



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ESTUDIANTES
DE PRIMER AÑO DE UNA UNIVERSIDAD NACIONAL Y
PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA.”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autores:

Javier Rolando Benites Tamariz
José Luis Usgardo Mayorga Triviño

Asesor:

Miguel Ángel Vallejos Flores

Lima – Perú
2019

APROBACIÓN DE LA TESIS

El asesor y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por los Bachiller **JAVIER ROLANDO BENITES TAMARIZ** y **JOSÉ LUIS USGARDO MAYORGA TRIVIÑO**, denominada:

“SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE UNA UNIVERSIDAD NACIONAL Y PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA”

Miguel Ángel Vallejos Flores
ASESOR

**JURADO
PRESIDENTE**

. Nombres y Apellidos
JURADO

. Nombres y Apellidos
JURADO

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, por ser lo más importante y por demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar el cansancio o las circunstancias que estuviéramos pasando, por todo su esfuerzo realizado a lo largo de nuestra vida. A Michell Villanueva y Karla Preciado, amigas y colegas por esos abrazos reparadores, por esas carcajadas, alegrías que hicieron de esta etapa la más hermosa de mi vida. A ti que me miras y me cuidas desde el cielo, tú que hiciste de mis soledades alegrías y de mis tristezas sonrisas.

A todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente nos gustaría agradecerle a nuestros guías profesionales, la magister Jaqueline Rojas y Mauro Ceron, por su esfuerzo y dedicación, quienes, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que podamos terminar nuestros estudios con éxito.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores que durante toda la carrera profesional han aportado de manera significativa a la formación, y en especial a los profesores El Mg Eduardo Yépez, la Mg. Jackeline Cardenas, la Mg. Isabel Valdivia y el Mg. Eduardo Infantes por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

De igual manera agradecer a nuestro profesor de Investigación y de Tesis de Grado, Miguel Ángel Vallejos Flores por su visión profesional, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigador, por enseñarnos lo valioso que es saber reír por, sobre todas las adversidades.

Y por último a mis jefes de Internado de la Dirección de Investigación Criminal, Carlos Carrión y Dara Navarro, quienes son como unos padres para mí, los cuales me han motivado durante mi formación profesional. Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecer algunas están aquí y otras en nuestros recuerdos y en el corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

INDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Realidad problemática	12
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Justificación.....	14
1.4 Limitaciones	15
1.5 Objetivos	16
1.5.1 <i>Objetivo general</i>	16
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes	17
2.2 Bases teóricas.....	19
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	33
3.1 Operacionalización de variables	33
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
ANEXOS nº 1. Consentimiento informado	57
ANEXOS nº 2. Cuestionario de Síntomas Breves (LSB-50)	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de porcentajes de estudiantes universitarios según su sexo	36
Tabla 2 Prueba de Confiabilidad por Consistencia Interna del Listado de Síntomas Breves	38
Tabla 3 Análisis de validez del Listado de Síntomas Breves (LSB-50)	38
Tabla 4 Análisis factorial con método de máxima verosimilitud	39
Tabla 5 Prueba de normalidad de las escalas clínicas del Listado de Síntomas Breves	40
Tabla 6 Síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad nacional y privada	41
Tabla 7 Niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad nacional y privada	42
Tabla 8 Niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad pública y particular, según sexo	43
Tabla 9 Niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad pública y particular, según tipo de familia	44
Tabla 10 Niveles de índice de riesgo psicopatológico en estudiantes de primer año de una universidad nacional y privada, según sexo	45
Tabla 11 Niveles índice de riesgo psicopatológico en estudiantes de primer año de una universidad privada y nacional, según tipo de familia	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Dispersión de los elementos. Observando la figura 1 de izquierda a derecha, se observa 7 factores siendo el resto factores residuales 40

RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptiva comparativa, cuyo objetivo es describir los síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada. La muestra total fue; 361 universitarios (195 universidad nacional y 165 universidad privada) a quienes se les aplicó el Listado de Síntomas Breves (LSB-50). El ajuste psicométrico de la escala demostró su adecuada confiabilidad con un elevado Alfa de Cronbach total ($\alpha=.953$), respecto a la validez en la prueba de KMO y Sig. de Bartlett obtuvo un puntaje promedio (.922). A su vez, a diferencia de los estudiantes de una universidad nacional, los de una universidad privada presentan mayor tendencia a mostrar niveles elevados en síntomas psicopatológicos. Respecto al índice de riesgo psicopatológico; las mujeres presentan nivel moderado, y existe riesgo moderado; en la familia nuclear de una universidad privada, mientras que en una universidad nacional en la familia nuclear y ensamblada.

Palabras claves: *síntomas, psicopatología, psicometría.*

ABSTRACT

This research is of a comparative descriptive type, whose objective is to describe the psychopathological symptoms in freshmen of a national and a private university. The total sample was; 361 university students (195 national university and 165 private university) who were given the Short Symptoms List (LSB-50). The psychometric adjustment of the scale demonstrated its adequate reliability with a high total Cronbach Alpha(953) regarding the validity of the KMO and Sig test. Bartlett scored an average score (.922). In turn, unlike students at a national university, those at a private university are more likely to show high levels in psychopathological symptoms. Regarding the psychopathological risk index; women are moderate, and there is moderate risk; in the nuclear family of a private university while at a national university in the nuclear and assembled family.

Key words: *symptoms, psychopathology, psychometry.*

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La realidad de nuestro país, es que año tras año se generan cifras elevadas de personas postulando a una universidad, preferentemente a una nacional ya que a una universidad privada hay mayor accesibilidad incluso desde los últimos años de estudios escolares. Es así que, en cifras generales Villacorta (2019) señala que la población de universidades privadas ha crecido más del doble en ocho años, es decir, de 474 mil a más de un millón de estudiantes, mientras que, la población de universidades nacionales aumentó moderadamente de 309 mil a 367 mil.

Algunos jóvenes van decididos por lo que quieren estudiar y otros aún en duda o comenzando algo que sus padres direccionan y luego desertan, quizá para postular o iniciar otra profesión porque recién descubren sus gustos o preferencias académicas en el camino. Por ello, existen diversas causas de deserción universitaria, tal como lo sustenta el diario Gestión en el año 2017, éstas se deberían a cuatro factores principales: bajo rendimiento académico, problemas financieros, dudas vocacionales y problemas emocionales entre los jóvenes estudiantes.

Es así que, de los que deciden continuar con sus estudios de alguna profesión, vamos conociendo la importante carga emocional con la que pueden iniciarlos, por tanto, el primer año de estudios es un reto que conlleva a que el estudiante logre pasar todo un proceso de adaptación distinto que dependerá de la autonomía, orden y responsabilidad que se tenga para mantenerse en sus calificaciones y poder culminarlo con éxito.

Ahora, si nos enfocamos sólo en el estudiante de Psicología, primero tendríamos señalar lo que espera la sociedad de ellos; “que en si sean modelos a seguir”, “que logren ayudar a los demás”, “que saben manejar sus problemas”, entre otros conceptos que escapan de la realidad, ya que el profesional de la salud mental también puede pasar situaciones adversas que en un momento de su vida lo puedan desequilibrar, y más aún al ser de primer año, este recién inicia su formación y presenta pocos recursos que se irán formando en el camino. Esto sustentado por Fisher (citado en Boullosa, 2013) quien considera que el ingreso a la universidad, constituye el exponerse a diversas situaciones estresantes, por lo que pueden experimentar falta de control sobre el nuevo ambiente y verse obligado a realizar un cambio para adaptarse al mismo.

Sin embargo, lo anterior no exime de un punto crucial que hoy genera preocupación, es que los jóvenes que inician sus estudios en Psicología están presentando tasas elevadas de síntomas psicopatológicos, incluso otros algún trastorno psicopatológico asociado, que son una consecuencia o un llamado síndrome “reactivo”; es decir; cuando un acontecimiento estresante se encuentra estrechamente ligado a un episodio depresivo Forselledo (2009), generando algunas interrogantes; ¿qué está pasando?, ¿esta persona estará preparada para estudiar la carrera?, ¿podrá ser un soporte en personas con tantas cargas situacionales?, ¿podrá manejar sus síntomas y ejercer de manera adecuada?, ¿habrá identificado su necesidad y buscó ayuda? o ¿estará acudiendo a algún lugar de apoyo?, entre otras.

Por tal motivo, la presente investigación busca dar a conocer cuáles son los síntomas psicopatológicos más frecuentes sea de universidad nacional o privada, luego compararlos según sexo o tipo de familia, para así, primero formar una base sobre la cual se pueda crear una organización de trabajo que ayude a detectar estas sintomatologías, luego generar alternativas en la resolución de problemas, cuyo fin sea el bienestar del estudiante y la calidad de vida estudiantil. A su vez, generar otras propuestas de implementación en universidades que busquen la promoción, prevención e intervención del cuidado de la salud mental en su población.

1.1 Realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) en el mundo los trastornos psicológicos han ido en aumento, la salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario. A su vez refiere que la depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, seguido del Trastorno afectivo bipolar este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en el mundo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) manifiesta que, en América Latina, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades y tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida, además que el 75% de los trastornos mentales se inician antes de los 24 años de edad.

En el Perú más de 5 millones de personas, según cifras del Ministerio de Salud (MINSA, 2018) sufren de algún trastorno psicológico, siendo la más predominante depresión y la ansiedad con 1 millón 200 mil personas que la padecen. En una nota de prensa de RPP Noticias en el año 2012, menciona que en nuestro país, las ciudades con mayores problemas de salud mental son Ayacucho, Puno, Lima, Tacna y Puerto Maldonado de acuerdo al estudio sobre “La salud mental en el Perú” que realizó un grupo de investigadores liderado por el doctor Javier Saavedra, director ejecutivo de la Oficina de apoyo a la investigación y docencia especializada del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. En Lima, la depresión clínica es el trastorno psicológico más frecuente seguido por la ansiedad generalizada y el abuso/dependencia al alcohol.

1.2 Formulación del problema

Primero debemos comprender mejor el surgimiento de problemas de salud mental en jóvenes, reforzando y reconociendo que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, asignando tareas, requerimientos y desafíos propios de un sistema

educativo muy diferente, generando la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios Florenzano (citado en Micin y Bagladi, 2011).

Partiendo de ello, hoy en día la realidad universitaria se ve envuelta en altos indicadores de estrés, ansiedad, depresión y no sólo eso, sino existen otros síntomas psicopatológicos que han desencadenado en trastornos mentales que andan bordeando a la población, que pocos logran reconocer y luchar para reducirlos o curarlos con el acompañamiento adecuado de un especialista, tal como lo señala Universia (2008) quien en cifras reales menciona que cerca del 40% de los universitarios padecen trastornos psicológicos o están más expuestos a sintomatologías psicopatológicas, siendo las más comunes angustia, ansiedad y depresión.

Según una declaración realizada por el rector de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Orestes Cachay, a RPP Noticias en el año 2018, señaló que dicha institución tendría hasta más de 30% de sus estudiantes con algún tipo de afectación mental, añadiendo que eso sería mayor si es una Universidad exigente, ya que si fuera Universidad de baja exigencia, probablemente el estrés sería menor.

A su vez, sustentó que un estudiante universitario que se encuentre en constante estrés académico en largos períodos como en los ciclos universitarios puede producir trastornos depresivos, de ansiedad y un alza en el consumo de alcohol como placebo. Todo esto se halla en aumento y si no se generan nuevas políticas de protección en la salud mental de sus estudiantes, estarían expuestos a mayores riesgos.

De igual manera, Chau y Vilela (2017) realizaron un estudio que buscó identificar las variables psicológicas que predicen la salud mental en una muestra de 1,024 estudiantes universitarios de Lima y Huánuco, donde los resultados indicaron que el estrés, el estilo de afrontamiento evitativo, el área interpersonal y el centro de estudios pronostican la salud mental. El análisis de mediación indica que el estrés media la relación entre el estilo evitativo y la salud mental.

Según lo mencionado, hablar de salud mental en la población universitaria seguirá siendo un tema de controversia, buscando que se sigan generando

cimientos fuertes en la realización de investigaciones que vayan sustentando esta problemática, en las diversas profesiones y claro está que respecto a estudiantes de la carrera de Psicología aún existen pocos estudios.

Ya que, ante las escasas investigaciones del constructo seleccionado en la población universitaria, nos preguntamos: ¿Cuál es la prevalencia de los síntomas psicopatológicos en los estudiantes de primer año de una universidad pública y una universidad privada de Lima Metropolitana?

Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas psicopatológicos en los estudiantes de una universidad pública y una universidad privada de Lima Metropolitana, según sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas psicopatológicos en los estudiantes de una universidad pública y una universidad privada de Lima Metropolitana, según tipo de familia?

1.3 Justificación

Desde la justificación teórica, la presente investigación pretende verificar la construcción y utilización del Listado de Síntomas Breves LSB-50, creado en el año 2012, a partir de la experiencia de los autores Rivera y Abudin, con otros cuestionarios de medida de síntomas psicopatológicos, haciéndolo válido y confiable para el campo de la psicología, fortaleciéndose así el área de investigación psicométrica; además de consentir su aplicabilidad y sensibilidad frente a las diversas situaciones que abarca el cuidado de la salud mental en estudiantes universitarios.

La justificación metodológica, consiste en valorar la efectividad del test en la población universitaria, a partir de los resultados obtenidos que serán de gran importancia en esta investigación, ya que permitirá generar una línea base en el estudio de los síntomas psicopatológicos en universitarios, lo cual ayudará a determinar si los estudiantes de una universidad nacional o privada en sus primeros años presentan o no alguna sintomatología sea, si los niveles que predominan se encuentran dentro del promedio o si se alejan de la media y, por

tanto, requieren mayor supervisión o derivación para el respectivo apoyo psicológico.

La justificación social, radica en que, si los estudiantes universitarios logran conocer la prevalencia de una sintomatología psicopatológica en los primeros años de estudio, puedan generarse nuevas alternativas de evaluación psicológica previa a los postulantes a la universidad, se pueda brindar ayuda psicológica a los estudiantes que la necesiten, se motive a generar estudios que a la par demuestren una posible relación entre el rendimiento académico y su salud mental, todo esto con el fin de evitar que algunos estudiantes no concreten la carrera debido a problemas psicológicos. Adicional a ello, debe contribuir en la prevención de consecuencias negativas por la prevalencia del síntoma al pasar de los años de estudio, ya que en la actualidad se han mostrado casos de estudiantes de Psicología inmersos en actos delictivos dentro y fuera de las instalaciones de su casa de estudio, poniendo en alerta la salud mental de quienes en realidad deben velar por ella.

1.4 Limitaciones

El instrumento necesitó un ajuste psicométrico debido a que no se encontraba adaptado a nuestro medio, lo cual demandó mayor tiempo en la ejecución de la tesis, pese a ello, resulto conveniente contar con dicha información ya que se obtuvo el instrumento adaptado para la muestra de estudio, proporcionando resultados válidos y confiables en la investigación.

De igual manera, al realizar las revisiones bibliográficas sólo se halló una investigación nacional que uso otro instrumento para medir la variable de sintomatología psicopatológica, careciendo de datos actualizados sobre la prevalencia u otros estudios que generen soporte en la presente investigación. A pesar de ello, se ha logrado realizar la investigación motivándonos por el aporte en la utilización de una nueva escala que nos apertura a investigar dicha variable en la población universitaria

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

- Describir los síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana.

1.5.2 Objetivos específicos

- Análisis psicométrico de la Escala de Síntomas Breves (LSB-50).
- Analizar los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana, según sexo.
- Analizar los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana, según tipo de familia.
- Determinar los niveles en el índice de riesgo psicopatológico en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una particular de Lima metropolitana, según sexo y tipo de familia.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Nacionales

Sánchez (2018) realizó una investigación para identificar los síntomas psicopatológicos en 300 alumnos de psicología con edades entre 17 y 44 años de una universidad nacional de Lima. La escala aplicada fue el SA-45 (Versión española de Alvarado, Bonifacio, Valdez-Medina, Gonzales-Arriata y Rivera, 2012) que presenta niveles altos y moderados de confiabilidad con un rango de 8.12 a 9.62, excepto por las escalas de psicoticismo y ansiedad fóbica (7.53). Los resultados indicaron que la prevalencia de síntomas psicopatológicos es alta en el primer año de estudio y que tienden a disminuir a mayor año de estudio, es decir, el 30% de síntomas moderados y marcados es 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.

Internacionales

Micin y Bagladi (2011) realizaron un estudio no experimental, de tipo exploratorio y cuantitativo, en 460 estudiantes universitarios que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica, donde buscó caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida de quienes consultan a un Servicio de Salud Estudiantil. Para el diagnóstico se consideraron los ejes I y II del sistema multi-axial DSM-IV y la nomenclatura CIE-9. Los resultados indicaron tasas significativas para trastornos adaptativos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, desordenes de personalidad y antecedentes de conducta suicida. A su vez que un alto porcentaje presentó alteraciones clínicas ligadas a ansiedad, depresión y un 52% había consultado antes de su diagnóstico a otro servicio de salud mental.

Urquijo (2014) ejecutó una investigación sobre la prevalencia de psicopatología en una muestra de 539 estudiantes de una universidad nacional de Mar del Plata, de ambos sexos (444 mujeres y 95 hombres), para ello utilizó EL Inventario de Síntomas de Derogatis, revisado (SCL-90-R) que

consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de diverso nivel de gravedad. Obtuvo que en las mujeres las patologías prevalentes son la Hostilidad (referida a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de afectos negativos de enojo), Depresión (incluye trastorno de tipo depresivo) y las obsesiones y compulsiones (síntomas con pensamientos, acciones o impulsos que son vivenciado como imposibles de evitar o no deseados), mientras que en varones son la sensibilidad interpersonal (sentimientos de inferioridad e inadecuación), las obsesiones y compulsiones y la ideación paranoide. De igual referido al riesgo de patologías en mujeres son la somatización y la depresión, mientras que en los hombres son las Hostilidad y la sensibilidad personal.

Paredes (2014) desarrolló un trabajo de investigación sobre la prevalencia de trastornos psicopatológicos en la adolescencia, en 626 estudiantes en edades de 18 a 22 años, de 18 carreras la Universidad Ricardo Palma ubicada en Lima Metropolitana. Para ello diseñaron el Inventario de Indicadores Psicopatológicos en la Adolescencia (IPA14) y al aplicarlo obtuvieron; la relación entre hombres y mujeres, se da de manera más a “favor” de las mujeres en la compulsión con una relación de 5:1 y en la manifestación de una probable esquizofrenia que es de 3:1 y a “favor” de los varones el mascado de las hijas de coca 4:1. Así también encuentra una relación muy leve a “favor” de las mujeres en la conversión de 0,29 e hipomanía de 0,43 respectivamente y a “favor” del varón de 0,33 y ausencias de 0,5 respectivamente.

Cardona, Pérez, Rivera, Gómez y Reyes (2014) investigaron sobre la prevalencia de ansiedad en una muestra de 200 estudiantes universitarios (100 de ingeniería y 100 de medicina) de Medellín asociándola con los aspectos sociodemográficos y académicos. Tamizaron la ansiedad con la Escala de Zung. Los resultados evidenciaron una prevalencia de ansiedad del 58%, con una distribución estadísticamente igual según el sexo y el grupo etario, a su vez la ansiedad fue menor en los estudiantes de clase media. Por lo cual propusieron desarrollar estrategias educativas, identificar estudiantes de mayor riesgo e iniciar intervenciones de manera oportuna.

Antúñez y Vinet (2013) en un estudio no experimental, correlacional, sobre los problemas de salud mental, en una muestra aleatoria de 484 estudiantes universitarios que cursaban entre primero y cuarto año de sus respectivas carreras, utilizaron el Cuestionario Sociodemográfico, el Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (SCL-90-R), la versión chilena abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI-II). Los resultados mostraron que, del total de la población, el 30,1% presenta sintomatología depresiva, además que el 15,5% sintomatología depresiva y ansiosa, siendo predominante en estudiantes de primer año. A su vez, en hombres hay incrementos mayores en la escala de depresión e ideación paranoide del SCL-90-R ($t=12,25$ y $8,97$ respectivamente) y estrés del DASS-21 ($t=9,24$); en las mujeres en las escalas de ansiedad y Psicoticismo del SCL-90-R ($t=14,31$ y $9,22$ respectivamente) y de ansiedad y estrés del DASS-21 ($t=9,89$ y $14,85$ respectivamente).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Psicopatología

2.2.1.1 Definición.

Existen definiciones de diversos autores, que señalan a la psicopatología desde el origen de estudio, como la propuesta por Lemos (2000, citado en Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006) quien alude a la psicopatología como “el estudio sistemático y científico de la etiología, sintomatología y proceso de la conducta anormal” (p. 13).

De igual manera Warren (1966, citado en Mesa, 1986) sostiene que la psicopatología es “el estudio sistemático de los factores, funciones y procesos psíquicos que llevan a cabo en la patología o en la enfermedad” (p. 152).

Existe una definición algo subjetiva que describe Mondzain (s. f., citado en Domingo, 2012), señalando que “el origen de la psicopatología proviene del estudio de las dolencias del alma”.

Para Monedero (1996, citado en Jarne *et al*, 2006) la psicopatología “es aquella disciplina que se ocupa de los seres humanos que, a causa de

sus características psicológicas, tienen dificultades para su realización biológica y personal” (p.13).

Seguidamente Maher (1970, citado en Jarne *et al*, 2006) propone a la psicopatología como “la ciencia experimental de la conducta desviada, cuyo objetivo es llegar a la formulación de principios y leyes generales que permitan explicar muchos diversos tipos de alteración del comportamiento” (p. 13).

Mientras que algunos autores proponen definiciones referidas a los factores tanto personales, biológicos como externos que condicionan o dan origen a una conducta desviada o enferma, hay quienes intentaron encajarla en una ciencia exacta o específica, como lo reforzado por Dorsch (1976, citado en Mesa, 1986) quien señala que la psicopatología es la base científica de la psiquiatría, siendo una ciencia que estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica, especialmente la psicosis y las psicopatías.

A su vez Luque y Villagrán (2000, citado por Emiro, 2007) señalaron que la psicopatología es la ciencia básica de la psiquiatría, cuyo objetivo consiste en “la descripción de las manifestaciones psíquicas alteradas” (párr. 3).

2.2.1.2 Modelos explicativos

Ibáñez y Belloch (1982 citado en Mesa, 1986) afirman que hasta la actualidad no existe un modelo unitario de psicopatología que genere una integración adecuada de la información generada en los distintos campos.

Para (Jarne *et al*, 2006) existen cinco principales modelos y los menciona a continuación:

Modelo biológico: basado en un concepto médico, en que las alteraciones psicopatológicas se encuentran en las anormalidades biológicas sean de tipo genético, bioquímico o neurológico. Fue “planteado por Hipócrates en su concepto de “patología de los humores” y afianzado durante el siglo XIX por Kraepelin en su sistema de clasificación de las enfermedades mentales” (Torres, Barrantes y Tajima, 2015).

Alude a las enfermedades sistémicas; aquellas generadas por la mala actividad o función de un órgano. A su vez una enfermedad o trastorno mental es consecuencia de la alteración del cerebro, sea en su estructura como en su función.

Este modelo prioriza las tendencias genéticas a partir de ciertos trastornos, no obstante, frecuentemente ampara una postura interaccionista; referida a la predisposición genética y la incidencia de factores nocivos del exterior. De igual manera han diferenciado entre trastornos mentales orgánicos (causas físicas claras) y funcionales, donde aún no se han encontrado indicadores tan claros de alteraciones orgánicas cerebrales.

Según (Jarne *et al*, 2006) sus principales aportaciones son:

- 1) Un incremento de la comprensión de la dimensión biológica de la conducta.
- 2) Un énfasis en el método científico natural como forma de estudio en psicopatología.
- 3) Un esfuerzo para clasificar los diferentes trastornos mentales que ha permitido dotar a la comunidad científica de un lenguaje diagnóstico común y operativo.
- 4) “El descubrimiento de psicofármacos, hecho que ha representado una auténtica revolución terapéutica” (Jarne *et al*, 2006, p. 33).

Psicodinámico: este modelo fue el primero en registrar la importancia de los componentes o mecanismos psíquicos en la conducta, tanto normal como anormal, y en diseñar una secuencia entre la normalidad y la patología.

Por ello consideran que hay impulsos internos e inconscientes que establecen la conducta, específicamente, conflictos psicológicos internos originan y mantienen el trastorno psicopatológico.

La consciencia es el referente inmediato y primario del estudio de la mente y de la patología, que está forzosamente influenciada por los problemas y dificultades más significativas y complejas. Las personas no son conscientes ni de sus motivaciones, ni de sus conflictos y frustraciones más relevantes.

Sus aportaciones son:

- 1) “El reconocimiento de las emociones en la vida psíquica, en general, y en la génesis de los trastornos psicopatológicos, en particular” (Jarne *et al*, 2006, p. 34).
- 2) “La visión dimensional de los conceptos de normalidad y anormalidad” (Jarne *et al*, 2006, p. 34).

- 3) “La introducción de la biografía de la persona como variable importante” (Jarne et al, 2006, p. 34).
- 4) “Sus aportaciones a la historia intelectual de la civilización occidental” (Jarne et al, 2006, p. 34.)

Modelo humanista: postula que individualmente es innato el potencial de crecimiento y actualización personal que constituye el direccionar de su conducta. Cuando estas capacidades se dirigen a la autorrealización y la autenticidad se pueden ver bloqueadas o distorsionadas produciendo la patología o enfermedad mental.

Desde este punto de vista se rechazan las clasificaciones y no se considera que el método científico sea el procedimiento natural de aproximación a la conducta anormal o distorsionada.

Este modelo ha rebasado a su máxima expresión en el ámbito terapéutico, ya que se preocupa más o prioriza sobre la formulación de alternativas de solución al sufrimiento y a la existencia humana, en vez de estudiar más a fondo, metódicamente y de forma constante la conducta humana.

Aportan lo siguiente:

- 1) “La introducción de una postura optimista y esperanzadora ante el potencial de la persona para solucionar problemas” (Jarne et al, 2006, p. 35).
- 2) “El énfasis en los factores psicosociales” (Jarne et al, 2006, p. 35).
- 3) “La importancia de la terapia con la finalidad esencial de toda intervención en Psicopatología, situando la ayuda al individuo como la meta última” (Jarne et al, 2006, p. 35).

Modelo conductual: surge a principios de los años 60 del siglo XX como nuevo paradigma de la psicología clínica por el auge de la psicología del aprendizaje y la insatisfacción del modelo biológico aplicado a los trastornos mentales (Torres et al, 2015, p. 12).

Formulan que la conducta desequilibrada o desadaptada ha sido adquirida o aprendida, consistiendo en hábitos desadaptativos que han sido condicionados de forma clásica o instrumentalmente ante ciertos estímulos. Este postulado pone un interés fundamental en la conducta observable,

medible y no en los procesos inconscientes o biológicos. Rechazan el concepto de enfermedad.

De igual manera que el modelo psicodinámico, refuerzan sobre la continuidad entre la conducta normal y la anormal, dado que ambas se aprenden según las mismas leyes de aprendizaje y se configura por nuestra experiencia anterior.

Según (Jarne *et al*, 2006) sus principales aportaciones son:

- 1) La actitud autocrítica en la medida en que el modelo exige constantemente la evaluación de sus postulados.
- 2) La gran cantidad de técnicas de intervención que se ha generado desde este modelo.
- 3) La relevancia dada a los factores ambientales.
- 4) La posibilidad de establecer un puente entre la Psicopatología y la Psicología experimental (p. 35).

Modelo cognitivo: “surge a partir de los años 50, con autores como Wunt y James quienes a principios del siglo XX fijaron los constructos de actividad mental y conciencia como elementos de investigación psicológica” (Torres *et al*, 2015, p. 12).

Considera la importancia de los procesos cognitivos, siendo la conducta desadaptada aquella que se entiende según la forma que percibimos, pensamos respecto al mundo, a otras personas y a nosotros mismos.

El procesamiento de la información es de vital importancia en este modelo, ya que un desequilibrio, generaría una distorsión de la percepción, concibiendo una causal psicopatológica o una conducta desadaptada. Individualmente cada persona genera un estilo cognitivo idiosincrático que establece la forma de percibirse a uno mismo, según su mundo físico y social que lo envuelve.

Las aportaciones de este modelo:

- 1) La ruptura de concepciones del sujeto como ser pasivo que sufre enfermedades, que está sometido a estímulos y demandas ambientales, o que se encuentra bajo la acción de procesos y conflictos subyacentes que no domina. Desde este modelo, la persona selecciona, elabora, procesa y

recupera información de su mundo interno y externo (Jarne *et al*, 2006, p. 36).

- 2) “La aportación de nuevas técnicas de intervención” (Jarne *et al*, 2006, p. 36).

Un modelo más reciente es el multidimensional, propuesto por Salazar, Caballo y Carrobles (2011) donde señalan que los factores que causan el comportamiento, tanto funcional como disfuncional, se pueden agrupar en tres dimensiones: ambientales/contextuales, evolutivos/históricos e individuales. Aunque en última instancia todos se plasman en el organismo, por razones prácticas es útil analizar separadamente la influencia de las relaciones con el ambiente actual y las relaciones que han ocurrido a lo largo de la evolución de la persona.

- ✓ Dimensión contextual/ambiental: la forma en que el contexto en que nos vemos influye en lo que somos y en la manera de comportarnos ha sido tema de interés de diferentes disciplinas científicas como la biología, la ecología, la economía, la antropología, la ciencia política y la sociología, entre muchas otras. Hay diversos tipos de ambiente que pueden afectar al comportamiento normal y patológico. Por lo que el resultado de la influencia ambiental va a estar modulado por las características de vulnerabilidad biológicas y psicológicas del individuo y por su historia y proceso evolutivo (Salazar *et al*, 2011, p. 51).
- ✓ Dimensión temporal/evolutiva: la forma en que el pasado remoto y la anticipación de un futuro lejano influyen en el comportamiento es típicamente humana. Por un lado, los factores de desarrollo y maduración (psicopatología evolutiva); se ocupan de estudiar la forma en que algunos trastornos tienen a presentarse en ciertas etapas de la vida y las variaciones en sus manifestaciones y procesos cuando se presenta a lo largo de todo un ciclo vital. Por otro lado, la historia de aprendizaje y vulnerabilidades; en la cual la historia puede tener una gran influencia sobre el comportamiento es a través de la experiencia y el aprendizaje de repertorios de comportamiento, emociones, modos de transformar la información (procesos cognitivos), mecanismos de afrontamiento ante situaciones adversas y

maneras de relacionarse con el medio y las personas en general (Salazar *et al*, 2011, p. 52-53).

- ✓ Dimensión individual: en la que el ambiente y el contexto, así como la maduración e historia de aprendizaje, van a plasmar sus efectos en el individuo. Implica por un lado las características biológicas (genéticas, morfológicas y fisiológicas) que se manifiestan en el comportamiento y, por otra, los procesos psicológicos básicos que nos permiten entender como interactúa el ambiente con las condiciones biológicas del organismo (Salazar *et al*, 2011, p. 53).

Este modelo explica que en el primer nivel causal se encuentran los procesos básicos y sus interacciones, los niveles II (clases estructurales y funcionales) y III (repuestas o quejas concretas que se busca alterar) son resultados o respuestas de la acción de los procesos en el primer nivel, que se pueden agrupar en clases o conjuntos que tienen variables de mantenimiento comunes: estructurales, si son el producto de estructuras anatómicas, o funcionales, si están mantenidas por la misma contingencia. Las respuestas específicas pueden ser conductas impulsadas por emociones (CIE) que a su vez operan mediante el proceso motivacional (Salazar *et al*, 2011, p. 54).

2.2.1.3 Sistemas de clasificación

En el manual de psicopatología existen tipos de clasificación:

- “Filéticas vs. Fenéticas (o numéricas): la primera bajo una concepción aristotélica de “esencia” y la segunda basada en la observación empírica” (Torres *et al*, 2015, p. 13).
- “Empírica vs. inferenciales: basada en hechos observables y objetivos, la otra en datos objetivos al hacer inferencia sobre las causas y procesos subyacentes a lo observable, respectivamente” (Torres *et al*, 2015, p. 13).
- “Extensiva vs. Intensivas: la primera que van enumerando todos los miembros de una clase, mientras que enumeran las características necesarias para pertenecer a una categoría, correspondientemente” (Torres *et al*, 2015, p. 13).
- Monotéticas vs. Politéticas: basada en una sola variable o un número limitado de ellas, mientras que las politéticas basan su

organización en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los elementos de una clase (ejemplo: CIE y DSM) (Torres *et al*, 2015, p. 13).

- Clásicas vs. Prototípicas: primero compuesta de entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas, por otro lado, las prototípicas se basan en un prototipo que sirve de referencia, y que constituye el conjunto de características más comunes de los miembros. Se asume que el prototipo tiene propiedades de alguno de los miembros de la categoría, pero no tiene ninguna que se considere necesaria y/o suficiente para pertenecer a ella (ejemplo: CIE y DSM) (Torres *et al*, 2015, p. 13).

Según Salazar *et al*, (2011) en la psicopatología sólo existen tres formas principales de clasificación:

- La clasificación categórica: más usada en el diagnóstico psiquiátrico, se definen los criterios que definen una categoría discreta y se le asignan los individuos que cumplen con dichos criterios, mientras que se excluyen a los que no la presentan, por ejemplo, las personas que cumplen con el trastorno depresivo mayor reciben ese rótulo diagnóstico. Este sistema no permite definir el grado en que se presenta un problema ni las interacciones con otros procesos, sino simplemente si se observa o no se observa (Salazar *et al*, 2011, p. 46).
- La clasificación dimensional: centrada en el grado en que se puede clasificar un individuo a lo largo de una dimensión o un continuo, un ejemplo es el que se utiliza en la prueba de personalidad MMPI o en las teorías dimensionales de personalidad, que pretenden establecer el grado en que se puede ubicar a una persona a lo largo de una dimensión, como por ejemplo Neuroticismo-estabilidad o introversión-extroversión. La debilidad de este sistema es que hace más difícil el acuerdo entre evaluadores, es decir, la fiabilidad, y además deja sin resolver el problema de las dimensiones relevantes (Salazar *et al*, 2011, p. 46).

- La clasificación prototípica: característico del DSM-III y el DSM-IV, en la cual busca combinar ambos enfoques. Se definen prototipos de trastornos que incluyen síntomas esenciales, permiten la inclusión de síntomas más secundarios y, a su vez, se establecen diferentes niveles de gravedad de los trastornos. Sin embargo, a pesar de aumentar su fiabilidad, los estudios epidemiológicos mostraron varias dificultades respecto a la validez (Salazar *et al*, 2011, p. 46).

Para Hernández, Del Palacio, Freyre y Alcázar (2011) en el mundo desde un modelo médico, existen dos principales sistemas de clasificación de los llamados trastornos mentales o trastornos psicopatológicos, los cuales son:

- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*; según Solé (2002) la evaluación Multiaxial se propone por primera vez en los años 60, en la cual buscó valorar al paciente según la clasificación de determinados ejes:
 - ✓ “Eje I: trastornos clínicos” (Torres *et al*, 2015, p. 20).
 - ✓ “Eje II: trastornos de personalidad, retraso mental, mecanismos de defensa y rasgos desadaptativos de personalidad” (Torres *et al*, 2015, p. 20).
 - ✓ “Eje III: enfermedades médicas” (Torres *et al*, 2015, p. 20).
 - ✓ “Eje IV: problemas psicosociales y ambientales” (Torres *et al*, 2015, p. 20).
 - ✓ “Eje V: evaluación de la actividad global” (EEAG) (Torres *et al*, 2015, p. 20).
- *Internacional Classification of Diseases (ICD)*; se puso a conocimiento la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), en los años 90, hacia 1992, como consecuencia del exhausto trabajo comenzado en los años 60 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tuvo como fin optimizar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales (Solé, 2002).

LA CIE-10 recoge tres ejes de evaluación:

- ✓ “Eje clínico: trastornos somáticos, trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad” (Torres *et al*, 2015, p. 18).
- ✓ “Discapacitación” (Torres *et al*, 2015, p. 18).

- ✓ “Factores ambientales y del estilo de vida” (Torres *et al*, 2015, p. 18).

2.2.1.4 Pruebas psicológicas

La evaluación psicológica del grado o tipo de síntoma psicopatológico presente ha sido empleada como un recurso fundamental, por lo que hoy en día ya existen diversas pruebas psicométricas que se han ido aplicando en investigaciones.

Entre ellas destacan:

- El Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R), es un instrumento que durante la década de 1970 se produjeron las últimas variaciones. Ayuda en la identificación de un amplio rango de sintomatología psicopatológica, que evalúa el grado de malestar psicológico o estrés durante el período de evaluación desde ese momento hacia unas semanas atrás y su forma de uso es auto-aplicada.

Derogatis (1994, citado en Gempp y Avendaño, 2008) indicó que este cuestionario debe considerarse o “preferirse para cualquier uso práctico” (p. 41).

A su vez puede ser utilizada en pacientes con tratamiento psicológico o psiquiátrico y en población general. Consta de dimensiones como; somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSIC) (Sánchez y Ledesma, 2009, p. 265-266).

- El Listado de Síntomas Breve (LSB-50); es un instrumento de evaluación psicopatológica que surge desde la experiencia en España a partir de los años 80 (Abuín y De Rivera, 2014, p. 132). Es utilizado para el despistaje de síntomas psicológicos y psicosomáticos. Contiene nueve escalas y sub-escalas clínicas, a las que se ha añadido el riesgo psicopatológico, tres índices globales y dos escalas de validez. Formado por 50 ítems descriptivos de manifestaciones psicológicas y psicosomáticas. Comprende ocho escalas clínicas (psicorreactividad- que a su vez comprende dos sub-escalas, hipersensibilidad y obsesión-compulsión-, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión,

sueño estricto, sueño ampliado y riesgo psicológico) y dos escalas de validez (minimización y magnificación).

2.2.1.5 Síntomas psicopatológicos

Para definir la patología o los síntomas psicopatológicos, tuvimos que conocer en líneas anteriores el concepto de psicopatología entendida como, “el estudio de las enfermedades mentales” (Diccionario de la Lengua Española, 2014), ya que en líneas generales los manuales diagnósticos, que nos ayudan a describir las patologías utilizan el término trastorno mental.

Lorenzini (citado en Domingo, 2012) señala psicología patológica es la parte de la psicología relacionada al estudio de numerosas perturbaciones y enfermedades de las funciones psíquicas básicas, sean; las amnesias o enfermedades de memoria, las alucinaciones, los trastornos de personalidad, etc. Constituyendo frecuentemente los síntomas de determinadas enfermedades mentales de las que dependen y en su conjunto conforman el síndrome.

Por ello, los síndromes clínicos son condiciones establecidas por una agrupación o conjunto de signos y síntomas que conllevan a generar 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 presente investigación, definiremos los síntomas psicopatológicos como aquellas situaciones experienciales subjetivas presentes en individuos que tienen asociado a algún trastorno mental.

El instrumento nuevo que proponemos usar para indagar los síntomas psicopatológicos, generando una ventaja en el tiempo de aplicación es de es el Listado de Síntomas Breves LSB-50, que usaremos en adelante.

2.2.2 Síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios

En la actualidad al hablar del síntoma psicopatológico o del trastorno psicopatológico en sí, primero debemos entender que se considera a la ausencia de salud mental, está concebida según la Organización Mundial de la Salud (OMS,

2004) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Las hoy llamadas enfermedades del siglo, están variando y presentándose en etapas más tempranas, como en la adolescencia tardía que comprende entre los 16 y 21 años o en la juventud. Cabe señalar que cada individuo al cursar estas etapas correspondientes a su desarrollo, debe confrontar de manera adecuada o inadecuada cada obstáculo o desafío, un claro ejemplo es la transición a la universidad, porque puede resultar problemática y generar que se sientan a gusto o comiencen a surgir los obstáculos; surgiendo el estrés, como uno de los principales factores que en la actualidad es sólo el inicio de los problemas que devendrán en la persona (Boullosa, 2013).

Reforzando lo anterior Fisher (citado en Boullosa, 2013) considera que el ingreso a la universidad, constituye el exponerse a diversas situaciones estresantes, por lo que pueden experimentar falta de control sobre el nuevo ambiente y verse obligado a realizar un cambio para adaptarse al mismo.

Seguidamente debe surgir un proceso de adaptación al nuevo estilo de vida en su etapa universitaria por lo que Chau y Saravia (citado en Chau y Vilela 2017) señalaron que la acomodación en este período, se relaciona de manera específica y directa con la salud percibida, especialmente en el área personal.

A su vez existe el lado negativo, en que el estudiante universitario al enfrentarse a una nueva realidad, en muchos casos puede sentirse abrumado y no se logra acomodar porque la situación supera sus posibilidades de adaptación Riveros, Hernández y Rivera (citado en Carranza, 2012). Confirmando que los problemas a nivel emocional-afectivo dependen de un mayor nivel de situaciones estresantes en jóvenes estudiantes Cliniciu (citado por Chau y Vilela, 2017).

Por lo tanto, la etapa universitaria no siempre es tan buena como nos refieren, ya que existen diversos factores que condicionan la salud del individuo, como; el estrés por los exámenes, la falta de dinero, los cambios de residencia, las dificultades para mantener una red social, las practicas curriculares extraescolares, los cambios en los horarios del sueño y muchas más llegan a ser el cóctel con todos los ingredientes necesarios para ocasionar un elevado porcentaje de síntomas de ansiedad y depresión entre los estudiantes. Generando la presencia de trastornos, que son una consecuencia o un llamado síndrome “reactivo”; es decir; cuando un acontecimiento estresante se encuentra estrechamente ligado a un episodio depresivo Forselledo (2009).

De manera general Universia (2008) nos señala que cerca del 40% de los universitarios padecen trastornos psicológicos o están más expuestos a sintomatologías psicopatológicas, siendo las más comunes angustia, ansiedad y depresión.

Por ello, primero debemos comprender mejor el surgimiento de problemas de salud mental en jóvenes Florenzano (2005, citado en Micin y Bagladi, 2011), reforzando y reconociendo que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, asignando tareas, requerimientos y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, generando la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios.

No se puede desestimar que parte de nuestra realidad, es que el nuevo tipo de estudiante ya no pertenece sólo a los segmentos de mejor rendimiento académico de la educación media, no proviene de sistemas educativos aventajados, y pertenece a grupos sociales más vulnerables, condición que estaría asociada a un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental para adultos y adolescentes latinoamericanos, según extensa revisión de trabajos publicados desde 1982 al 2006 (Ortiz, López y Borges, 2007, citado en Micin y Bagladi, 2011).

“La elevada frecuencia de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios está relacionada con factores sociales, familiares y por el estrés académico” (Balanza, Morales, Guerrero y Muñoz, 2009).

Según Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003) existen variables individuales que se relacionan con la depresión en los estudiantes universitarios, tales como los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio.

“Un 55% de estudiantes tienen síntomas de ansiedad y un 63% de depresión, los estudiantes de ciencias de la salud y de jurídicas tienen más riesgo” (Matey, 2010).

En un estudio realizado por Campo y Gutiérrez (2001), señalaron que la enfermedad depresiva tiene prevalencia mundial del 20 al 70%, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres con una proporción de 2 a 1, en las personas de mayor edad, en sujetos con bajos recursos económicos, en individuos con pobre apoyo familiar, carentes de un confidente o de una relación afectiva estable (p. 352).

Finalmente, como se ha venido mencionando según la información recopilada, en el Perú no existen muchos estudios de alcance nacional que investiguen sobre el estado de la salud mental de la población o evalúen directamente sobre la presencia de síntomas psicopatológicos, ya que hasta el momento sólo se han mostrado estudios de variables independientes; estrés, los trastornos de ansiedad y depresión. Debido a ello, la Defensoría del Pueblo (2008) hizo un llamado en la cual, busca propiciar exploraciones para contar con mayor información que permita perseguir a la evolución de la epidemiología de los problemas de salud mental en los ámbitos nacional y regional.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

Existen diferencias en los síntomas psicopatológicos de los alumnos de primer año de una universidad privada y una nacional.

2.3.2 Hipótesis específica

H1: Existen diferencias en los síntomas psicopatológicos de los alumnos de primer año de una universidad privada y una nacional, según sexo.

H2: Existen diferencias en los síntomas psicopatológicos de los alumnos de primer año de una universidad privada y una nacional, según tipo de familia.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Operacionalización de variables

Variable: Síntomas psicopatológicos

Escala: Listado de Síntomas Breves (LSB-50)

Dimensiones:

Escala de validez: permiten detectar posibles sesgos de respuesta que puedan estar afectando a los resultados de la prueba.

- **Minimización (Min):** indica si el evaluado puede estar minimizando a la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece. Puede reflejar un intento consciente o inconsciente de dar una imagen favorable de sí mismo.
- **Magnificación (Mg):** indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad de síntomas relativamente poco frecuentes.

Índices generales: permiten tener una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado

- **Índice global de severidad (Global):** indica el grado de afectación global psicopatológica del evaluado. Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático. Es el marcador numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del paciente, ya que combina el número de síntomas con su intensidad.
- **Número de síntomas presentes (Num):** indica el número de síntomas que presenta el evaluado (Independientemente de su intensidad), siendo una medida de la extensión de las manifestaciones psicopatológicas.
- **Índice de la intensidad de síntomas presentes (INT):** es un índice de la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Es una medida más pura de la intensidad de sufrimiento ya que nos indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado, no del conjunto de síntomas evaluados.

Escalas clínicas: informan del perfil psicopatológico del evaluado, esto es, la forma particular de expresión de la psicopatología

- **Psicorreactividad (Pr):** evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.
- **Hipersensibilidad (Hp):** explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir la excesiva focalización bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.
- **Obsesión – Compulsión (Ob):** evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente, así como la existencia de rituales o compulsiones.
- **Ansiedad (An):** explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a un temor o miedo irracional.
- **Hostilidad (HS):** evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento.
- **Somatización (Sm):** explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Es útil para el screening de los trastornos somatomorfo y de la ansiedad somática.
- **Depresión (De):** evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la energía, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa.
- **Alteraciones del Sueño (Su):** explora la presencia específica de alteraciones del sueño que son relevantes desde el punto de vista de la salud del bienestar.
- **Alteraciones del sueño – ampliado (Su-a):** evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas ansiedad y depresión que clínicamente están asociadas a problemas del sueño. El contraste de las puntuaciones de alteraciones del sueño y alteraciones del sueño ampliado permiten una aproximación a la distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias o inherentes a estados ansiosos – depresivos.

Índice de riesgo psicopatológico

- **Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi):** evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica formando un conglomerado de desvalorización, miedo, somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio. En su conjunto resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población afectada con psicopatología.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación es de tipo no experimental, porque según Kerlinger (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2014) no se van a manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) el enfoque de la presente investigación es cuantitativo, porque: “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4).

El alcance del estudio, es de tipo descriptivo comparativo, ya que se busca explicar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis Danhke (citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014). A su vez, buscó comparar la prevalencia de los síntomas psicopatológicos según una universidad pública y otra privada.

3.3 Población

La población será constituida por los estudiantes universitarios pertenecientes a una universidad de nivel público y otra de nivel privado de Lima Metropolitana, entre hombres y mujeres.

3.4 Muestra

La muestra fue seleccionada a través de un procedimiento no probabilístico, de muestreo accidental o consecutivo (Otzen y Manterola, 2017) en la cual los sujetos de estudio se eligen de manera casual, ya que el investigador elige un lugar y da inicio a reclutar sujetos que accidentalmente se encuentren a su disposición para formar parte de su muestra, siendo finalmente un total de 195 estudiantes

provenientes de una universidad privada, con un error estadístico de 2.56, y 166 estudiantes de una universidad nacional con un error estadístico de 2.42, siendo ambos errores estadísticos permisibles.

Criterios de inclusión

- Universitarios de ambos sexos (hombres y mujeres).
- Universitarios que cursan el primer año de la facultad de Psicología.

Criterios de exclusión

- Universitario con antecedentes psicológico y/o psiquiátrico.
- Universitarios que no son de primer año de la facultad de Psicología.
- Alumnos que reservaron matrícula.

Tabla 1

Distribución de porcentajes de estudiantes universitarios según su sexo

Universidad	n		Hombre		Mujer	
	f	%	f	%	f	%
Privada	195	54.0	69	54.8	126	53.6
Nacional	166	46.0	57	45.2	109	46.4
Total	361	100.0	126	100.0	235	100.0

En la tabla 1. Se muestra la distribución de los 361 estudiantes universitarios. Del total de la muestra se observó, de una universidad privada participaron 126 (53.6%) mujeres y 69 (54.8%) hombres, mientras que de una universidad nacional fueron 109 (46.4%) mujeres y el 57 (45.2%) hombres. No obstante, en ambas muestras el mayor porcentaje se concentró en mujeres.

3.5 Técnicas e instrumentos

Tomando en consideración el tipo y diseño de investigación, la variable de estudio es la siguiente:

Síntomas psicopatológicos

Listado de Síntomas Breves (LSB-50) creado por Rivera y Abudin (2012), desarrollado a partir de la experiencia de los autores con otros cuestionarios de medida de síntomas psicopatológicos. El objetivo es identificar y valorar

aquellos síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. Contiene 50 ítems cuya respuesta al ítem se da con una escala valorativa politómica (0= nada, 1= poco, 2= moderadamente, 3= bastante, 4= mucho), está distribuido en escalas de validez (minimización y magnificación), índices generales (índice global de severidad, número de síntomas presentes e índice de intensidad de síntomas presentes), escalas clínicas (psicorreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, depresión, alteraciones del sueño y alteraciones del sueño ampliado), y el índice de riesgo psicopatológico.

3.6 Procedimientos de análisis de datos

En una primera fase; se realizó una revisión lingüística del test, originario de España, para evaluar la pertinencia lingüística, no generándose modificación al ser comprensible en nuestra realidad.

En una segunda fase; se procedió a evaluar a todas las aulas de primer año de la facultad de psicología de una universidad nacional y de una universidad privada. El procedimiento para la aplicación de pruebas fue el siguiente. Se solicitó permiso al profesor que se encontraba en el aula correspondiente, el evaluador se presentaba a los estudiantes, les explicaba el motivo de la investigación y les solicitaba su colaboración por los motivos referidos en la justificación de este trabajo, procediendo primero a solicitar el llenado del consentimiento informado para luego explicar la prueba psicológica y estar atentos a todas las dudas o interrogantes. El proceso de evaluación demora 4 semanas, y se evaluaron los salones de acuerdo a la disponibilidad de cada uno.

En una tercera fase; se realizó el llenado de datos en la unidad correspondiente y se dio inicio al análisis psicométrico referida a la validez y confiabilidad de la prueba aplicada.

Finalmente; se procedió al análisis estadístico inferencial correspondiente en el programa estadístico SPSS 23, utilizando un nivel de significancia de 0.05, según los objetivos del estudio.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

En la tabla 2, se muestran los resultados de confiabilidad del Listado de Síntomas Breves (LSB-50) hallados mediante el análisis de consistencia interna, obteniendo un Alpha de Cronbach total de $\alpha=.953$, lo que indica una alta fiabilidad, es decir la prueba apunta a medir el constructo.

Tabla 2 Prueba de Confiabilidad por Consistencia Interna del Listado de Síntomas Breves

Alfa de Cronbach basada en elementos		
Alfa de Cronbach	estandarizados	N de elementos
,952	,953	50

En la tabla 2, se observa una evaluación previa a la extracción de componentes principales mediante la prueba de KMO y Sig. de Bartlett; los resultados arrojan un puntaje promedio de .922, señalando que los ítems son homogéneos y tienen una correlación significativa de los componentes, además de una relación muy significativa (.000) respectivamente. Lo que posibilita la agrupación de los componentes y significa que es una técnica útil.

Tabla 3 Análisis de validez del Listado de Síntomas Breves (LSB-50)

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,922
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8781,028
	gl	1225
	Sig.	,000

En la tabla 4, al realizar el análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales, se reveló 7 factores que son similares a los que propone la prueba dentro de su marco referencial de validez. Los cuales explican el 52.102 % de varianza acumulada. El factor 1 explica el 12.200 % de la

varianza, el factor 2 explica el 10.716 %, el factor 3 explica en 7.732%, el factor 4 explica en 6.535 %y los factores 5, 6 y 7 fluctúan entre 5.711 %, 4.643 % y 4.574 % respectivamente.

Tabla 4 Análisis factorial con método de máxima verosimilitud

Componen te	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianz a	% acumulad o	Total	% de varianza	% acumulado
1	15,64	31,28	31,28	6,10	12,20	12,20
2	2,38	4,77	36,04	5,36	10,72	22,92
3	1,85	3,71	39,75	3,87	7,73	30,65
4	1,79	3,58	43,33	3,27	6,54	37,18
5	1,60	3,19	46,53	2,86	5,71	42,89
6	1,48	2,95	49,48	2,32	4,63	47,53
7	1,31	2,62	52,10	2,29	4,57	52,10

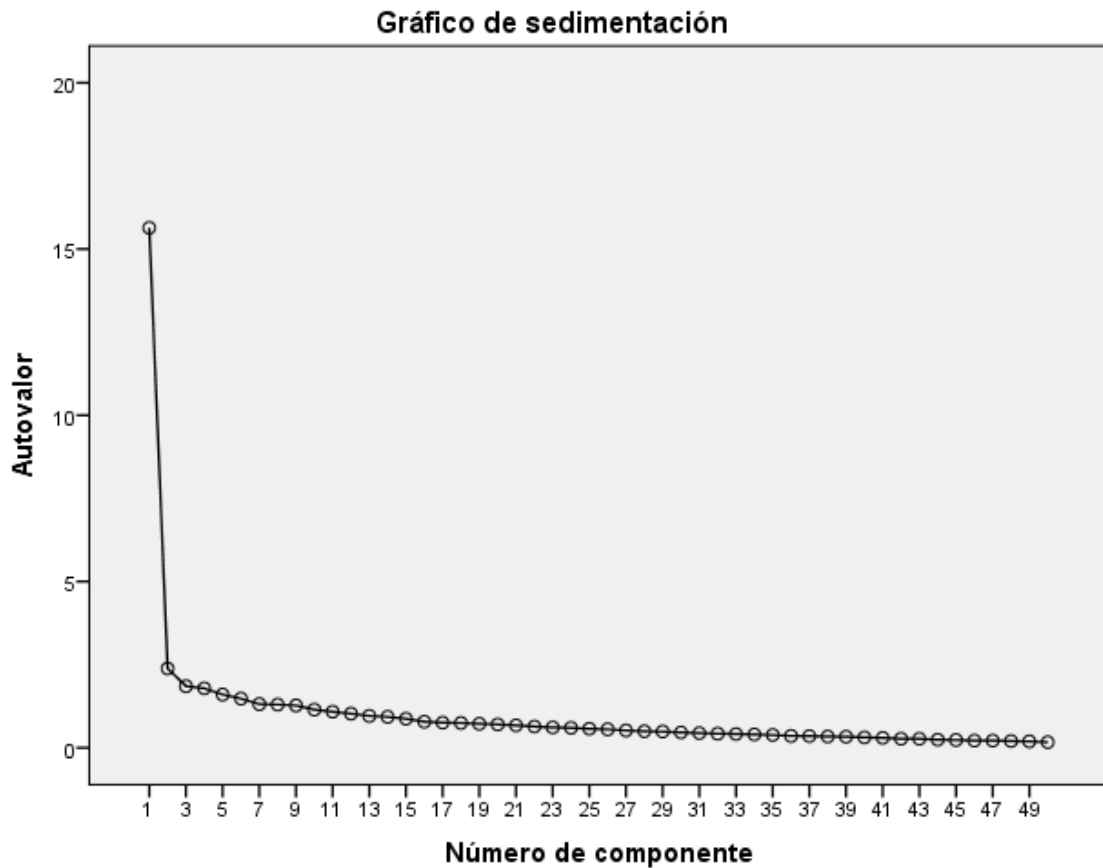


Figura 1 Dispersión de los elementos. Observando la figura 1 de izquierda a derecha, se observa 7 factores siendo el resto factores residuales

En la tabla 5, se muestran los puntajes de significancia obtenidos según la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las escalas clínicas del Listado de Síntomas Breves (LSB-50), indicando que todas son menores que (sig.<.05) por lo tanto estas no se ajustan a la normalidad y se procede a realizar el análisis mediante las pruebas no paramétricas, U de Mann Whitney.

Tabla 5 Prueba de normalidad de las escalas clínicas del Listado de Síntomas Breves

Escalas clínicas	Universidad	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Psicoreactividad	Privada	,074	195	,012
	Nacional	,091	166	,002
Hipersensibilidad	Privada	,098	195	,000
	Nacional	,155	166	,000
Obsesion-compulsion	Privada	,084	195	,002
	Nacional	,114	166	,000
Ansiedad	Privada	,093	195	,000
	Nacional	,142	166	,000
Hostilidad	Privada	,105	195	,000
	Nacional	,156	166	,000
Somatización	Privada	,102	195	,000
	Nacional	,109	166	,000

Depresión	Privada	,088	195	,001
	Nacional	,126	166	,000
Alteración del sueño	Privada	,130	195	,000
	Nacional	,170	166	,000
Sueño ampliado	Privada	,107	195	,000
	Nacional	,153	166	,000
Índice de riesgo psicopatológico	Privada	,108	195	,000
	Nacional	,151	166	,000

En la tabla 6, según los resultados de comparación obtenidos a través de la prueba U de Mann Whitney, se observa que existen diferencias significativas en todas las escalas clínicas de acuerdo con la universidad de procedencia de los estudiantes. De acuerdo con los rangos promedios obtenidos se observa que son los estudiantes de universidades privadas los que presentan mayor tendencia a presentar niveles elevados en la sintomatología de las escalas clínicas en comparación con los estudiantes de universidades nacionales.

Tabla 6 Síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad nacional y privada

Escala clínica	Universidad	n	Rango promedio	Suma de rangos	U	p
Psicorreactividad	Privada	195	199.94	38988.50	12491.500	.000
	Nacional	166	158.75	26352.50		
Hipersensibilidad	Privada	195	204.06	39791.00	11689.000	.000
	Nacional	166	153.92	25550.00		
Obsesión compulsión	Privada	195	194.38	37905.00	13575.000	.008
	Nacional	166	165.28	27436.00		
Ansiedad	Privada	195	209.86	40923.50	10556.500	.000
	Nacional	166	147.09	24417.50		
Hostilidad	Privada	195	201.54	39300.00	12180.000	.000
	Nacional	166	156.87	26041.00		
Somatización	Privada	195	204.18	39815.00	11665.000	.000
	Nacional	166	153.77	25526.00		
Depresión	Privada	195	206.73	40311.50	11168.500	.000

	Nacional	166	150.78	25029.50		
Alteración del sueño	Privada	195	202.64	39515.00	11965.000	.000
	Nacional	166	155.58	25826.00		
Sueño ampliado	Privada	195	211.18	41180.00	10300.000	.000
	Nacional	166	145.55	24161.00		

Tal como se muestra en la tabla 7, el síntoma psicopatológico con mayor porcentaje a un nivel promedio en los estudiantes de universidades privadas es la escala Sueño ampliado la cual se presenta en un 68.7% de dicho grupo; así mismo, la escala clínica de mayor afectación es la Hipersensibilidad, la cual se presenta en un 23.6%, mientras que la escala Alteración de sueño se encuentra presente a un nivel bajo en un 26.7% de los estudiantes de universidades privadas, siendo la de menor afectación para este grupo. Por otro lado, en los estudiantes de universidades nacionales, el 77.7% presenta un nivel medio en la escala clínica Depresión, la cual predomina en dicho grupo. Así mismo, la escala clínica que predomina con mayor afectación es la Hostilidad, la cual se presenta en un 12.7% a un nivel alto. Finalmente, la escala clínica que predomina con menor afectación es la Alteración de sueño, la cual se presenta en un 26.7% con un nivel bajo.

Tabla 7 Niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad nacional y privada

Universidad	Nivel	PR	HP	OB	AN	HO	SM	DE	SU	SUA
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Privada	Bajo	15.4	13.3	21.5	9.7	14.9	13.3	9.7	26.7	17.9
	Medio	62.6	63.1	60.0	67.7	62.6	66.7	66.2	55.9	68.7
	Alto	22.1	23.6	18.5	22.6	22.6	20.0	24.1	17.4	13.3
Nacional	Bajo	17.5	23.5	22.3	18.7	25.9	24.7	14.5	41.6	34.3
	Medio	72.3	65.7	66.9	73.5	61.4	68.7	77.7	51.8	59.0
	Alto	10.2	10.8	10.8	7.8	12.7	6.6	7.8	6.6	6.6

PR: Psicorreactividad; HP: Hipersensibilidad; OB: Obsesivo compulsivo; AN: Ansiedad; HO: Hostilidad; SM: Somatización; DE: Dependencia; SU: Alteración del sueño; SUA: Alteración del sueño ampliado

Tal como se muestra en la tabla 8, los síntomas psicopatológicos que predominan para una universidad privada; en hombres a un nivel alto en Hipersensibilidad (29%), nivel promedio de Obsesivo-Compulsivo (66.7%) a diferencia que en mujer con Dependencia en nivel alto de 23%, un nivel promedio de ansiedad y sueño ampliado (72%). Mientras que en una universidad nacional; en hombre presentó un nivel alto de Hostilidad (14%) y un nivel promedio de dependencia (75.4%) y en mujeres un nivel alto en Obsesivo-Compulsivo y Hostilidad (11.9%) y un nivel promedio en dependencia (78.9%).

Tabla 8 Niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad pública y particular, según sexo

Universidad	Sexo	Nivel	PR	HP	OB	AN	HO	SM	DE	SU	SUA
			%	%	%	%	%	%	%	%	%
Privada	hombre	Bajo	18.8	10.1	20.3	10.1	10.1	15.9	11.6	24.6	20.3
		Medio	56.5	60.9	66.7	59.4	63.8	63.8	63.8	52.2	62.3
		Alto	24.6	29.0	13.0	30.4	26.1	20.3	24.6	23.2	17.4
	mujer	Bajo	13.5	15.1	22.2	9.5	17.5	11.9	8.7	27.8	16.7
		Medio	65.9	64.3	56.3	72.2	61.9	68.3	67.5	57.9	72.2
		Alto	20.6	20.6	21.4	18.3	20.6	19.8	23.8	14.3	11.1
Nacional	hombre	Bajo	19.3	28.1	21.1	19.3	26.3	24.6	17.5	36.8	28.1
		Medio	70.2	61.4	70.2	73.7	59.6	70.2	75.4	57.9	66.7
		Alto	10.5	10.5	8.8	7.0	14.0	5.3	7.0	5.3	5.3
	mujer	Bajo	16.5	21.1	22.9	18.3	25.7	24.8	12.8	44.0	37.6
		Medio	73.4	67.9	65.1	73.4	62.4	67.9	78.9	48.6	55.0
		Alto	10.1	11.0	11.9	8.3	11.9	7.3	8.3	7.3	7.3

PR: Psicorreactividad; HP: Hipersensibilidad; OB: Obsesivo compulsivo; AN: Ansiedad; HO: Hostilidad; SM: Somatización; DE: Dependencia; SU: Alteración del sueño; SUA: Alteración del sueño ampliado

En la tabla 9, se muestran los porcentajes de síntomas psicopatológicos que predominan en una universidad privada según tipo de familia; obteniendo un nivel alto de dependencia con 50% en estudiantes de familia ensamblada, mientras que el mayor porcentaje se halló a un nivel medio de 80% en Dependencia y Sueño Ampliado en estudiantes pertenecientes a una familia monoparental, referido a una universidad nacional se obtuvo que; en su mayoría los pertenecientes a una familia ensamblada presentaban un nivel medio al 100% en Hipersensibilidad, Ansiedad,

Hostilidad, Somatización y Dependencia. Cabe resaltar que en una universidad privada los porcentajes a un nivel alto sobrepasaron el 30%, a diferencia de una universidad nacional que no logro ello y hasta obtuvo 0%.

Tabla 9 Niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes de primer año de una universidad pública y particular, según tipo de familia

Universidad	Familia		PR	HP	OB	AN	HS	SM	DE	SU	SUA
Privada	Nuclear	Bajo	% 15.9	18.8	20.3	8.7	18.8	18.8	11.6	33.3	26.09
		Medio	% 59.4	56.5	55.1	71	62.3	66.7	69.6	52.2	62.32
		Alto	% 24.6	24.6	24.6	20.3	18.8	14.5	18.8	14.5	11.59
	Extensa	Bajo	% 15.9	8.7	21.7	10.1	11.6	8.7	10.1	23.2	13.04
		Medio	% 62.3	63.8	68.1	59.4	57.9	68.1	59.4	52.2	69.57
		Alto	% 21.7	27.5	10.1	30.4	30.4	23.2	30.4	24.6	17.39
	Monoparental	Bajo	% 11.1	11.1	22.2	6.7	15.6	11.1	4.4	20	8.89
		Medio	% 66.7	68.9	53.3	75.6	66.7	68.9	80	64.4	80
		Alto	% 22.2	20	24.4	17.8	17.8	20	15.6	15.6	11.11
	Ensamblada	Bajo	% 25	16.7	25	25	8.3	16.7	16.7	33.3	33.33
		Medio	% 66.7	75	66.7	66.7	75	50	33.3	66.7	58.33
		Alto	% 8.3	8.3	8.3	8.3	16.7	33.3	50	0	8.33
Nacional	Nuclear	Bajo	% 18.4	24.8	24	20.8	28.8	26.4	16	43.2	33.6
		Medio	% 72	64	66.4	70.4	59.2	67.2	77.6	50.4	62.4
		Alto	% 9.6	11.2	9.6	8.8	12	6.4	6.4	6.4	4
	Extensa	Bajo	% 17.4	21.7	17.4	13	21.7	26.1	8.7	43.5	34.78
		Medio	% 65.2	65.2	60.9	78.3	60.9	65.2	73.9	43.5	43.48
		Alto	% 17.4	13	21.7	8.7	17.4	8.7	17.4	13	21.74
	Monoparental	Bajo	% 8.3	25	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7	33.3	50
		Medio	% 83.3	66.7	75	83.3	66.7	75	75	66.7	50
		Alto	% 8.3	8.3	8.3	0	16.7	8.3	8.3	0	0
	Ensamblada	Bajo	% 16.7	0	16.7	0	0	0	0	16.7	16.67
		Medio	% 83.3	100	83.3	100	100	100	100	83.3	66.67
		Alto	% 0	0	0	0	0	0	0	0	16.67

PR: Psicorreactividad; HP: Hipersensibilidad; OB: Obsesivo compulsivo; AN: Ansiedad; HO: Hostilidad; SM: Somatización; DE: Dependencia; SU: Alteración del sueño; SUA: Alteración del sueño ampliado

Como se observa en la tabla 10, los niveles de índice de riesgo psicopatológico que predominan en una universidad privada según sexo; a un nivel moderado en mujeres una frecuencia de 78 (61.9) y hombres 43 (62.4%), mientras que en una universidad nacional la mayor frecuencia se obtuvo a un nivel de riesgo moderado en mujeres 71 (65.1) y en hombres 39 (68.4%). Finalmente, tanto en

universidad nacional como privada el nivel moderado de riesgo predominó en mujeres, con porcentajes cercanos.

Tabla 10 Niveles de índice de riesgo psicopatológico en estudiantes de primer año de una universidad nacional y privada, según sexo

Universidad	Sexo	nada		poco		moderado		bastante		mucho	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Privada	Hombre	0	0	9	13.0	43	62.4	17	24.6	0	0
	Mujer	0	0	18	14.3	78	61.9	30	23.8	0	0
Nacional	Hombre	0	0	13	22.8	39	68.4	5	8.8	0	0
	Mujer	0	0	28	25.7	71	65.1	10	9.2	0	0

En la tabla 11, se muestran los niveles de índice riesgo psicopatológico según tipos de familia en una universidad privada; se obtuvo mayor frecuencia de riesgo a un 42 (60.9%) en la familia nuclear a un nivel moderado, mientras que en una universidad nacional el total de estudiantes pertenecientes a una familia ensamblada 6 (100%) presentó un riesgo psicopatológico moderado, a su vez que la familia nuclear obtuvo una frecuencia de 80 (64%) de riesgo moderado.

Tabla 11 Niveles índice de riesgo psicopatológico en estudiantes de primer año de una universidad privada y nacional, según tipo de familia

Universidad	Tipo de familia	nada		poco		moderado		bastante		mucho	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Privada	Nuclear	0	0	13	18.8	42	60.9	14	20.3	0	0
	Extensa	0	0	7	10.1	40	57.9	22	31.9	0	0
	Monoparental	0	0	4	8.9	32	71.1	9	20	0	0
	Ensamblada	0	0	3	25	7	58.3	2	16.7	0	0
Nacional	Nuclear	0	0	33	26.4	80	64	12	9.60	0	0
	Extensa	0	0	5	21.7	15	65.2	3	13.0	0	0
	Monoparental	0	0	3	25	9	75	0	0	0	0
	Ensamblada	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0

DISCUSIÓN

La presente investigación en primera instancia realizó los ajustes necesarios de la prueba Listado de Síntomas Breves (LSB-50), mediante el respectivo análisis psicométrico referido a su validez y confiabilidad, obteniendo en los resultados de confiabilidad mediante el análisis de consistencia interna, un Alpha de Cronbach total de $\alpha=.953$, lo que indicaría una alta fiabilidad, es decir la prueba apunta a medir el constructo.

Respecto a la validez de la escala mediante la prueba de KMO y Sig. de Bartlett; los resultados arrojaron un puntaje promedio de .922, señalando que los ítems son homogéneos y tienen una correlación significativa de los componentes, además de una relación muy significativa (.000) respectivamente. Lo que posibilita la agrupación de los componentes y significa que es una técnica útil. Al realizar el análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales, se reveló los 7 factores siendo estos similares a los que propone la prueba dentro de su marco referencial de validez. Explicando el 52. 102 % de varianza acumulada.

A su vez, el presente estudio tuvo como objetivo general describir los síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana, observando que existen diferencias significativas en todas las escalas clínicas de acuerdo con la universidad de procedencia de los estudiantes, entendiendo que son los estudiantes de universidades privadas los que presentan mayor tendencia a presentar niveles elevados en la sintomatología de las escalas clínicas en comparación con los estudiantes de universidades nacionales, confirmando la hipótesis general del estudio. Este resultado guarda relación con el estudio de Sánchez, Chichón, León y Alipazga (2016) quienes, en un estudio realizado en estudiantes de universidades públicas y privadas, hallaron mayores frecuencias de trastornos mentales en el grupo de estudiantes provenientes de universidades privadas.

De lo anterior, se sustenta según los índices de estrés a los que se puede ver expuesto un estudiante ya que como refiere Gali (2005) la presencia de los síntomas psicopatológicos se debe a diversos orígenes, siendo uno de los factores más influyentes el estrés que pueda estar pasando el individuo. Puesto que, hoy en

día el estudiante se ve expuesto a situaciones negativas por la adaptación a este nuevo contexto y si esto es percibido como un problema negativo, incrementa sus niveles de estrés, ya que a su vez, traerá consigo diversos factores propios de la vida universitaria como; exámenes, horarios, entre otro, a los cuales se suman los factores personales como la falta de dinero, distancia entre hogar y centro de estudio y demás, generando no solo un incremento del estrés sino llegando a condicionar la salud mental del individuo (Riveros y Cols, 2007; Forselledo, 2009).

A su vez, al ampliar la presencia de los síntomas psicopatológicos en estudiantes de una universidad nacional y una privada, se obtuvo que en una universidad privada la escala clínica con mayor porcentaje a un nivel alto fue la Hipersensibilidad (23.6%) mientras que a nivel promedio fue la escala Sueño (68.7%). Por otro lado, en los estudiantes de una universidad nacional, el 77.7% presenta un nivel medio en la escala de Depresión y la escala que predomina con mayor afectación es la Hostilidad en un 12.7% a un nivel alto. Estos resultados concuerdan con el estudio de Micín y Bagladi (2011) quienes en una muestra de estudiantes universitarios de México identificaron un alto porcentaje en alteraciones clínicas ligadas a la ansiedad y depresión.

De acuerdo con Balanza, et al. (2009) la depresión y ansiedad que puedan manifestar los estudiantes universitarios se vincula a diversos factores sociales, familiares, así como al estrés producido por la vida académica. Respecto a las alteraciones del sueño, en un estudio de Sierra, Navarro y Domingo (2002) lograron identificar que las alteraciones tienden a relacionarse con el consumo de cafeína, alcohol y tabaco, el cual, sumado a la demanda académica, incrementa los niveles de estrés y ansiedad en los estudiantes.

Los objetivos específicos determinaron lo siguiente; el primero al analizar los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana, según sexo, obteniendo que en una universidad privada; los hombres presentan un nivel alto en Hipersensibilidad (29%), nivel promedio de Obsesivo-Compulsivo (66.7%) a diferencia que en mujer con Dependencia en nivel alto de 23%, un nivel promedio de ansiedad y sueño ampliado (72%). Mientras que en una universidad nacional; en hombres presentó un nivel alto de Hostilidad (14%) y un nivel promedio de

dependencia (75.4%) y en mujeres un nivel alto en Obsesivo-Compulsivo y Hostilidad (11.9%) y un nivel promedio en dependencia (78.9%). Por lo consiguiente, la presencia de diversas sintomatologías si es diferencial al tipo de universidad y al sexo, siendo resaltante que en una universidad nacional tanto en hombres como en mujeres tienen índices de hostilidad, llamando la atención en la apertura de diversas investigaciones y así sustentar su prevalencia.

El segundo objetivo específico buscó analizar los niveles de síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana, según tipo de familia, mostrando que en una universidad privada el tipo de familia ensamblada presenta un nivel alto de dependencia con 50%, y el tipo de familia monoparental obtuvo a un nivel medio de 80% en Dependencia y Sueño Ampliado, mientras que en una universidad nacional se obtuvo que; en su mayoría los pertenecientes a una familia ensamblada presentaban un nivel medio al 100% en Hipersensibilidad, Ansiedad, Hostilidad, Somatización y Dependencia. Aún no se han hallado estudio que sustenten la presencia sintomatológica según tipo de familia, sin embargo, el pertenecer a una familia ensamblada tanto para universidad particular como nacional presenta mayor riesgo en generar síntoma clínico de dependencia.

Finalmente, al determinar los niveles en el índice de riesgo psicopatológico según sexo, se obtuvo que en estudiantes de primer año de una universidad privada y una nacional el mayor riesgo a un nivel moderado es en mujeres con una frecuencia de 78 (61.9) y 71 (65.1), respectivamente. Mientras que en hombres la frecuencia fue de 43 (62.4%) y 39 (68.4%), respectivamente. A su vez, según los tipos de familia en una universidad privada; se obtuvo mayor frecuencia de riesgo a un nivel moderado con un 42 (60.9%) en la familia nuclear, mientras que en una universidad nacional la familia nuclear y ensamblada obtuvo un riesgo moderado con una frecuencia de 80 (64%) y 6 (100%), respectivamente.

Por tanto, el índice de riesgo psicopatológico de los estudiantes de primer año es diferente según el tipo de universidad y sexo, en donde se aprecia que son los estudiantes de universidades particulares son los que muestran una tendencia a presentar niveles más elevados en comparación con los estudiantes de

universidades nacionales y en las mujeres hay mayor riesgo de presencia de síntomas en comparación con los hombres. Cabe recalcar que para ambos grupos el tipo de familia nuclear presenta un riesgo moderado del índice de síntomas psicopatológicos. Entendiendo que según Rivera y Abuin (2012) el índice de riesgo psicopatológico corresponde a la desvalorización, miedo y hostilidad en las que podría incluirse pensamientos direccionados a la autolesión.

Pérez (2016) los nuevos universitarios son expuestos a una nueva forma de vida, en la que los estados de confort tanto personal como social adquiridos en la etapa escolar son desarticulados ante la necesidad de adaptación a la vida universitaria que presentan los estudiantes, por lo que el contar con determinados factores protectores, facilitará el proceso de adaptación al cual se encuentran expuestos los individuos; no obstante; la carencia de dichos factores genera el incremento de situaciones de riesgo en las que los niveles de estrés podrían incrementados significativamente, activando el desencadenamiento de rasgos compatibles a diversos trastornos de la personalidad ya estructurados en los universitarios. Por ende, la estructura familiar presenta un papel de vital importancia durante esta etapa, puesto que, al existir una mayor prevalencia de problemas familiares, estos se convierten en una carga negativa para los estudiantes, afectando a su vez el estado mental para un adecuado desempeño académico.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El Listado de Síntomas Breves, elegido como medio de recopilación de datos, es válido y confiable, demostrando su consistencia en la medición de la variable obteniendo puntuaciones similares a las que nos señala el manual original.

SEGUNDA. Existen diferencias en los trastornos psicopatológicos entre estudiantes de primer año de universidades nacionales y particulares, siendo estos últimos los que presentan mayor tendencia a mostrar niveles más elevados.

TERCERA. Las escalas clínicas que predominan a nivel medio son para una universidad privada, Sueño, mientras que en una universidad nacional es la Depresión.

CUARTA. En una universidad privada la escala que mayor predominio presenta a un nivel medio en los hombres es Obsesión-Compulsión y en mujeres Ansiedad y Sueño Ampliado, mientras que en una universidad nacional tanto en hombres como mujeres presentaron Dependencia a un nivel medio.

QUINTA. La prevalencia de los síntomas clínicos según tipo de familia, en una universidad privada la mayor prevalencia fue a un nivel medio en familia monoparental; Dependencia y Sueño Ampliado, mientras que en una universidad nacional de igual manera a un nivel medio la mayor prevalencia fue en Hipersensibilidad, Ansiedad, Hostilidad, Somatización y Dependencia.

SEXTA. Los niveles en el índice de riesgo psicopatológico según sexo en estudiantes de una universidad privada y una nacional, las mujeres obtuvieron un nivel moderado a diferencia de los hombres. A su vez, según los tipos de familia en una universidad privada existe riesgo moderado en la familia nuclear, mientras que en una universidad nacional tanto para la familia nuclear y ensamblada existe un riesgo moderado.

RECOMENDACIONES

- Siendo la principal labor de un Psicólogo el velar por la salud mental de la población, se sugiere que las universidades públicas y privadas implementen un nuevo sistema de postulación donde todos los que deseen estudiar la carrera de Psicología puedan ser evaluados, cumplir un perfil y así determinar si es necesario que antes se sometan a algún tipo de terapia.
- Dentro de la malla curricular deben incluir programas de promoción, prevención e intervención de problemas en salud mental a todos sus estudiantes, con el fin de evitar que aquellos síntomas presentes o residuales generen consecuencias destructivas en la población universitaria.
- A su vez, de forma obligatoria se debe generar alternativas de talleres didácticos por ciclo de estudios, como; teatro, clown, arte u otros que ayuden a canalizar el estrés, ya que, hoy en día la mayoría de estudiantes a la par se encuentra laborando y tiene mayores responsabilidades con su familia, incluso algunos ya son padres de familia.
- Implementar un Departamento Psicopedagógico, que realice evaluaciones y el seguimiento respectivo según ciclos o de forma anual, si se focalizará alguna dificultad, brindar el soporte necesario para estabilizar al estudiante o en caso requiera terapia realizar la derivación respectiva de forma obligatoria.
- Continuar generando investigaciones que extiendan el constructo que utilizamos y así seguir forjando conocimientos acerca de los síntomas psicopatológicos desarrollados y su prevalencia en contextos universitarios.
- Ampliar el estudio relacionando con otras variables sean sociodemográficas u otros constructos (funcionalidad familiar, resiliencia, violencia familiar, etc.) que nos ayuden a conocer más del tema y los riesgos al que pueden estar expuestos los profesionales de la salud mental si no son abordados a tiempo.

REFERENCIAS

- Abuín, M. y De Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el listado de síntomas breve (LSB-50). *Clínica y salud*, 25 (2), 131-141. Recuperado de file:///C:/Users/lito/Downloads/La+medici%C3%BDn+de+s%C3%BDntomas+psicol%C3%BDgicos+y+psicosom%C3%BDticos+_el+Listado+de+S%C3%BDntomas+Breve+(LSB-50).pdf
- Antúñez, 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 de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n2/art10.pdf>
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y socio-familiares asociados. *Ciencia y salud*, 20 (2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext&tIng=pt
- Campo, G. y Gutiérrez, J. C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30 (4), 351-358. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80630402>
- Cardona, J., Pérez, D., Rivera, S., Gómez, J. y Reyes, Á. (2014). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista USTA*, 11(1). Recuperado de <http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/view/2498/2541>
- Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología*, 35(2), 387-422. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v35n2/a01v35n2.pdfco>.
- Coraní, E. (07 de junio de 2012). Depresión y ansiedad, trastornos mentales que predominan en el Perú. RPP Noticias. Recuperado de <https://rpp.pe/lima/actualidad/depresion-y-ansiedad-trastornos-mentales-que-predominan-en-el-peru-noticia-489803>
- Cutipé, Y. (20 setiembre de 2018). Hasta 30% de la población universitaria del Perú sufre de impactos en su salud mental por presión académica. RPP Vital. Recuperado de <https://vital.rpp.pe/vivir-bien/hasta-30-de-la-poblacion->

universitaria-del-peru-sufre-de-impactos-en-su-salud-mental-por-presion-academica-noticia-1151266

- Domingo, J. (2012). *Psicopatología: nociones generales* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de San Juan, Argentina. Recuperado de http://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/2012_UNSJ_QU%C3%89__ES_LA_PSICOPATOLOG%C3%8DA.pdf
- Emiro, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36 (1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a10.pdf>
- Forselledo, A. (2009). Manual práctico de psicopatología. Recuperado de <http://unesu.info/ddnn.asu/Manual.Psicopatologia.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 de <http://www.redalyc.org/html/785/78526104/>
- Heraldo (13 de setiembre de 2018). ¿Por qué uno de cada tres universitarios sufre problemas de salud mental?. Heraldo de Aragón Editora. Recuperado de <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2018/09/13/por-que-uno-cada-tres-universitarios-sufre-problemas-salud-mental-primer-ano-1266501-2261131.html#>
- Hernández, L., Del Palacio, A., Freyre, M. y Alcázar, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista mexicana de psicología*, 28 (2), 11-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631001.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. D. F., México: MCgraw-Hill.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=GL39_Yi_HQEC&printsec=frontcover&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Mesa, P. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=2wKpYGEjNswC&pg=PA44&lpg=PA44&dq=La+psicopatolog%C3%ADa+seg%C3%BAAn+Dorsch+1976&source>

=bl&ots=Ne7zRAmwMX&sig=aVhOrNHrFQzBbwp--
oPiFaefZfk&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjv4HcrvDXAhVoQN8KHSnnAB4
Q6AEIJjAA#v=onepage&q=La%20psicopatolog%C3%ADa%20seg%C3%BA
An%20Dorsch%201976&f=false

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 infantil. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 53-64. Recuperado de

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

Ministerio de Salud (2018). Lineamientos de Política sectorial en Salud Mental. Perú 2018. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35 (1), 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Paredes (2014). Prevalencia epidemiológica de trastornos psicopatológicos en la adolescencia. Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/819/OLIVER2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Consultado en <http://dle.rae.es/?id=UWzaANg>

Sánchez, A. (2018). Síntomas psicopatológicos en estudiantes de una facultad de psicología de Lima (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2144/SANCHEZ%20TAFUR%20AYRTON%20MANUEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sánchez, O. y Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28 (3), 265-274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775007.pdf>

- Solé, M. (2002). La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. *Revista cubana de psicología*, 19(3), 242-247. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/08.pdf>
- Torres, B., Barrantes, M. y Tajima, K. (2015). *Manual de psicopatología*. Recuperado de <https://academiapir.com/wp-content/uploads/2015/11/Psicopatologia1aEdicion.pdf>
- Urquijo, S. (2014). Prevalencia de psicopatología en estudiantes universitarios de Psicología. *Asociación Argentina de estudio e investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP)*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/79.pdf>

ANEXOS n° 1. Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por **Javier Rolando Benites Tamariz** identificado con el DNI 71329491 Y José Luis Usgardo Mayorga Triviño identificado con el DNI 76559006, estudiantes de la Universidad Privada del Norte. La meta de este estudio es ***Describir los síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios de primer año de una universidad nacional y una privada de Lima metropolitana.***

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a un Listado de Síntoma Breves (LSB-50), que tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Precisando que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, a su vez, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas correspondientes. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

ANEXOS n° 2. Cuestionario de Síntomas Breves (LSB-50)

Edad: _____ Sexo: F ___ M ___ Universidad: _____
 Ciclo académico: _____
 Con quienes vives:
 Padre ___ Madre ___ Hermanos ___ Abuelos ___ Tíos ___ Padrastro ___
 Hermanastros _____
 Con cuantas personas vives: _____ Hijos: Si ___ No ___ Estado Civil _____
 Familiares con antecedentes psiquiátricos: Si ___ No ___
 Has asistido al psicólogo: Si ___ No ___
 Si tuvieras un problema buscarías ayuda psicológica: Si ___ No ___
 Actualmente tienes alguna dificultad: Familiar: ___ Emocional: ___ Laboral: ___
 Académica: _____

Cuestionario I

En esta página encontraras una serie de afirmaciones sobre **MOLESTIAS o PROBLEMAS** que puedan afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluido el día de hoy. Para ello, marque junto a cada afirmación una de las siguientes opciones.

0 Nada	1 Poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
Si no ha tenido esta molestia en absoluto	Si ha tenido esta molestia un poco presente	Si ha tenido esta molestia moderadamente	Si ha tenido esta molestia bastante	Si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente

Mi corazón palpita o va muy deprisa.	0	1	2	3	4
Me siento triste	0	1	2	3	4
Tengo ganas de romper o destruir algo.	0	1	2	3	4
Siento nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
Tengo mareos o sensaciones de desmayo.	0	1	2	3	4
Me preocupa la dejadez y el descuido.	0	1	2	3	4
Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago.	0	1	2	3	4
Me cuesta tomar decisiones.	0	1	2	3	4
Me irrito o enfado por cualquier cosa	0	1	2	3	4
Siento miedo en la calle o en espacios abiertos.	0	1	2	3	4
Tengo dolores de cabeza.	0	1	2	3	4
Me siento decaído o falto de fuerzas	0	1	2	3	4
Me despierto de madrugada.	0	1	2	3	4
Duermo inquieto o me despierto mucho por la noche	0	1	2	3	4
Doy vueltas a palabras o ideas que no consigo quitarme de la cabeza	0	1	2	3	4
Me siento incomodo o vergonzoso cuando estoy en reuniones o con gente	0	1	2	3	4
Me viene ideas de acabar con mi vida	0	1	2	3	4
Tengo miedo sin motivo	0	1	2	3	4
Tengo molestias digestivas o nauseas	0	1	2	3	4

Siento hormigueo o se me duerme una parte del cuerpo	0	1	2	3	4
Veo mi futuro sin esperanza	0	1	2	3	4
Me da miedo estar solo	0	1	2	3	4
Tengo ataques de ira que no puedo controlar	0	1	2	3	4
Me siento incomprendido.	0	1	2	3	4
Me da miedo salir de casa solo.	0	1	2	3	4
Me parece que otras personas me observan o hablan de mí.	0	1	2	3	4
Me cuesta dormirme.	0	1	2	3	4
Tengo sentimiento de culpa.	0	1	2	3	4
Me siento incomodo comiendo o bebiendo en público.	0	1	2	3	4
Me siento herido con facilidad.	0	1	2	3	4
Me siento incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	0	1	2	3	4
No siento interés por nada.	0	1	2	3	4
Tengo manías como repetir cosas innecesariamente (tocar algo, lavarme, comprobar algo, etc).	0	1	2	3	4
Me viene ideas o imágenes que me dan miedo.	0	1	2	3	4
Me siento temeroso	0	1	2	3	4
Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro que las hago bien.	0	1	2	3	4
Me siento solo	0	1	2	3	4
Me siento inferior a los demás	0	1	2	3	4
Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
Me siento solo, aunque tenga compañía.	0	1	2	3	4
Me da por gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4
Me siento inútil o poco valioso.	0	1	2	3	4
Me duelen los músculos	0	1	2	3	4
Discuto con frecuencia	0	1	2	3	4
Tengo dolores en el corazón o en el pecho.	0	1	2	3	4
Me dan ahogos o me cuesta respirar.	0	1	2	3	4
Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo.	0	1	2	3	4
Me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
Siento que todo requiere un gran esfuerzo.	0	1	2	3	4
Tengo presentimientos de que va a pasar algo malo.	0	1	2	3	4