoticismo	0.753	0.754	5
Obsesión-compulsión	0.818	0.821	5
Ansiedad fóbica	0.813	0.818	5
Ideación Paranoide	0.753	0.749	5
Total	0.961	0.962	45

Como se observa en el Figura 1, El síntoma psicopatológico más frecuente en los estudiantes es la depresión, seguido por obsesión-compulsión y la sensibilidad interpersonal. Los síntomas menos frecuentes son la ideación paranoide y el psicoticismo.

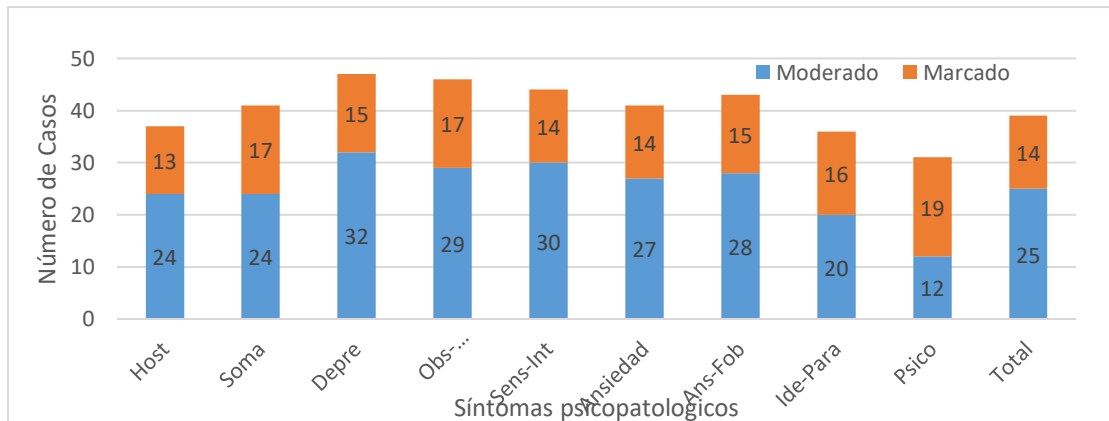


Figura 1. Síntomas psicopatológicos (moderados y marcados) más frecuentes en estudiantes

En la tabla 2, se muestra diferencias por sexo. Como se puede observar, solo las escalas de hostilidad y psicoticismo presentan diferencias según sexo.

Tabla 2

Diferencias según sexo

Escalas	Rangos medios Mujeres	Rangos medios Varones	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Depresión	146.61	165.30	7718.000	.100
Hostilidad	145.12	169.50	7386.500	.030
Sensibilidad interpersonal	146.42	164.84	7676.000	.087
Somatización	155.31	140.71	7959.500	.200
Ansiedad	149.24	157.87	8305.000	.447
Psicoticismo	141.90	178.60	6667.500	.001
Obsesión-compulsión	147.68	162.01	7978.500	.211
Ansiedad fóbica	148.49	159.59	8161.500	.319
Ideación Paranoide	146.16	166.58	7617.000	.072
Total	146.41	165.86	7574.000	0.89

Se observa en la figura 2, que los hombres tienen mayor presencia de síntomas psicopatológicos, en todos los niveles (bajo, moderado y marcado) que las mujeres.

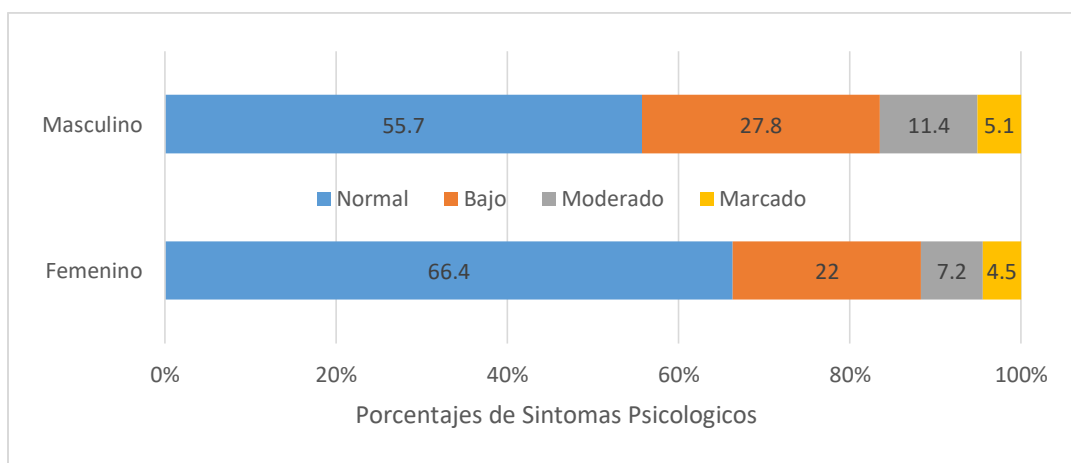


Figura 2 Síntomas psicopatológicos por sexo

En el Figura 3, podemos observar que la cantidad de síntomas psicopatológicos disminuye mientras mayor año de estudio, y que es el primer año principalmente y el segundo año en menor medida, que presentan la mayor cantidad de síntomas psicopatológicos.

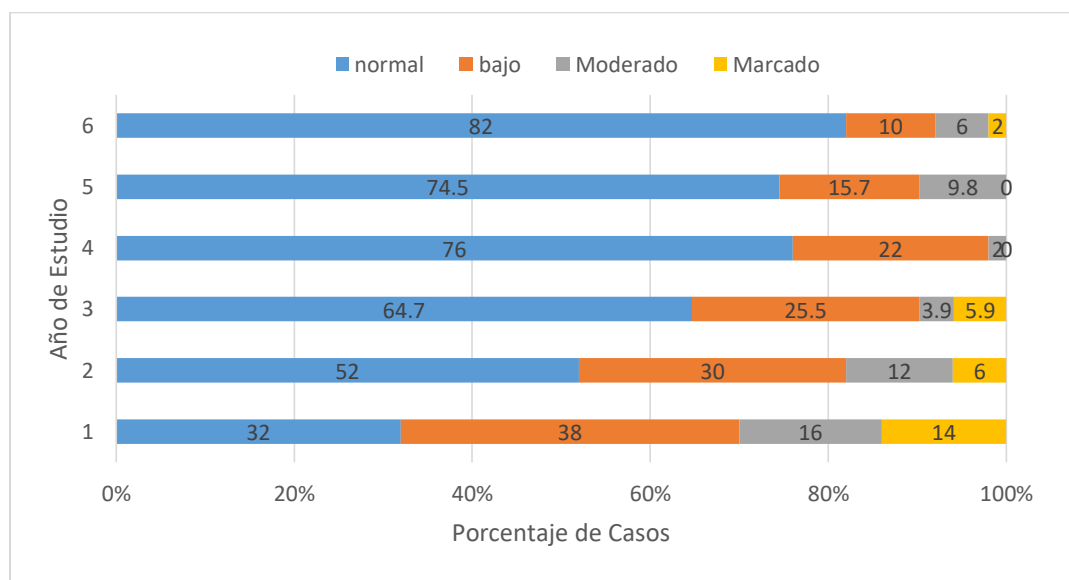


Figura 3 Síntomas Psicopatológicos (Total) según año de estudio

En la tabla 3, se rechaza la hipótesis nula, por tanto se comprueba que existen diferencias significativas entre años de estudio en la escala de hostilidad.

Tabla 3

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Hostilidad por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Hostilidad es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Hostilidad es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-terstpra de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

En la tabla 4 podemos observar que los alumnos de 1 año presentaron diferencias con los 3 últimos años de la carrera. Podemos extrapolar de esto que los alumnos son más hostiles en el primer año de carrera.

Tabla 4

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de ansiedad por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
5-1	67.516	17.072	3.955	.000	.001
4.1	60.830	17.156	3.546	.000	.006
6-1	59.860	17.156	3.489	.000	.007
3-1	46.143	17.072	2.703	.007	.103
5-2	42.546	17.072	2.492	.013	.190
4-2	35.860	17.156	2.090	.037	.549
6-2	34.890	17.156	2.034	.042	.630
6-3	13.717	17.072	.803	.422	1.000
5-3	21.373	16.987	1.258	.208	1.000
5-4	6.686	17.072	.392	.695	1.000
5-6	-7.656	17.072	-.448	.654	1.000
4-6	-.970	17.156	-.057	.955	1.000
3-2	21.173	17.072	1.240	.215	1.000
4-3	14.687	17.072	.860	.390	1.000
2-1	24.970	17.156	1.455	.146	1.000

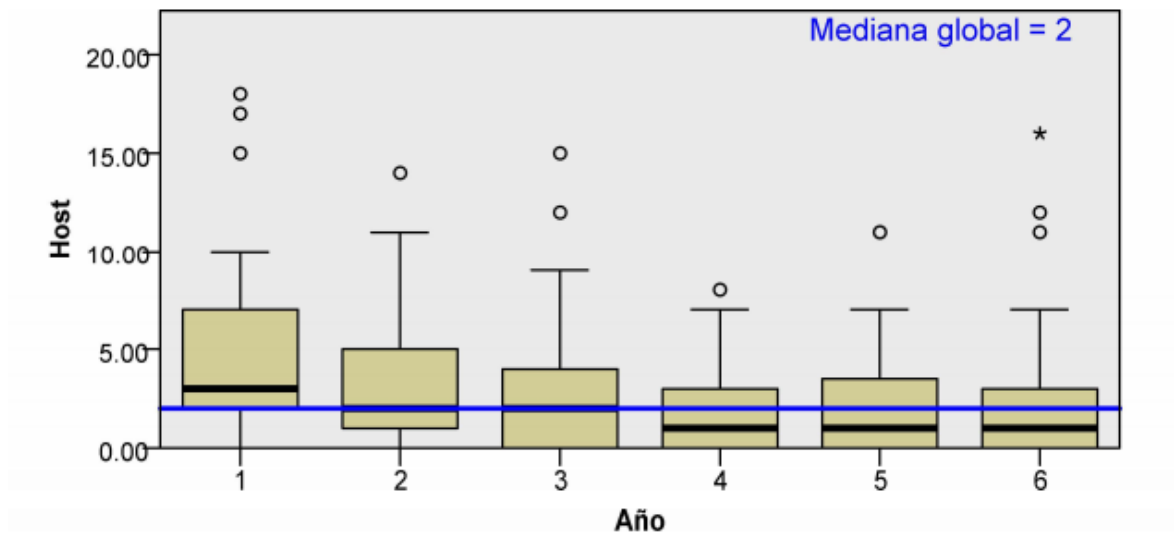


Figura 4. Prueba de la mediana para muestras independientes (años de estudio) de Hostilidad

En la tabla 5, se rechaza la hipótesis nula, por tanto, existen diferencias entre años de estudio en la escala de Somatización.

Tabla 5

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Somatización por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Somatización es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Somatización es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-terstprta de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

En la tabla 6, encontramos que los alumnos de primer año presentan diferencias significativas con los de los 3 últimos años, y los de segundo año con los de sexto. Los resultados sugieren que los alumnos de primer año (y los de segundo en menor medida) tienen mayor tendencia a la somatización.

Tabla 6

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de somatización por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
6-1	76.640	17.347	4.418	.000	.000
5-1	67.521	17.262	3.912	.000	.001
4-1	56.310	17.347	3.246	.001	.018
6-2	51.390	17.347	2.962	.003	.046
6-3	44.099	17.262	2.555	.011	.159
5-2	42.271	17.262	2.449	0.14	.215
5-3	34.980	17.176	2.037	.042	.625
3-1	32.541	17.262	1.885	.059	.891
6-5	9.119	17.262	.528	.597	1.000
4-2	31.060	17.347	1.790	.073	1.000
6-4	20.330	17.347	1.172	.241	1.000
5-4	11.211	17.262	.649	.516	1.000
3-2	7.291	17.262	.422	.673	1.000
4-3	23.769	17.262	1.377	.169	1.000
2-1	25.250	17.347	1.456	.146	1.000

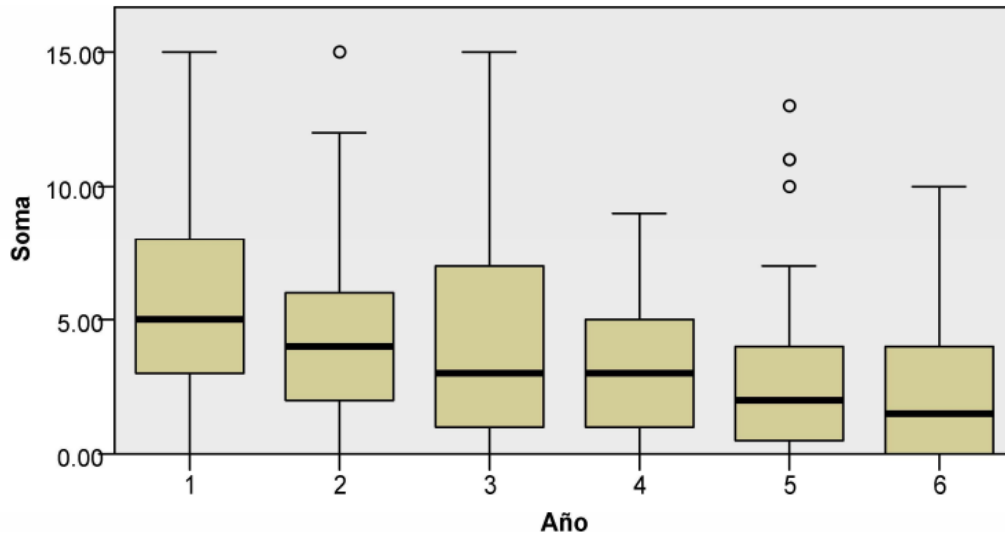


Figura 5. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) de Somatización

Como podemos observar en los resultados de la tabla 7, la escala de Depresión no presenta diferencias por años de estudio. Analizando las medianas, se puede observar que el puntaje obtenido por todos los años es constante y moderado, posible prueba de que la depresión es un problema a tomar en cuenta en este tipo de población.

Tabla 7

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Depresión por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Depresión es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.103	Conserve la hipótesis nula
La distribución de Depresión es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-tersptra de alternativas ordenadas para muestras independientes	.011	Rechace la hipótesis nula

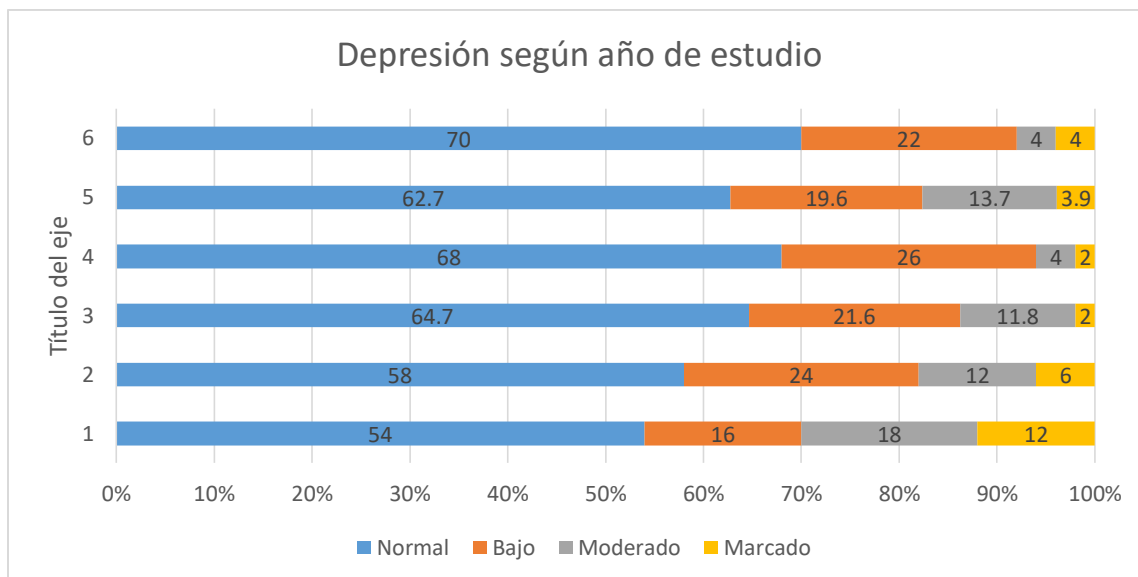


Figura 6. Escala de Depresión según año de estudio

La tabla 8, indica que la escala de Obsesión-Compulsión presenta diferencias significativas por año de estudio.

Tabla 8

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Obsesión-Compulsión por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Obsesión-Compulsión es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Obsesión-Compulsión es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-tersprta de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

Analizando los resultados de la tabla 9, observamos diferencias entre el primer año y los últimos 3 años, y entre el segundo y los dos últimos años. Considerando esto, se puede hipotizar que alumnos de los 2 primeros años tienen más conductas obsesivas y compulsivas.

Tabla 9

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Obsesión-Compulsión por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estandar	Estadístico de Prueba estandar	Sig.	Sig. ajust.
6-1	73.440	17.373	4.227	.000	.000
5-1	68.948	17.288	3.988	.000	.001
6-2	64.670	17.373	3.722	.000	.003
5-2	60.178	17.288	3.481	.000	.007
4-1	59.370	17.373	3.417	.001	.009
4-2	50.600	17.373	2.913	.004	.054
6-3	42.257	17.288	2.444	.015	.218
5-3	37.765	17.202	2.195	.028	.422
6-5	4.492	17.288	.260	.795	1.000
6-4	14.070	17.171	.810	.418	1.000
5-4	9.578	17.288	.554	.580	1.000
3-2	22.413	17.288	1.296	.195	1.000
3-1	31.183	17.288	1.804	.071	1.000
4-3	28.187	17.288	1.630	.103	1.000
2-1	8.770	17.373	.505	.614	1.000

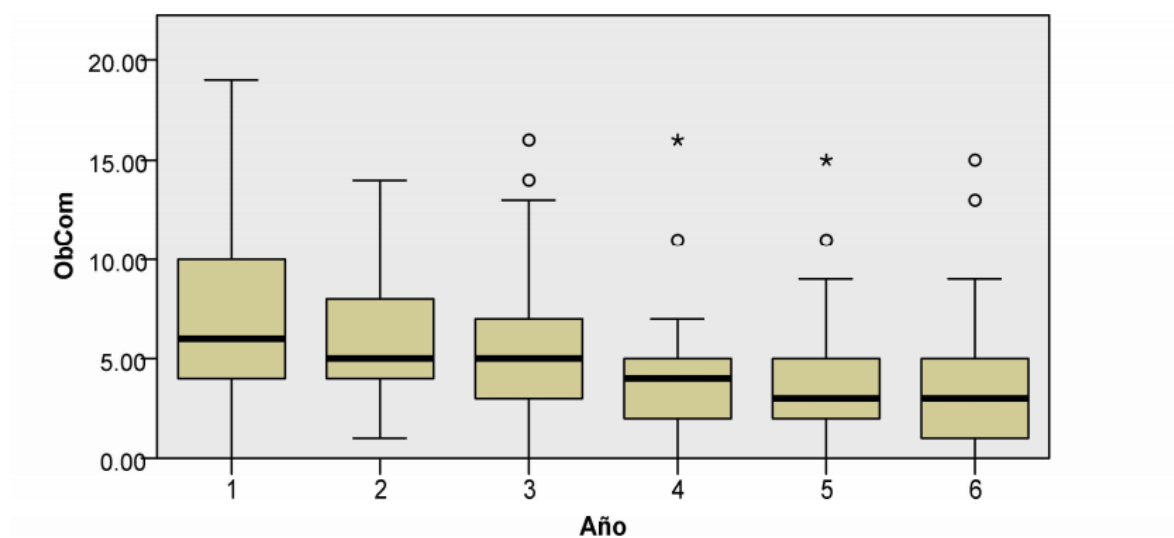


Figura 7. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) de Obsesión-Compulsión

En la tabla 10, se encontraron diferencias significativas en la escala de Ansiedad según año de estudio.

Tabla 10

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Ansiedad por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Ansiedad es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Ansiedad es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-terstprtra de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

Respecto a la tabla 11, diferencias en la escala de Ansiedad por años, nuevamente nos encontramos con que el primer año difiere de los últimos 3 años, y en este caso, segundo año también presenta diferencias con los 2 últimos años. Se infiere que los alumnos de primer y segundo año presentan niveles más altos de ansiedad que los de los últimos años.

Tabla 11

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Obsesión-Compulsión por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
6-1	87.170	17.334	5.029	.000	.000
5-1	82.294	17.249	4.771	.000	.001
4-1	60.430	17.334	3.486	.000	.007
6-2	58.020	17.334	3.347	.001	.012
5-2	53.144	17.249	3.081	.002	.031
6-3	43.827	17.249	2.541	.011	.166
3-1	43.343	17.249	2.513	.012	.180
5-3	38.951	17.163	2.269	.023	.349
6-5	4.876	17.249	.283	.777	1.000
4-2	31.280	17.334	1.805	.071	1.000
6-4	26.740	17.334	1.543	.123	1.000
5-4	21.864	17.249	1.268	.205	1.000
3-2	14.193	17.249	.823	.411	1.000
4-3	17.087	17.249	.991	.322	1.000
2-1	29.150	17.334	1.682	.093	1.000

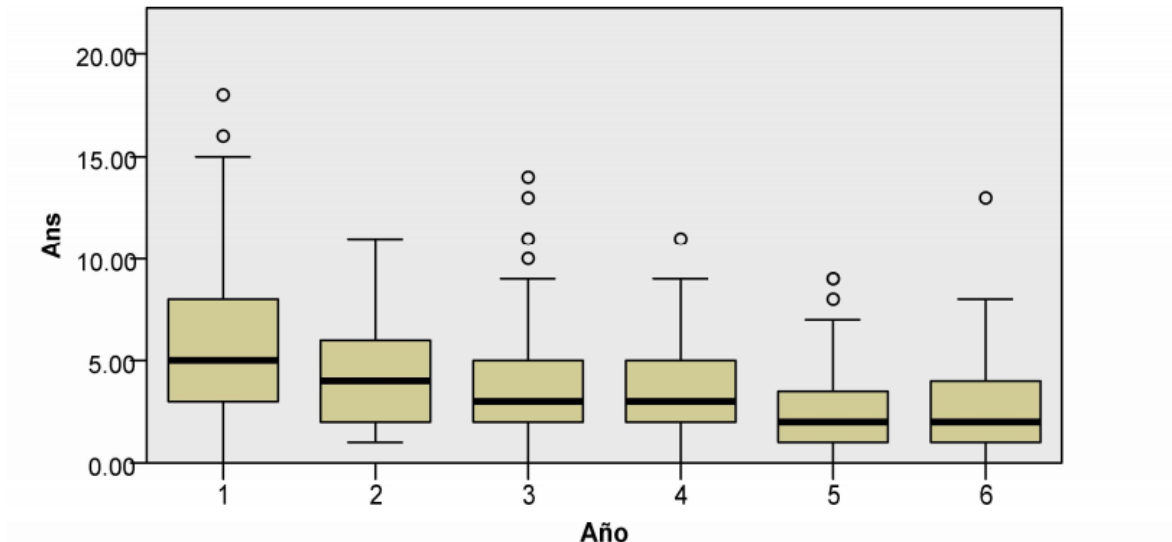


Figura 8. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) de Obsesión-Compulsión

En la tabla 12, se rechazó la hipótesis nula sobre la escala Sensibilidad Interpersonal, encontrándose diferencias significativas entre años de estudio.

Tabla 12

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Sensibilidad Interpersonal por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Sensibilidad Interpersonal es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Sensibilidad Interpersonal es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-tersprta de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

En la tabla 13, se observa que los alumnos de primer año presentan diferencias significativas con los de los 3 últimos años, y los de segundo año solo con los de sexto año. Los resultados sugieren que los alumnos de primer año (y los de segundo en menor medida) tienen mayor sensibilidad interpersonal (sentimientos de inferioridad e inadecuación interpersonal) que los otros años.

Tabla 13

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Sensibilidad Interpersonal por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estandar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
6-1	78.790	17.340	4.544	.000	.000
4-1	61.160	17.340	3.527	.000	.006
5-1	60.266	17.254	3.493	.000	.007
6-2	55.200	17.340	3.183	.001	.022
3-1	40.423	17.254	2.343	.019	.287
6-3	38.367	17.254	2.224	.026	.393
4-2	37.570	17.340	2.167	.030	.454
5-2	36.676	17.254	2.126	.034	.503
6-5	18.524	17.254	1.074	.283	1.000
6-4	17.630	17.340	1.017	.309	1.000
5-3	19.843	17.169	1.156	.248	1.000
3-2	16.833	17.254	.976	.329	1.000
4-5	-.894	17.254	-.052	.959	1.000
4-3	20.737	17.254	1.202	.229	1.000
2-1	23.590	17.340	1.360	.174	1.000

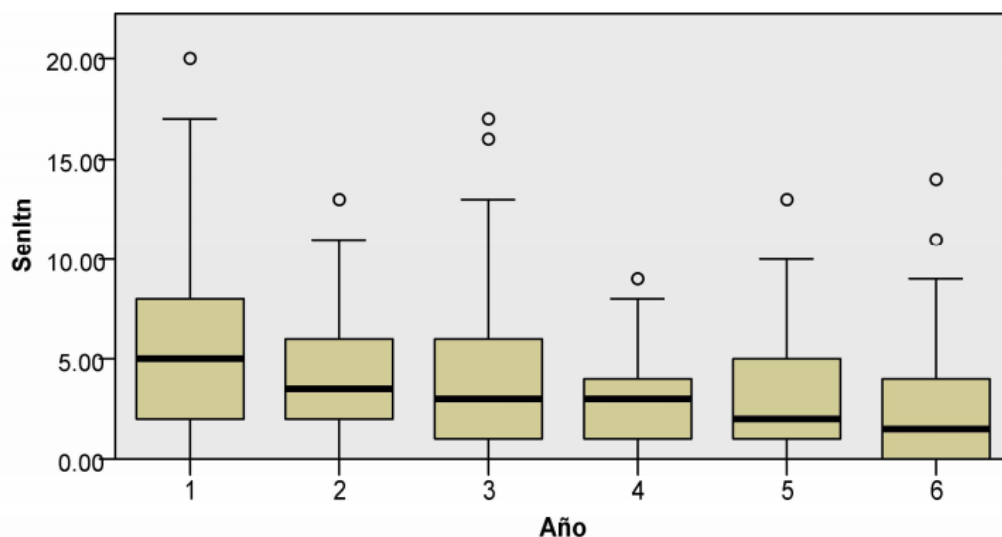


Figura 9. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) Sensibilidad Interpersonal

Se encontraron diferencias significativas en la escala Ansiedad fóbica, al ser rechazada la hipótesis nula.

Tabla 14

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Ansiedad Fóbica por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Ansiedad Fóbica es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Ansiedad Fóbica es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-tersptra de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

En la tabla 15 los alumnos de 1^{er} año tienen diferencias con los de 3, 5^o y 6^o año, y los de 2^o con 6^o año. Podemos concluir que los alumnos de 1^{er} presentan más conductas fóbicas que los de últimos años.

Tabla 15

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Ansiedad Fóbica por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
6-1	87.190	16.990	5.132	.000	.000
5-1	77.018	16.907	4.555	.000	.006
3-1	69.861	16.907	4.132	.000	.001
6-2	52.830	16.990	3.109	.002	.028
4-2	44.110	16.990	2.596	.009	.141
5-2	42.658	16.907	2.523	.012	.174
3-2	35.501	16.907	2.100	.036	.536
2-1	34.360	16.990	2.022	.043	.647
6-5	10.172	16.907	.602	.547	1.000
6-3	17.329	16.907	1.025	.305	1.000
6-4	8.720	16.990	.513	.608	1.000
5-3	7.157	16.823	.425	.671	1.000
4-5	-1.452	16.907	-.086	.932	1.000
4-3	8.609	16.907	.509	.611	1.000

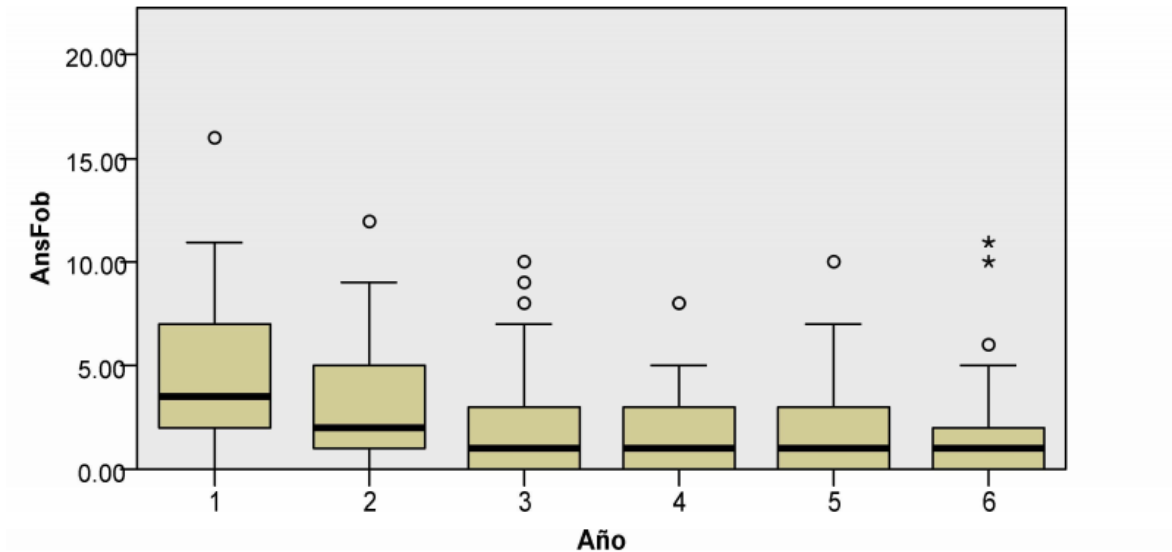


Figura 10. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) Ansiedad Fóbica

En la tabla 16, se rechazó la hipótesis nula de la escala Ideación paranoide, existiendo diferencias significativas entre alumnos de diferentes años.

Tabla 16

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Ideación Paranoide por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Ideación paranoide es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Ideación paranoide es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-tersprtra de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

En la tabla 17, los alumnos de 1^{er} tuvieron diferencias con los alumnos de 3^o, 4^o, 5^o y 6^o año. Y los de 2^o año con los de 6^o. Podemos hipotizar que los alumnos de primer año y en menor medida, los de segundo año, tienen más ideas paranoideas que sus compañeros de años posteriores.

Tabla 17

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Ideación Paranoide por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
4-1	78.850	17.343	4.546	.000	.000
6-1	95.800	17.343	5.524	.000	.000
5-1	72.266	17.258	4.187	.000	.000
6-2	59.140	17.343	3.410	.001	.010
3-1	55.668	17.258	3.226	.001	.019
4-2	42.190	17.343	2.433	.015	.225
6-3	40.132	17.258	2.325	.020	.301
2-1	36.660	17.343	2.114	.039	.518
5-2	35.606	17.258	2.063	0.39	.586
6-5	23.534	17.258	1.364	.173	1.000
6-4	16.950	17.343	.977	.328	1.000
5-3	16.598	17.172	.967	.334	1.000
3-2	19.008	17.258	1.101	.271	1.000
4-5	-6.584	17.258	-.381	.703	1.000
4-3	23.182	17.258	1.343	.179	1.000

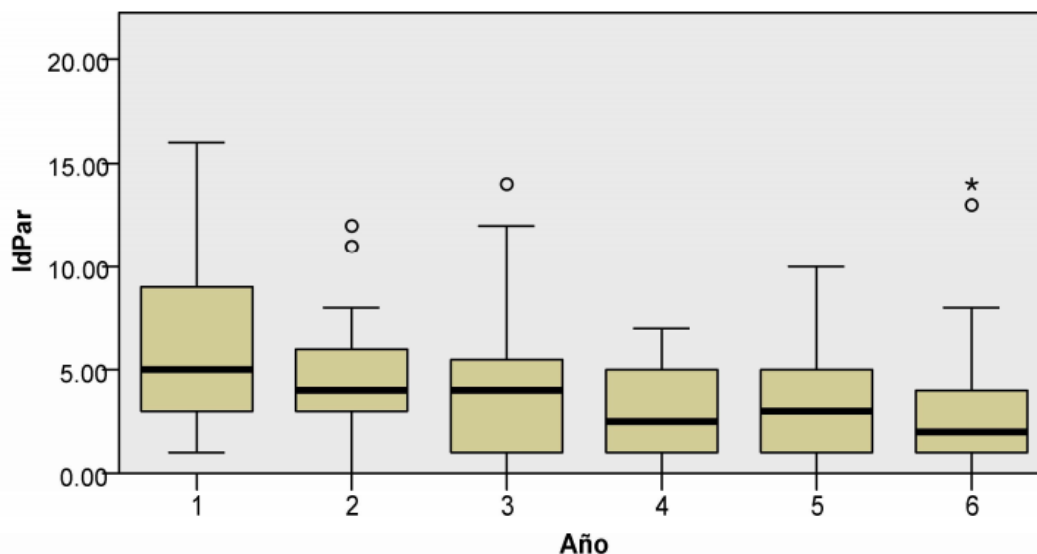


Figura 11. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) Ideación Paranoide

En la tabla 18, la escala de psicoticismo presenta diferencias significativas, habiendo rechazado su hipótesis nula.

Tabla 18

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Psicoticismo por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Psicoticismo es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Psicoticismo es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-terstprta de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

Podemos observar que los alumnos de primer año se diferencian de los de cuarto, quinto y sexto año, y que también los de segundo año con los de 4 año. Esto parece sugerir que los alumnos de primer año y también en menor porcentaje los de segundo año, tienen más indicadores de psicoticismo.

Tabla 19

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Psicoticismo por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
4-1	94.140	16.286	5.781	.000	.000
6-1	75.580	16.286	4.641	.000	.000
5-1	76.507	16.206	4.721	.000	.000
3-1	75.075	16.206	4.633	.000	.000
4-2	47.920	16.286	2.942	.003	.049
2-1	46.220	16.286	2.838	.005	.068
5-2	30.287	16.206	1.869	.062	.925
6-2	29.360	16.286	1.803	.071	1.000
6-3	.505	16.206	.031	.975	1.000
5-3	1.431	16.125	0.089	.929	1.000
4-6	-18.560	16.286	-1.140	.254	1.000
5-6	-.927	16.206	-.057	.954	1.000
3-2	28.855	16.206	1.781	.075	1.000
4-5	-17.633	16.206	-1.088	.277	1.000
4-3	19.065	16.206	1.176	.239	1.000

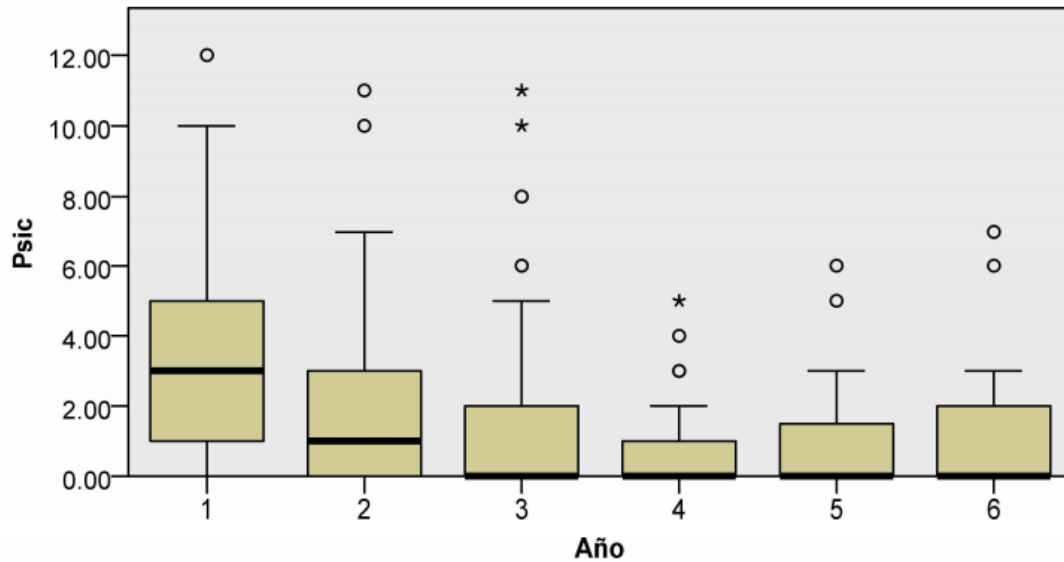


Figura 12. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio) Psicoticismo

La escala Total, en la tabla 20, rechaza la hipótesis nula, existiendo diferencias significativas.

Tabla 20

Prueba de hipótesis y decisión sugerida por el programa SPSS para la escala Total por años de estudio

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
La distribución de Total es la misma entre los años de estudio	Kruskal-Wallis para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Total es la misma entre los años de estudio	Jonckheere-terspra de alternativas ordenadas para muestras independientes	.000	Rechace la hipótesis nula

Podemos observar que los alumnos de primer año tienen diferencias con los de 3 tercer año y superiores, y los de segundo año con los cuarto año y superiores. Se infiere entonces, que los alumnos de los dos primeros años presentan mayores indicadores de síntomas psicopatológicos que los últimos años.

Tabla 21

Comparaciones post-oc para la diferencia en la escala de Total por año de estudio

Muestras	Estadístico de prueba	Error Estándar	Estadístico de Prueba estándar	Sig.	Sig. ajust.
4-1	80.610	17.461	4.617	.000	.000
6-1	96.610	17.461	5.533	.000	.000
5-1	85.240	17.375	4.906	.000	.000
6-2	67.540	17.461	3.868	.000	.002
3-1	57.446	17.375	3.306	.001	.014
5-2	56.170	17.375	3.233	.001	.018
4-2	51.540	17.461	2.952	.003	.047
6-3	39.164	17.375	2.254	.024	.363
6-5	11.370	17.375	.654	.513	1.000
6-4	16.000	17.461	.916	.359	1.000
5-3	27.794	17.289	1.608	.108	1.000
5-4	4.630	17.375	.266	.790	1.000
3-2	28.376	17.375	1.633	.102	1.000
4-3	23.164	17.375	1.333	.182	1.000
2-1	29.070	12.461	1.665	.096	1.000

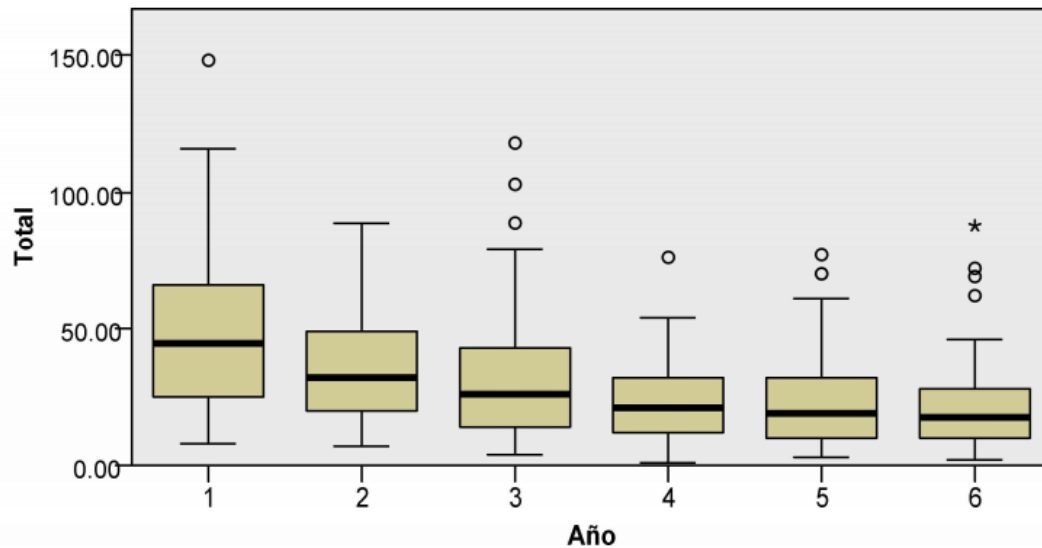


Figura 13. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (años de estudio)

Total

Tabla 22

Baremos de la escala Hostilidad (*Media = 2.74, DS = 3.269*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	41.63	Normal	11	75.28	Marcado
1	44.69	Normal	12	78.34	Marcado
2	47.75	Normal	13	78.34	Marcado
3	50.81	Bajo	14	84.46	Marcado
4	53.87	Bajo	15	87.52	Marcado
5	56.93	Bajo	16	90.58	Marcado
6	59.99	Bajo	17	93.64	Marcado
7	63.05	Moderado	18	96.69	Marcado
8	66.11	Moderado	19	99.75	Marcado
9	69.16	Moderado	20	102.80	Marcado
10	72.22	Marcado			

Tabla 23

Baremos de la escala Somatización (*Media = 3.85, DS = 3.412*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	38.71	Normal	11	70.95	Marcado
1	41.64	Normal	12	73.88	Marcado
2	44.58	Normal	13	76.81	Marcado
3	47.51	Normal	14	79.74	Marcado
4	50.44	Normal	15	82.68	Marcado
5	53.37	Bajo	16	85.60	Marcado
6	56.30	Bajo	17	88.54	Marcado
7	59.23	Bajo	18	91.47	Marcado
8	62.16	Moderado	19	94.40	Marcado
9	65.09	Moderado	20	97.33	Marcado
10	68.02	Moderado			

Tabla 24

Baremos de la escala Depresión (*Media = 4.14, DS = 3.671*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	38.74	Normal	11	68.70	Moderado
1	41.46	Normal	12	71.42	Marcado
2	44.18	Normal	13	74.14	Marcado
3	46.91	Normal	14	76.87	Marcado
4	49.63	Normal	15	79.59	Marcado
5	52.35	Bajo	16	82.31	Marcado
6	55.08	Bajo	17	85.04	Marcado
7	57.80	Bajo	18	87.76	Marcado
8	60.52	Moderado	19	90.48	Marcado
9	63.25	Moderado	20	93.21	Marcado
10	65.97	Moderado			

Tabla 25

Baremos de la escala Obsesión-Compulsión (*Media = 5.02, DS = 3.644*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	36.22	Normal	11	66.41	Moderado
1	38.97	Normal	12	69.16	Moderado
2	41.71	Normal	13	71.90	Marcado
3	44.46	Normal	14	74.65	Marcado
4	47.20	Normal	15	77.39	Marcado
5	49.95	Normal	16	80.14	Marcado
6	52.69	Bajo	17	82.88	Marcado
7	55.43	Bajo	18	85.62	Marcado
8	58.18	Bajo	19	88.37	Marcado
9	60.92	Moderado	20	91.11	Marcado
10	63.67	Moderado			

Tabla 26

Baremos de la escala Ansiedad (*Media = 3.89, DS = 3.212*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	37.90	Normal	11	72.14	Marcado
1	41.01	Normal	12	75.25	Marcado
2	44.12	Normal	13	78.37	Marcado
3	47.24	Normal	14	81.48	Marcado
4	50.35	Normal	15	84.59	Marcado
5	53.46	Bajo	16	87.71	Marcado
6	56.58	Bajo	17	90.82	Marcado
7	59.69	Bajo	18	93.93	Marcado
8	62.80	Moderado	19	97.05	Marcado
9	65.92	Moderado	20	100.16	Marcado
10	69.03	Moderado			

Tabla 27

Baremos de la escala Sensibilidad Interpersonal (*Media = 3.83, DS = 3.673*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	39.56	Normal	11	69.51	Moderado
1	42.28	Normal	12	72.23	Marcado
2	45.01	Normal	13	74.95	Marcado
3	47.73	Normal	14	77.67	Marcado
4	50.45	Normal	15	80.40	Marcado
5	53.17	Bajo	16	83.12	Marcado
6	55.9	Bajo	17	85.84	Marcado
7	58.62	Bajo	18	88.56	Marcado
8	61.34	Moderado	19	91.29	Marcado
9	64.06	Moderado	20	94.01	Marcado
10	66.78	Moderado			

Tabla 28

Baremos de la escala Ansiedad Fóbica (*Media = 2.32, DS = 2.855*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	41.86	Normal	11	80.38	Marcado
1	45.36	Normal	12	83.88	Marcado
2	48.86	Normal	13	87.39	Marcado
3	52.37	Bajo	14	90.89	Marcado
4	55.87	Bajo	15	94.39	Marcado
5	59.37	Bajo	16	97.89	Marcado
6	62.87	Moderado	17	101.39	Marcado
7	66.37	Moderado	18	104.89	Marcado
8	69.88	Moderado	19	108.40	Marcado
9	73.38	Marcado	20	111.90	Marcado
10	76.88	Marcado			

Tabla 29

Baremos de la escala Ideación Paranoide (*Media = 3.90, DS = 3.116*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	37.48	Normal	11	72.78	Marcado
1	40.69	Normal	12	75.99	Marcado
2	43.90	Normal	13	79.20	Marcado
3	47.11	Normal	14	82.41	Marcado
4	50.32	Normal	15	85.62	Marcado
5	53.53	Bajo	16	88.83	Marcado
6	56.74	Bajo	17	92.04	Marcado
7	59.95	Bajo	18	95.24	Marcado
8	63.15	Moderado	19	98.45	Marcado
9	66.36	Moderado	20	101.66	Marcado
10	69.57	Moderado			

Tabla 30

Baremos de la escala Psicoticismo (*Media = 1.54, DS = 2.413*)

Bruto	Puntaje T	Categorías	Bruto	Puntaje T	Baremo
0	43.61	Normal	11	89.19	Marcado
1	47.75	Normal	12	93.33	Marcado
2	51.89	Bajo	13	97.47	Marcado
3	56.04	Bajo	14	101.62	Marcado
4	60.18	Bajo	15	105.76	Marcado
5	64.32	Moderado	16	109.91	Marcado
6	68.47	Moderado	17	114.05	Marcado
7	72.61	Marcado	18	118.19	Marcado
8	76.76	Marcado	19	122.34	Marcado
9	80.90	Marcado	20	126.48	Marcado
10	85.04	Marcado			

Tabla 31

Baremos de la escala Total (*Media = 31.23, DS = 23.740*)

Bruto	Pun. T	Categorías	Bruto	Pun. T	Baremo	Categorías	Pun. T	Baremo
1	37.27	Normal	51	58.33	Bajo	101	79.39	Marcado
2	37.69	Normal	52	58.75	Bajo	102	79.81	Marcado
3	38.11	Normal	53	59.17	Bajo	103	80.23	Marcado
4	38.53	Normal	54	59.59	Bajo	104	80.65	Marcado
5	38.95	Normal	55	60.01	Bajo	105	81.07	Marcado
6	39.37	Normal	56	60.43	Bajo	106	81.49	Marcado
7	39.79	Normal	57	60.85	Moderado	107	81.91	Marcado
8	40.21	Normal	58	61.28	Moderado	108	82.34	Marcado
9	40.64	Normal	59	61.70	Moderado	109	82.76	Marcado
10	41.06	Normal	60	62.12	Moderado	110	83.18	Marcado
11	41.48	Normal	61	62.54	Moderado	111	83.60	Marcado
12	41.90	Normal	62	62.96	Moderado	112	84.02	Marcado
13	42.32	Normal	63	63.38	Moderado	113	84.44	Marcado
14	42.74	Normal	64	63.80	Moderado	114	84.86	Marcado
15	43.16	Normal	65	64.22	Moderado	115	85.28	Marcado
16	43.58	Normal	66	64.65	Moderado	116	85.71	Marcado
17	44.01	Normal	67	65.07	Moderado	117	86.13	Marcado
18	44.43	Normal	68	65.49	Moderado	118	86.55	Marcado
19	44.85	Normal	69	65.91	Moderado	119	86.97	Marcado
20	45.27	Normal	70	66.33	Moderado	120	87.39	Marcado
21	45.69	Normal	71	66.75	Moderado	121	87.81	Marcado
22	46.11	Normal	72	67.17	Moderado	122	88.23	Marcado
23	46.53	Normal	73	67.59	Moderado	123	88.65	Marcado
24	46.95	Normal	74	68.01	Moderado	124	89.08	Marcado
25	47.38	Normal	75	68.44	Moderado	125	89.50	Marcado
26	47.80	Normal	76	68.86	Moderado	126	89.92	Marcado
27	48.22	Normal	77	69.28	Moderado	127	90.34	Marcado
28	48.64	Normal	78	69.70	Moderado	128	90.76	Marcado
29	49.06	Normal	79	70.12	Moderado	129	91.18	Marcado
30	49.48	Normal	80	70.54	Marcado	130	91.60	Marcado
31	49.90	Normal	81	70.96	Marcado	131	92.02	Marcado
32	50.32	Normal	82	71.38	Marcado	132	92.44	Marcado
33	50.74	Bajo	83	71.81	Marcado	133	92.87	Marcado
34	51.17	Bajo	84	72.23	Marcado	134	93.29	Marcado
35	51.59	Bajo	85	72.65	Marcado	135	93.71	Marcado
36	52.01	Bajo	86	73.07	Marcado	136	94.13	Marcado
37	52.43	Bajo	87	73.49	Marcado	137	94.55	Marcado
38	52.85	Bajo	88	73.91	Marcado	138	94.97	Marcado
39	53.27	Bajo	89	74.33	Marcado	139	95.39	Marcado
40	53.69	Bajo	90	74.75	Marcado	140	95.81	Marcado
41	54.11	Bajo	91	75.18	Marcado	141	96.24	Marcado
42	54.54	Bajo	92	75.60	Marcado	142	96.66	Marcado
43	54.96	Bajo	93	76.02	Marcado	143	97.08	Marcado
44	55.38	Bajo	94	76.44	Marcado	144	97.50	Marcado
45	55.80	Bajo	95	76.86	Marcado	145	97.92	Marcado
46	56.22	Bajo	96	77.28	Marcado	146	98.34	Marcado
47	56.64	Bajo	97	77.70	Marcado	147	98.76	Marcado
48	57.06	Bajo	98	78.12	Marcado	148	99.18	Marcado
49	57.48	Bajo	99	78.54	Marcado	149	99.61	Marcado
50	57.91	Bajo	100	78.97	Marcado	150	100.03	Marcado

CAPITULO V

DISCUSION

El primer dato que resalta entre los resultados es la comparación de síntomas psicológicos por género. En la mayoría de las investigaciones encontradas por los investigadores (Alvarado *et al*, 2012; Erazo y Jiménez, 2012; Davila *et al*, 2011), se señalaba a las mujeres sobre los hombres respecto a síntomas psicopatológicos, y es lo que los investigadores esperaban encontrar, pero se encontró que son los hombres los que presentan mayores síntomas psicopatológicos. Arbido, Lecca. González y Vidal-Mosqueda (2014), en estudio realizado sobre los niveles de ansiedad en una población de estudiantes de odontología no encontraron diferencias según sexo. En la investigación de Galli (2005), realizada en alumnos de psicología la proporción de alumnos de ambos sexos no permitía una comparación adecuada, siendo la presencia de varones muy baja (63 mujeres y 8 hombres), pero indican que la prevalencia de mujeres con trastorno psicopatológico es de .37 frente a .63 de los varones. Este resultado coincide con lo encontrado en nuestra investigación. Los resultados parecen no deberse a una diferencia de edad entre grupos, ya que ambos están aproximadamente en el mismo rango de edades (mujeres con media=22.12 y DE=3.65; hombres con media=23.46 y DE=3.64). Este dato necesita ser contrastado con estudios en otras facultades y/o poblaciones, pero indica que, los hombres estudiantes de psicología suelen tener más problemas psicopatológicos que las mujeres estudiantes.

El análisis de los síntomas psicopatológicos por año de estudio revelo que son los primeros años de estudio los que presentan puntuaciones más elevadas, y que estas van disminuyendo a mayor año de estudio. Este resultado concuerda con lo encontrado por Galli (2005), que también encontraron una prevalencia alta en el primer año, que disminuye en los siguientes años. Esto puede explicarse en parte debido a que la edad en que la mayoría de ingresantes entran al primer año de estudios esta entre los 17 y 18 años, lo cual los ubica en la etapa de desarrollo de la adolescencia (Desarrollo humano, 2011) época por la cual los estudiantes aún están experimentando cambios físicos y están adecuándose a su nuevo estatus social de 'adultos', y a la responsabilidad que esto conlleva. Mientras los alumnos avanzan en sus años de estudio, de igual forma su cuerpo y mente van

desarrollándose hacia la adultez y adquieren mayor capacidad de lidiar con el estrés y la responsabilidad de sus deberes como estudiantes.

Entre los resultados, el síntoma psicopatológico más frecuente de los nueve fue depresión. No solo esto, también fue un síntoma que mantuvo su prevalencia entre todos los años de estudio, contrariamente a la tendencia de disminuir a mayor año de estudio. Los riesgos y la prevalencia de la depresión no es algo desconocido para los investigadores. Erazo y Jiménez (2012) hallaron que la sintomatología depresiva era más alta en estudiantes de psicología que en estudiantes de ingeniería mecánica; Albanesi, Garelli y Casari (2009) en su estudio de calidad de vida, encontraron el estilo de personalidad depresivo como estilo predominante en estudiantes de psicología; un reportaje del periódico el Comercio informo que la depresión se considera un problema mundial. En el Perú, el Minsa estima que aproximadamente 2 millones de peruanos (6.7% de la población) tienen depresión, y que un 70% de los casos de suicidio presentaban depresión. El reportaje también informa que la ONS considera que para el 2020, la depresión será el principal problema de salud a nivel mundial (El Comercio, 2016). Los resultados encontrados son consistentes con otras investigaciones y con el estatus que tiene la depresión actualmente.

Los otros síntomas psicopatológicos más frecuentes encontrados fueron la obsesión-compulsión y la sensibilidad interpersonal. Una prevalencia de obsesión-compulsión también fue encontrada en los primeros años de estudio por Erazo y Jiménez (2012). En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se consideró a los trastornos obsesivos-compulsivos en el cuarto lugar de frecuencia de trastornos 'mentales', luego de fobias, abuso de sustancias y depresión (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2000). Si también explicamos que este síntoma prevalezca principalmente en los primeros años y luego vaya disminuyendo, podría estar relacionado al estrés de la nueva vida académica para el estudiante. El tercer síntoma más frecuente, sensibilidad interpersonal, que se relaciona con sentimientos de inferioridad e inadecuación personal en comparación con otras personas, ha sido comprobado por Martín (2007), que observó que la presión de la vida universitaria puede afectar el autoconcepto del estudiante.

El hecho de que síntomas psicopatológicos graves como ideación paranoide y psicoticismo tuvieran una α de Cronbach de .75 (una aceptable consistencia interna) y que fueran las menos puntuadas de todos los síntomas es consistente con la investigación de Alvarado *et al.* (2012) en su Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45, y con

Sandin *et al.* (2008). Esto podría ser indicativo de que estas escalas requieren una revisión y/o ciertas correcciones para aumentar su consistencia interna.

Otro dato relevante es que se encontraron diferencias significativas en los síntomas de Hostilidad y Psicoticismo, teniendo los hombres puntuaciones más altas. Alvarado *et al* (2012) también encontró que los hombres puntuaban más alto en la escala de psicoticismo que las mujeres, igual que Micin y Bagladi (2010). Es un hecho conocido que hay significativamente más hombres psicópatas que mujeres psicópatas, y aunque las razones de esto aún se discuten, entre ellas se encuentran altos niveles de testosterona presentes en psicópatas, la cual es la hormona sexual masculina, que está relacionada a mayor frecuencia de comportamientos agresivos. En el área de hostilidad, Alvarado *et al* encontró en su investigación que fueron las mujeres las que puntuaron más alto en esta área, y explico el hecho aduciendo que la hostilidad que se evalúa en esta prueba era de carácter más verbal que físico, y que las mujeres suelen ser más agresivas verbalmente que los varones. En nuestra investigación, los hombres fueron los que puntuaron más alto en hostilidad. Esto puede deberse, en parte, a que al ser este un grupo de varones con cierto nivel educativo, y que se encuentran en un ambiente donde la agresividad física puede traer consecuencias (expulsión, etc.) estos varones han aprendido a usar otras formas de agresividad más sutiles (verbales) a las físicas.

CONCLUSIONES

Se comprobó, como se planteó en la hipótesis y objetivos, que existen síntomas psicopatológicos frecuentes en esta población. Los síntomas más frecuentes son la depresión, la obsesión-compulsión y la sensibilidad interpersonal (sentimientos de inferioridad respecto a otros). Analizando los resultados según sexo, se encontró que son los varones los presentan mayores niveles de síntomas psicopatológicos que las mujeres en todos los niveles y en todas las escalas, excepto en la escala de somatización.

En los resultados, se concluyó que los primeros años presentan niveles más altos de síntomas psicopatológicos, los cuales disminuyen a más alto año de estudio. Esto coincide con otros estudios (Galli, 2005). La única escala que se mantiene constante y no presenta diferencias significativas según año es la depresión, lo cual es un indicador importante de que este síntoma es un problema actual en la población estudiada y en la población en general y que debería ser estudiado a mayor profundidad.

Se concluye finalmente que el SA-45 tiene gran potencial como herramienta de cribado y de investigación para síntomas psicopatológicos. Presenta una confiabilidad alta/moderada en la mayoría de sus escalas, poco tiempo de aplicación, y poco asolapamiento entre escalas, y puede ser usada en diversos entornos. Este es uno de los primeros estudios realizados en el Perú usando esta prueba, y sería muy interesante ver otras investigaciones usar esta test para comparar y discutir los resultados.

SUGERENCIAS

1. Incluir la prueba

Teniendo en consideración los elevados niveles de síntomas psicopatológicos que se observan en los primeros años, se sugiere evaluar con el SA-45 a los alumnos recién ingresados a psicología, en su primer día de clases o en la semana de integración que suele realizarse, para obtener datos, y observar si se encuentra casos de estudiantes con síntomas muy marcados que requieran posterior evaluación o entrevista psicológica. La evaluación podría realizarse solo a estudiantes en específico que los profesores piensen que necesitan evaluación

2. Tomar más pruebas o entrevista si se encuentran indicadores graves

De encontrarse niveles marcados en el SA-45, sería apropiado realizar a ese estudiante una evaluación más específica a los síntomas psicopatológicos que presenta, que puede o no ser acompañada con una entrevista, para determinar si este estudiante está en condiciones de llevar su vida universitaria con normalidad, con los estresores que esta incluye (Alfonso, Calcino, Monteagudo y Nieves, 2015).

3. Hacer seguimiento

Los estudiantes que presenten problemas psicológicos/psicopatológicos marcados, ya hayan sido encontrados en las evaluaciones o en la entrevista deberían comprometerse a llevar terapia en el centro psicológico de la universidad o en algún lugar externo que pueda ser certificado para que lidien con sus problemas y puedan llevar una mejor vida universitaria, y que puedan cumplir con su rol de psicólogos adecuadamente en un futuro.

REFERENCIAS

- Albanesi, S., Garelli, V. y Casari, L. (2009) Estilos de personalidad y Calidad de Vida en Estudiantes de Psicología. *Fundamentos en Humanidades*, 10(1), 139-156. Recuperado el 26/11/2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3177963>
- Alfonso, B., Calcines, M., Monteagudo, R. y Nieves, Z. (2015) Estrés Académico. *Edumecentro*, 7(2), 163-178. Recuperado el 26/11/2016 de <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v7n2/edu13215.pdf>
- Alvarado, B., Sandín, B., Valdez, J., Gonzales, N. y Rivera, S. (2012) Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología*, 28(2), 426-433. Recuperado el 25/11/16 de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723135013.pdf>
- Aragón, L. (2011) Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. *Perfiles Educativos*, 33(133). Recuperado el 26/11/2016 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000300005
- Arbildo, H., Lecca, M. y Vidal, A. (2014) Niveles de ansiedad en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Kiru*, 11(2), 143-147. Recuperado el 26/11/2016 de http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/FINAL-Kiru-11-2-v-P41-45.pdf
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed., Texto rev.). Washington, DC

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). Washington, DC

Bruno, F., Basin, N., Stover, J., Ongarato, P. y De La Iglesia, G. (2013). Sintomatología psicopatológica y afrontamiento al estrés en estudiantes de psicología. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado el 24/04/2017 de <https://www.aacademica.org/000-054/265.pdf>

Campo, G., y Gutiérrez, J. (2001) Psicopatología en estudiantes universitarios de la facultad de la salud – Universidad de Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 30(4), 351-358. Recuperado el 8/4/16 de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80630402.pdf>

Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., y Rodríguez, C. (2007). Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica*, 25(2), 105-112. Recuperado en 13/04/16, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082007000200001.

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 de la Universidad de Chile*, 20(2), 147-72. Recuperado el 24/03/17 de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26421338007.pdf>

Davinson, M. K., Berhadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Marusih, M. y Kane, R. (1997) Development of brief, multidimensional, self report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary finding. *Assessment*, 4(3), 259-276. Recuperado el 19/05/17 de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-0001154555&origin=inward&txGid=41EFDE03896D79AE85E204599B9D6482.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a2>

Depresión: la grave enfermedad que afecta a 2 millones de peruanos (10 de Setiembre de 2016). *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/peru/depresion-grave-enfermedad-afecta-2-mlls-peruanos-147680>

- Papalia, D. (2011). *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Enciclopedia de la Salud y la Seguridad en el Trabajo (2001). *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Madrid-España. Chantal Dufresne. Recuperado el 12/03/17 de <http://www.cucba.udg.mx/sites/default/files/proteccioncivil/normatividad/Enciclopedia%20de%20salud%20y%20seguridad%20en%20el%20trabajo.pdf>
- Erazo, M., y Jiménez M. (2012) Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5(1), 65-76. Colombia. Recuperado el 12/03/17 de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539529007.pdf>
- Galli, A. (2005) Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 1(1) 55-66. Recuperado el 12/03/17 de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/6%20PREVALENCIA%20DE%20TRASTORNOS%20PSICOPATOLOGICOS.pdf>
- Gempp, R., y Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. Recuperado en 08/12/16, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082008000100004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082008000100004.
- Grill, S., Posada, M., y Castañeiras, C. (2009). Diferencias individuales, crecimiento postraumático y resiliencia ante situaciones traumáticas: El caso de los excombatientes de Malvinas. *Anuario de Proyectos e Informes de Investigación de Becarios de Investigación*, 7(1), 264-267. Recuperado el 17/12/16 de <https://es.scribd.com/document/152536045/DIFERENCIAS-INDIVIDUALES-CRECIMIENTO-POSTRAUMATICO-Y-RESILIENCIA-Vol-7>
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mcraw-Hill Interamericana
- Joffre V., Garcia G. y Lin D. (2007) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *Acmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(4), 40-47. Recuperado el 17/12/16 de http://www.alcmeon.com.ar/13/52/5_joffre.htm
- OMS (2013) *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 21/12/16 de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Martin, I. (2007) Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99. Recuperado el 19/12/2016 de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/117/119>
- Micin S. y Bagladi V. (2011) Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. Recuperado el 03/02/17 de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art06.pdf>
- Moyano, E., Huaquín, V. y Vera, P. (2005) Evaluación de factores personales estresantes en estudiantes universitarios de psicología. *Psic. Rev. São Paulo*, 14(1): 11-28. Recuperado el 03/02/17 de <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/download/18121/13476>
- Muñiz, J. (1998). *Teoría clásica de los tests* (5ª edición). Madrid: Pirámide.
- Perales, A., Sogi, C. y Morales R. (2002) Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*. 64(4), 239 – 246. Recuperado el 15/03/17 de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64_n4/enPDF/salud.pdf
- Pérez, J., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). «Validez de constructo: El uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez». *Psicothema*. 12(2), 442-446. Recuperado el 17/11/16 de <http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf>
- Pereyra R., Ocampo J., Silva V., Velez E., Costa A., Toro L. y Vicuña J. (2010) Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 27(4), 520-26. Recuperado el 24/05/16 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n4/a05v27n4.pdf>
- Ramírez, E. (18 de Abril de 2014) Un 60% de estudiantes universitarios sufren estrés en México. *El Diario*. Recuperado de <https://eldiariony.com/2014/04/18/un-60-de-estudiantes-universitarios-sufren-estres-en-mexico/>
- Sandín, B., Valiente R., Chorot, P., Santed M. y Lostao L. (2008) SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*. 20(2), 290-296. Recuperado el 19/07/16 de <http://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>

Steinberg, M., Barry, D., Sholomskas, D. y Hall, P. (2005) *SCL-90* symptom patterns: Indicators of dissociative disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 69(3), 237-249.
Recuperado el 28/11/16 de <http://www.strangerinthemirror.com/articles/SteinbergStudy-scl90symptoms-BullMennClinic2005.pdf>

Anexos

SA-45

Sexo:

Edad:

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos *durante los últimos 7 días* (Incluido el día de hoy) marcando el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>

Preguntas	0	1	2	3	4
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos					
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás					
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle					
4. Oír voces que otras personas no oyen					
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas					
6. Tener miedo de repente y sin razón					
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar					
8. Miedo a salir de casa solo/a					
9. Sentirse solo/a					
10. Sentirse triste					
11. No sentir interés por las cosas					
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad					
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos					
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso					
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta					
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien					
17. Sentirse inferior a los demás					
18. Dolores musculares					
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted					
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace					
21. Tener dificultades para tomar decisiones					
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren					
23. Sentir calor o frío de repente					

24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo					
25. Que se le quede la mente en blanco					
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo					
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro					
28. Tener dificultades para concentrarse					
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo					
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a					
31. Pesadez en los brazos o en las piernas					
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted					
33. Tener pensamientos que no son suyos					
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien					
35. Tener ganas de romper algo					
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas					
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)					
38. Ataques de terror o pánico					
39. Tener discusiones frecuentes					
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros					
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a					
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada					
43. Gritar o tirar cosas					
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara					
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados					