

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL MEDIANTE EL
INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS EN ESTUDIANTES DEL
ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:
KAREN ALEXANDRA FLORES GILMAYO**

**ASESOR:
DR. JOSÉ REVILLA URQUIZO**

**TACNA - PERÚ
2017**



AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera.

A mis padres Raúl y Margarita, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación.

A mi hijo, Gabriel, quien ha sido mi mayor motivo para no rendirme en la vida y ser un buen ejemplo para él.

A mis abuelos, tíos y primos, por acompañarme y apoyarme durante toda mi carrera profesional.

A mi asesor de tesis, quien con su conocimiento, experiencia y motivación, logró que pueda culminar este proyecto con éxito.

A los médicos y personal del Hospital Regional de Moquegua, por las enseñanzas y oportunidades brindadas durante mi internado médico.

A todos los docentes y amigos que conocí en el transcurso de mi formación académica, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por todo lo que me han brindado.



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMS	:	Organización Mundial de la Salud.
BSI	:	Inventario Breve de Síntomas.
MINI	:	Mini International Neuropsychiatric Interview.
GHQ-28	:	Cuestionario General de Salud de Golberg – 28.
PHQ-9	:	Cuestionario sobre la Salud del Paciente -9.
SCL-90	:	Symptom Check List-90.
GSI	:	Índice global de gravedad.
PSDI	:	Índice de distrés de síntomas positivos.
PST	:	Índice total de los síntomas positivos.
SOM	:	Somatización.
OBS	:	Obsesión – Compulsión.
INT	:	Sensibilidad Interpersonal.
DEP	:	Depresión.
ANS	:	Ansiedad.
HOS	:	Hostilidad.
FOB	:	Ansiedad Fóbica.
PAR	:	Ideación Paranoide.
PSI	:	Psicoticismo.
ADI	:	Escala Adicional.
MMPI	:	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.
IC	:	Intervalo de confianza.
p. ej.	:	por ejemplo.

GLOSARIO

- **Trastorno psiquiátrico:** manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.
- **Salud mental:** estado en el cual la persona esta equilibrada. Incluye el bienestar emocional, psíquico y social.
- **Inventario breve de síntomas:** cuestionario autoaplicado de 53 preguntas, cuyo objetivo es la detección del distrés psicológico y la sintomatología psiquiátrica.
- **Symptom check list 90:** instrumento de autoinforme para evaluar el grado de malestar psicológico actual. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos, dividido en 9 dimensiones y 3 índices globales.
- **Somatización:** síntomas físicos que sugieren una condición médica general pero que no son completamente explicados por ésta.
- **Obsesión –compulsión:** es un trastorno mental en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez (compulsiones).
- **Sensibilidad interpersonal:** capacidad para comprender la situación, necesidades y emociones de los demás, y responder a sus pensamientos, sentimientos o intereses.
- **Depresión:** trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- **Ansiedad:** respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, que provoca una conducta de ataque huida.
- **Hostilidad:** tendencia a sentir ira hacia una persona o grupo y de procurar perjudicar a esta persona o grupo.



- **Ansiedad fóbica:** se presenta ante situaciones bien definidas o frente a objetos específicos que no son en sí mismos peligrosos pero que la persona los ve como tal.
- **Ideación paranoide:** implica sospechas o creencia de estar siendo perseguido, atormentado o tratado injustamente.
- **Psicoticismo:** trastorno mental que causan ideas, percepciones anormales, delirios y alucinaciones.
- **Trastornos de alimentación:** conducta alterada ante la ingesta alimentaria.
- **Trastornos del sueño:** alteraciones relacionadas con el proceso de dormir.
- **Ideación suicida:** factor de riesgo para intentos de suicidio y cumplimiento, es el más común de todas las conductas suicidas.
- **Hipomanía:** forma más atenuada de la manía que se caracteriza por una etapa de actividad exagerada seguida de otra de depresión.
- **Episodio depresivo mayor:** periodo con una duración mínima de dos semanas, caracterizado por un estado de ánimo deprimido, anhedonia, cambios en el apetito, insomnio o hipersomnias, sentimientos de inutilidad o culpa, problemas para concentrarse e ideación suicida.
- **Cuestionario de Salud General de Goldberg:** cuestionario autoadministrado para la valoración de la salud mental. Consta de 28 ítems divididas en 4 subescalas.
- **Test Mini International Neuropsychiatric Interview:** es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV.

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar el estado de salud mental mediante el BSI de los estudiantes de último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017. **MÉTODOS:** Estudio de tipo no experimental, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 55 estudiantes, representando el 100% de la población. Se utilizó el BSI como tamizaje en adición a un cuestionario personal, con duración de 5-10 minutos, cuyo alfa de cronbach entre 0,71 (psicoticismo) y 0,85 (depresión), se evaluó por medio de baremos. Se usó el software estadístico SPSS versión 15 y se determinó el grado de asociación mediante χ^2 con significancia $p < 0,05$ e IC de 95%. **RESULTADOS:** 76,36% (42 estudiantes) presenta buen estado de Salud Mental y 23,63% (13 estudiantes) presentaron alteraciones del estado de salud mental, de los cuales 16,26% (9 estudiantes) son considerados individuos con morbilidad psiquiátrica menor y 7,27% (4 estudiantes) con patología psiquiátrica franca. Las principales sintomatologías psiquiátricas encontradas fueron Sensibilidad Interpersonal 36,36% (20 casos), Ansiedad Fóbica 27,27% (15 casos), Ideación Paranoide 23,64% (13 casos), Somatización y Hostilidad con 21,82% (12 casos respectivamente). El grado general de malestar psicológico mediante el índice GSI fue 7,27% (4 casos) con patología psiquiátrica franca, según el índice PST encontramos al 10,91% (6 estudiantes) que aparentan minimizar y 21,82% (12 estudiantes) que maximizan su sintomatología. Según el índice PSDI 3,64% (2 estudiantes) presentaron tendencia a mostrarse libres de problemas psiquiátricos y 1,82% (1 estudiante) presenta tendencia al dramatismo. Los casos extremos identificados según los índices globales GSI, PST, PSDI corresponden a estudiantes del sexo femenino. La sintomatología psiquiátrica que se correlaciona con los factores sociodemográficos de los estudiantes corresponde a edad asociado a Obsesión - Compulsión y Ansiedad, lugar de procedencia con Ansiedad y Hostilidad, Ideación Paranoide se correlaciona con procedencia y vivencia.



CONCLUSIONES: 76,36 % presenta buena Salud Mental y 23,63 % presenta alteraciones del estado de salud mental. La principal sintomatología psiquiátrica fue Sensibilidad Interpersonal 36,36%. El grado de malestar psicológico según el GSI 7,27% con patología psiquiátrica franca. Edad está asociada a Obsesión – Compulsión y Ansiedad.

PALABRAS CLAVES: salud mental, trastornos psiquiátricos, Inventario Breve de Síntomas, estudiantes, medicina.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the mental health status of the students of the last year of Human Medicine at the Private University of Tacna in 2017. **METHODS:** Non-experimental, descriptive, prospective and cross-sectional study. The population consisted of 55 students, representing 100% of the population. BSI was used as screening in addition to a personal questionnaire, with duration of 5-10 minutes, whose cronbach alpha between 0.71 (psychoticism) and 0.85 (depression), was assessed by means of scales. Statistical software SPSS version 15 was used and the degree of association was determined using chi2 with significance $p < 0.05$ and 95% CI. **RESULTS:** 76.36% (42 students) presented good mental health status and 23.63% (13 students) presented alterations in mental health status, of which 16.26% (9 students) were individuals with minor psychiatric morbidity and 7.27% (4 students) with severe psychiatric pathology. The main psychiatric symptoms were: Interpersonal Sensitivity 36.36% (20 cases), Phobic Anxiety 27.27% (15 cases), Paranoid Ideation 23.64% (13 cases), Somatization and Hostility with 21.82% respectively). The general degree of psychological distress by the GSI index was 7.27% (4 cases) with severe psychiatric pathology, according to the PST index we found 10.91% (6 students) who appear to minimize and 21.82% (12 students) who maximize their symptoms, according to the PSDI index, 3.64% (2 students) showed a tendency to be free of psychiatric problems and 1.82% (1 student) showed a tendency towards drama. The extreme cases identified according to the global indexes GSI, PST, PSDI correspond to female students. The psychiatric symptomatology that correlates with the sociodemographic factors of the students corresponds to an age associated with Obsession - Compulsion and Anxiety, place of procedure with Anxiety and Hostility, Paranoid Ideation is correlated with the origin and experience. **CONCLUSIONS:** 76.36% presented good mental health and 23.63% presented alterations in mental health status. The main psychiatric symptomatology was Interpersonal Sensitivity 36.36%. The



degree of psychological distress according to GSI 7.27% with severe psychiatric pathology. Age is associated with Obsession - Compulsion and Anxiety.

KEYWORDS: mental health, psychiatric disorders, The Brief Symptom Inventory, students, medicine.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	3
GLOSARIO	4
RESUMEN	6
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 Fundamentación del problema	12
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.4 Justificación del problema	16
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.2 Marco teórico	24
2.2.1.- Salud mental	24
2.2.2.- Trastornos psiquiátricos	25
2.2.2.1.- Somatización	27
2.2.2.2.- Obsesión y compulsión	29
2.2.2.3.- Sensibilidad interpersonal	31
2.2.2.4.- Depresión	32
2.2.2.5.- Ansiedad	33
2.2.2.6.- Hostilidad	34
2.2.2.7.- Ansiedad fóbica	34
2.2.2.8.- Ideación paranoide	35
2.2.2.9.- Psicoticismo	35
2.2.2.10.- Trastornos de alimentación	36
2.2.2.11.- Trastornos del sueño	37
2.2.2.12.- Ideación suicida	37
2.2.3.- La juventud y la adultez joven	38



2.2.4.- El estudiante de medicina	39
2.2.5.- Importancia de la Salud Mental	40
2.2.6.- Salud Mental en la Universidad Privada de Tacna	40
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	42
3.1 Hipótesis	42
3.2 Variables	42
3.3 Operacionalización de las variables	43
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.1 Diseño	45
4.2 Ámbito de estudio	45
4.3 Población y muestra	46
4.3.1 Criterios de inclusión	46
4.3.2 Criterios de exclusión	46
4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos	46
CAPÍTULO V PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	56
CAPÍTULO VI RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	57
DISCUSIÓN	95
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	107



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Los trastornos psiquiátricos se definen como un deterioro en el funcionamiento psicológico, que se desvía de los parámetros que se conocen como “normales” dentro de una sociedad. Hay pérdida de bienestar psicosocial y deterioro en el ámbito laboral o académico.^{1 2}

Los trastornos psiquiátricos son considerados por la Organización Mundial de la Salud como una de las 10 primeras causas de morbilidad a nivel mundial³. Una de las poblaciones más vulnerables es la de los jóvenes, particularmente la población estudiantil universitaria^{4 5}. Así mismo tienen importantes repercusiones económicas considerándose por ejemplo que para el año 1990, este grupo de enfermedades representaban el 10% de la carga total de la enfermedad (definido por años potencialmente perdidos por discapacidad), para el año 2000 fue del 12% y se prevé que este valor aumente al 15% para el año 2020.⁶

¹ Perales A., Sogi C., Morales R. Salud mental en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo. SITUA-Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana- UNSAAC. Trujillo – Perú, 21; 1998.

² Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. 8° Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003 p. 20-21.

³ WONCA. Integrating mental health into primary care: a global perspective: OMS. 2008.

⁴ Galli-Silva E., Feijoo-Llontop L., Roig-Rojas I., S Romero-Elmore. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Herediana. 2002; 13(1):19-25.

⁵ Perales A., Sogi C. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. An Fac med. 2003; 64(4):239-46.

⁶ World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva; 2004.



La Organización Mundial de la Salud también señala que los trastornos psiquiátricos generan altos costos para la sociedad desde el punto de vista económico y otro tipo de costos en términos de la carga de dolor, sufrimiento y estigma para las personas que sufren estas condiciones y sus familiares pero a pesar de eso pocos son los que reciben tratamiento.⁷

Una de las poblaciones más vulnerables a estos trastornos son los jóvenes, con mayor frecuencia entre los 20 y 25 años, es decir durante su entrenamiento profesional como estudiantes universitarios, y sobre todo los estudiantes de medicina, ya que estos están bajo una carga de estrés constante, debido a la exigencia académica que demanda esfuerzos de adaptación con repercusiones en la calidad de vida.^{8 9}

Esta etapa por la cual atraviesan los estudiantes, incluye manejar mayor autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, desarrollar su sexualidad, relaciones de pareja y su identidad personal, requiere de autogestión y autorregulación. Además, presentan estresores psicosociales como el alejamiento de la familia, dependencia y/o dificultades económicas, exigencias académicas, incertidumbre del futuro y la necesidad de adaptación a un nuevo contexto vital.¹⁰

Por otro lado, se debe considerar el significativo aumento de la matrícula universitaria, con un cambio en el perfil sociodemográfico del estudiante universitario, incorporándose personas más vulnerables.

⁷World Health Organization. The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.

⁸Richman J., Flaherty J., Rospenda. Mental health consequences and correlates of reported Medical Student Abuse. JAMA, 267:692-4; 1992.

⁹Joffre- Velazquez V., et al. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2007; 16(14): 86-93.

¹⁰Agudelo D., Casadiegos C., Sánchez D. Características de Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios. International Journal of Psychologist Research. 2008; 1 (1): 34-9



El tema planteado se describe en diversas Facultades de Medicina. Algunos autores demandan de éstas mayor atención en el cuidado de la salud mental de sus estudiantes, muchos de los cuales encuentran la carrera médica muy estresante desde el inicio.¹¹

Así, es necesario realizar estudios que nos permitan conocer la magnitud de los trastornos mentales en los estudiantes de medicina, ya que la presencia de estas enfermedades interfiere con la capacidad de concentración y de aprendizaje, así como en el desarrollo de habilidades clínicas, lo cual puede conllevar a su vez un riesgo en la calidad de atención hacia los pacientes.¹²

Por la necesidad de conocer la magnitud de este importante problema, el presente trabajo de investigación se ha diseñado con la finalidad de conocer el estado de salud mental y las principales sintomatologías psiquiátricas en los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017. Además de realizar una aproximación diagnóstica oportuna de ciertos problemas psiquiátricos que interfieren en el desenvolvimiento personal, familiar, laboral y social.

Es importante identificar estos factores para posteriormente corregirlos, ofreciendo programas de atención psicológica eficaces, encaminados sobre todo a la prevención.

¹¹ Latan Marcano J., Montañó Guerra D. Salud mental en estudiantes del III al XII Semestre dela carrera de Medicina. Udo Bolívar, período II - 2009. Ciudad Bolívar. Tesis presentada para optar el título de Médico Cirujano. Ciudad Bolívar, Marzo de 2010.

¹² Tyssen R., Vaglum. Per mental health problems among young: An updated review of prospective studies. Hav Rev Psychiatry 2002; 10(3):154-165.



1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el estado de salud mental mediante el Inventario Breve de Síntomas de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivos generales

Evaluar el estado de salud mental mediante el Inventario Breve de Síntomas de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el estado de salud mental de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.
- Identificar la frecuencia de las principales sintomatologías psiquiátricas en estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.
- Determinar el grado general de malestar psicológico mediante los índices globales del Inventario Breve de Síntomas de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.



- Correlacionar las sintomatologías psiquiátricas con factores sociodemográficos de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.

1.4 Justificación del problema

La correcta formación académica de los futuros profesionales requiere un estado óptimo de salud mental. Sin embargo, esta condición no suele cumplirse, dado que una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo, o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones formativas, crea una alta prevalencia de malestar psicológico dentro de la población universitaria.

El presente proyecto es el **primer estudio local** que investiga la salud mental y sintomatología psiquiátrica en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna.

Tiene **relevancia médica** debido a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en la etapa juvenil – adulta y por ser esta una población vulnerable, particularmente la universitaria.

Tiene **relevancia cognitiva**, porque la información publicada sobre Salud Mental y Sintomatología Psiquiátrica en estudiantes universitarios es limitada en nuestro medio.

Tiene **relevancia académica**, porque conducirá a resultados que puedan ser compartidos con profesionales interesados en la temática, particularmente profesionales de las ciencias de la salud.



Es un **estudio factible** de ser realizado, ya que existe acceso a las unidades de estudio, se cuenta con el tiempo necesario, recursos y presupuesto, que será cubierto por la investigadora.

Además existe **interés personal** en la ejecución del estudio porque se trata de patologías de alta prevalencia.

Por todo lo descrito, considero que el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que servirá como base útil para el conocimiento de la salud mental y sintomatología psiquiátrica en estudiantes universitarios de nuestra localidad, mejorar por tanto su salud y rendimiento académico, forjando así mejores profesionales.



CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

Chicchón Peralta J., Sánchez Marín C. Trastornos mentales en estudiantes de Medicina Humana en tres universidades de Lambayeque, Perú durante el 2012 (Chiclayo 2014).

Los trastornos de salud mental son un problema muy frecuente en la población actual, sobre todo en alumnos de educación superior que, de acuerdo a algunos estudios, pueden mostrar mayor predisposición a problemas emocionales y psicosociales. El presente estudio tuvo como objetivo describir los trastornos mentales más frecuentes en estudiantes de Medicina de tres universidades de Lambayeque, durante el año 2012 mediante un estudio descriptivo transversal. La población fue de 998 alumnos distribuidos según año de estudio académico, elegidos mediante muestreo consecutivo. Se utilizó el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) como tamizaje. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivariado exploratorio determinando razones de prevalencia con un IC 95%, usando χ^2 y el test de Fisher. Se usó el Software STATA versión 11. Se entrevistó un total de 284 alumnos, la media de edad fue de $21,05 \pm 3,8$ años, 57,4% fueron mujeres, 98,2% solteros, 61% cursaban ciencias básicas, 6,7% tenían diagnóstico previo de depresión y 7,4% tenían diagnóstico previo de ansiedad; 140 estudiantes (49,07%) reportaron por lo menos un trastorno mental. Los trastornos mentales con mayor prevalencia fueron episodio hipomaniaco



(19,7%) y episodio depresivo mayor (17,3%), riesgo de suicidio (12,4%), trastorno de ansiedad generalizada (8,1%) y trastorno de angustia (5,7%). En el análisis bivariado se encontraron asociaciones entre alguna forma de trastorno mental y edad, estudiar en una universidad privada y cursar estudios de ciencias básicas. En conclusión, se encontró prevalencias frecuentes de episodios hipomaniaco y depresivo mayor, y de riesgo suicida.¹³

Barrios I., Miltos V., Piris A., Piris G., Ramírez C., Rodríguez J., Torales J., Rodríguez G., Arce A. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay 2015).

Los estudiantes de medicina están expuestos a un mayor número de trastornos mentales que los de la población general por las exigencias propias de la carrera. El presente estudio es observacional, analítico, con corte transversal realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Las variables epidemiológicas y sociodemográficas fueron recolectadas con un formulario previamente validado. Se evaluó la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos utilizando el test MINI, validado en español, como método de tamizaje.: Se evaluó 91 estudiantes, 58 del sexo femenino (63,7%) y 33 de sexo masculino (36,3%); la media de la edad fue de 21 ± 1 años; 35 alumnos (58,2%) tuvieron al menos un trastorno mental. Del total de sujetos diagnosticados con por lo menos un trastorno mental (53 sujetos), 62,3% fue del sexo femenino. Los diagnósticos más frecuentes fueron: episodio hipomaniaco pasado (21 alumnos; 23,1%), trastorno depresivo

¹³ Chicchón Peralta J., Sánchez Marín C. Trastornos mentales en estudiantes de Medicina Humana en tres universidades de Lambayeque, Perú durante el 2012. Tesis presentada para optar el título de Médico cirujano. Chiclayo, marzo del 2014.



actual (21; 23,1%), trastorno de ansiedad generalizada (15; 16,5%) y agorafobia (14; 15,4%). Se concluye: los problemas de salud mental fueron frecuentes en la población universitaria que estudiamos siendo el episodio hipomaniaco pasado, el episodio depresivo mayor actual, el trastorno de ansiedad generalizada y la agorafobia, los problemas más frecuentes.¹⁴

León Jiménez F., Jara Romero L., Chang Dávila D., Chichón-Peralta J., Piedra-Hidalgo M. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina (Chiclayo 2012).

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos de una escuela de medicina mediante un estudio descriptivo, transversal. Los participantes fueron alumnos de una escuela de medicina del semestre académico 2010-I de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Lambayeque, Perú. Se evaluó la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos utilizando el test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Se evaluó 159 estudiantes, 94 del sexo femenino (59,1%) y 65 de sexo masculino (40,8%); la media de la edad fue de 18,6+/- 2,1 años, 155 estudiantes fueron solteros (99,3%), de ellos 127 (79,8%) vivía con sus padres, 25 (15,7%) con algún otro familiar y 7 (4,4%) solos. 35 alumnos (22%) tuvieron al menos un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes fueron: episodio hipomaniaco pasado (16 alumnos; 10,2%), riesgo suicida (11; 6,9%), trastorno depresivo actual (9; 5,6%), trastorno de angustia actual (8; 5%), agorafobia (8; 5%). En 20 (12,6%) y 11 estudiantes (6,9%), respectivamente, algún profesional de la salud le había

¹⁴ Barrios I., Miltos V., Piris A., Piris G., Ramírez C., Rodríguez J., Torales J., Rodríguez G., Arce A. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol. 48 - Nº 1, 2015.



diagnosticado previamente ansiedad y depresión. En conclusión, los problemas de salud mental fueron frecuentes en esta población de estudiantes, siendo el episodio hipomaniaco pasado, el riesgo suicida y el episodio depresivo actual los más frecuentes.¹⁵

Latan M., Montaña G. Salud Mental en estudiantes del III al XII Semestre de la carrera de Medicina. Universidad de Oriente Bolívar, Período II - 2009. Ciudad Bolívar (Venezuela 2010).

Los estudiantes de medicina, son sometidos a un estrés constante, que implica el desconocimiento del área y el enfrentamiento a eventos inesperados que ameritan un buen equilibrio que asegure la capacidad del estudiante a enfrentarse a éstas situaciones. Se realizó un estudio de tipo transversal en que se evaluó la salud mental en estudiantes de medicina de la Universidad de Oriente, del Núcleo Bolívar. La muestra estuvo conformada por 291 estudiantes, a los que se les aplicó una encuesta para recolectar datos demográficos y el test de salud general de Goldberg, en su versión de 28 preguntas tomándose como punto de cohorte 5/6 para no caso/caso. La muestra estuvo conformada en un 75,6% por estudiantes de sexo femenino, con una edad promedio de 20,5 años, la edad mínima de 17 años y máximo de 26 años. Se encontró que el 43,3% de la población estudiada presentan alteración del test de Goldberg, de los que el 83,3% corresponde al sexo femenino. El IV semestre tuvo el mayor número de estudiantes con alteración de la salud mental con un 56,6% de su total. Se encontró que existe mayor alteración del test de Golberg en estudiantes provenientes del Edo. Bolívar 42,3 %. Referente a las personas con las que viven, el 36,4% viven con sus padres, de los que el 43, 4 % presentaron

¹⁵ León Jiménez F., Jara Romero L., Chang Dávila D., Chichón-Peralta J., Piedra-Hidalgo M. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. An. Fac. med. v.73 n.3 Lima jul./set. 2012.



alguna alteración mental. El 87,6 % refirió depender económicamente de sus padres. Como conclusión, no se encontró relación entre los hábitos tabáquicos, alcohólicos, cafeicos, consumo de drogas ilícitas con la alteración de la salud mental.¹⁶

Akbari V., Hajian A., Damirchi P. Prevalence of Emotional Disorders Among Students of University of Medical Sciences (Irán 2014).

La información sobre trastornos mentales puede ser útil para tener un enfoque e intervención apropiada para la condición de salud de los estudiantes. El objetivo del estudio fue determinar el estado de salud mental de los estudiantes que estudian ciencias médicas. Se citó 790 estudiantes, 688 aceptaron participar en este estudio transversal, de los cuales 225 (32,7%) eran varones y 463 (67,2%) eran mujeres. Se usó el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) como instrumento. Se obtuvo como resultado que más de un tercio (37,8%) de participantes presentaron trastornos mentales. La prevalencia fue 37,3% en los hombres y 38% en las mujeres. No hubo diferencias entre géneros. Los estudiantes de medicina de emergencia tuvieron la mayor prevalencia de trastornos mentales (51,4%). El aumento en los años de educación se asoció con el riesgo de presentar trastornos mentales. La disfunción social y la depresión fueron más frecuentes que los síntomas de somatización y ansiedad. El nivel más bajo de graduación se asoció con síntomas depresivos más altos y los estudiantes de medicina estaban en mayor riesgo de disfunción social. Se concluye que las tasas de prevalencia entre los estudiantes de ciencias de la salud son más altas en comparación con la

¹⁶ Br. Latán Marcano J., Br. Montaña Guerra A. Salud Mental en estudiantes del III al XII Semestre de la carrera de Medicina. Universidad de Oriente Bolívar, Período II - 2009. Ciudad Bolívar. Tesis presentada para optar el título de Médico Cirujano. Ciudad Bolívar, Marzo de 2010.



población general, necesitando planes de evaluación en serie para detectar y prevenir trastornos mentales.¹⁷

Romo Nava F., Tafoya S., Heinze G. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. Salud Mental 2013; 36: 375-379 (México 2013).

La prevalencia de depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina es mayor que en la población general. Se tuvo como objetivo comparar la prevalencia de depresión y los factores asociados en estudiantes de medicina que inician el primer año académico y los que realizan el internado mediante un estudio observacional, transversal y analítico. Participaron 1871 estudiantes de medicina, 1240 que iniciaban el primer año de la carrera y 631 que iniciaban el año de internado. Se usó el Cuestionario sobre Factores de riesgo para Depresión y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) para evaluar la presencia actual de depresión. La prevalencia de Depresión resultó significativamente mayor en los estudiantes de internado (5.7 vs. 3.5%). El porcentaje de alumnos con antecedente de depresión fue mayor en los alumnos de internado con respecto a los de primer año (12.1% vs. 7.1%), como lo fue el promedio de episodios depresivos previos (3.2 vs. 1.6). La edad de inicio del primer episodio depresivo fue significativamente mayor para los del quinto año. La prevalencia de Depresión en estudiantes que inician el año académico es mayor en la etapa final de la carrera y puede ser atribuible, entre otros factores, a un fenómeno acumulativo de carga alostática que actualmente genera este proceso educativo. Los antecedentes personales para depresión

¹⁷ Akbari V., Hajjan A., Damirchi P. Prevalence of Emotional Disorders Among Students of University of Medical Sciences; Iran. The Open Psychology Journal, 2014, 7, 29-32.



y los factores situacionales se asocian a la presencia de depresión de una forma diferente de acuerdo al año académico y deben de ser considerados en futuros estudios.¹⁸

2.2 Marco teórico

2.2.1.-SALUD MENTAL

Salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales. La definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva, fructífera, y contribuir a sus comunidades.

Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos.

Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

¹⁸ Romo Nava F., Tafoya S., Heinze G. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. Salud Mental 2013; 36: 375-379.



En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general.

En todos los individuos, la salud mental, física y social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención.¹⁹

2.2.2.-TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

El término «trastorno psiquiátrico», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción —como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica) —.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004



Los trastornos psiquiátricos han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Un trastorno psiquiátrico es conceptualizado como un síndrome, patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento), a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. El comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) y los conflictos entre el individuo y la sociedad, no son considerados trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.²⁰

²⁰ B. First M. DSM-IV-TR: Manual De Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, 2001.



2.2.2.1.- SOMATIZACIÓN

La somatización, el proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos es uno de los mayores retos a los que se puede ver enfrentado un médico en su práctica médica cotidiana, ya que los síntomas carecen de una causa orgánica documentada.

Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad.

El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se percata de su origen psicógeno, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios externos. En otras palabras, no finge, genuinamente siente.

En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos.

Las sensaciones corporales, entre ellas los síntomas físicos, poseen dos componentes: la sensación periférica propiamente dicha y la interpretación que de ésta realiza el cerebro. A lo largo del día y producto de los procesos fisiológicos normales del organismo, se



experimentan diversas sensaciones somáticas (peristalsis intestinal, fasciculaciones, tinnitus, cambios en la frecuencia cardíaca, disnea durante el esfuerzo físico, sequedad de la piel) que por lo general pasan desapercibidas pues no se les da un significado en particular. Los pacientes que somatizan focalizan la atención en estas sensaciones, se mantienen vigilantes a ellas, las magnifican, las interpretan como anormales y amenazantes, viéndose obligados a buscar ayuda médica para poder explicarlas. A esta conducta se le denomina fijación somática, la cual varía de un paciente a otro y puede oscilar entre la negación absoluta de las sensaciones, a la convicción delirante de las mismas.

Si la somatización se presenta de forma transitoria y como respuesta aguda ante la muerte, a pérdidas de relaciones importantes, o a situaciones de trauma, no se debe considerar patológica. El miedo, la tristeza, o la ansiedad, pueden traducirse involuntariamente en síntomas como cefalea, dolor epigástrico o contracturas musculares, entre otros. Si por el contrario son persistentes, asociados a alteración social u ocupacional y hacen que se utilicen en exceso los sistemas de salud, adquiere entonces significancia clínica.

No todo el que somatiza padece de un trastorno somatomorfo y la somatización como síntoma puede hacer parte de procesos normales de duelo, así como de trastornos depresivos, de ansiedad y de algunas psicosis.

En los trastornos de ansiedad y especialmente en el de pánico, la somatización suele estar presente ya que los pacientes continuamente monitorean su cuerpo en búsqueda de sensaciones que les indique que la crisis va a repetirse, amplificándolas y connotándolas como amenazantes



y catastróficas. En algunas psicosis, y más frecuentemente en los pródromos de la descompensación, los pacientes pueden somatizar manifestando quejas físicas, generalmente descritas de forma bizarra y asociadas a fenómenos de despersonalización.²¹

2.2.2.2.- OBSESIÓN Y COMPULSIÓN

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes, que causan perturbación significativa en el área social o personal.

Produce gran gasto económico al estado debido a que interfiere marcadamente en las relaciones laborales del individuo. Deteriora sus vínculos interpersonales, aislándolo de la sociedad.

Se manifiesta con pensamientos, temores o preocupaciones irracionales que se intentan superar mediante una actividad ritual. Las imágenes o los pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan obsesiones y los rituales repetidos que se llevan a cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones.

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito,

²¹ Muñoz H., M.D. Somatización: consideraciones diagnósticas. Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar Central, Bogotá. Revista Med 17 (1): 55-64, 2009.



resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable.

Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él.

En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad.

Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica²²

2.2.2.3.- SENSIBILIDAD INTERPERSONAL

Se refiere a la capacidad para entender a los demás y relacionarse con personas y grupos, a través de la percepción de los estados de ánimo, motivaciones y sentimientos de las otras personas. Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.²³

La sensibilidad es un rasgo innato, la persona con sensibilidad interpersonal tiende a ser cauteloso y altamente consciente. Es fácilmente sacudido y afligido por los cambios del ambiente donde se desenvuelve, tiene un sistema nervioso sensible, es consciente de las sutilezas en su entorno y se abruma fácilmente, es empático y con frecuencia siente los estados de ánimo de otras personas.²⁴

Se halló una relación negativa entre autoestima y sensibilidad interpersonal, para los que sensibilidad interpersonal equivale a baja autoestima.²⁵

²² CIE-10, 2007.

²³ Aragón Ramírez N., Bragado Álvarez C., Carrasco Galán I. Fiabilidad y estructura factorial del «Inventario Breve de Síntomas» (Brief Symptom Inventory, B.S.I.) En adultos. Psicología conductual. Vol. 8. N° 01, 2000, pp 73-83.

²⁴ Ruiz P., Ferrández R., Sales M.A.(2012) Aplicación del modelo CIPP en el estudio de los factores que favorecen la sensibilidad intercultural. RELIEVE.18 (2), art. 4.

²⁵ Young Ho K. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. International Journal of Nursing Studies (2003), 40 (2), 115-124.



2.2.2.4.- DEPRESIÓN

Es la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.²⁶

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol,

²⁶Alberdi Sudupe J., Taboada O., Castro C., Vázquez C. Depresión. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". SERGAS- A Coruña - España Guías Clínicas 2006; 6(11).

comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.²⁷

2.2.2.5.- ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, actual o anticipado, real o imaginado, con un doble componente físico y psíquico, que provoca una conducta de ataque o huida. Presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.²⁸

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

²⁷ CIE-10, 2007.

²⁸ Bravo M., Saiz J., Bobes J. Manual del Residente de Psiquiatría. Tomo I, 2009 Madrid.



Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales.^{29 30}

2.2.2.6.- HOSTILIDAD

La hostilidad, connota un conjunto de “actitudes” negativas complejas, que motivan, en última instancia, conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas.

Se trata, por tanto, de un componente cognitivo y evaluativo, que se refleja en un juicio desfavorable o negativo del otro, sobre el que se muestra desprecio o disgusto.

Referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.³¹

2.2.2.7.- ANSIEDAD FÓBICA

La ansiedad fóbica es aquella que se presenta ante situaciones bien definidas o frente a objetos específicos que no son en sí mismos peligrosos pero que la persona los ve como tal. En consecuencia este trata de evitar los objetos fóbicos o bien los afronta con un temor excesivo que puede llegar al ataque de pánico.

²⁹ Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2006; 10(3): 319-22.

³⁰ Lobo A, Campos R. Factores etiopatogénicos. *Trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.

³¹ Aragón Ramírez N., Bragado Álvarez C., Carrasco Galán I. Fiabilidad y estructura factorial del «Inventario Breve de Síntomas» (Brief Symptom Inventory, B.S.I.) En adultos. *Psicología conductual*. Vol. 8. N° 01, 2000, pp 73-83.



Todos los trastornos fóbicos se caracterizan por presentar ansiedad fóbica y conductas de evitación.³²

2.2.2.8.- IDEACIÓN PARANOIDE

Ideación que genera sospecha o creencias de estar siendo perseguido, atormentado o tratado injustamente pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante. Son comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

2.2.2.9.- PSICOTICISMO

La psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanta totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena.

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión les envía mensajes secretos. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe.

³² Perez Díaz R. Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo Terapéutico. GERONFO. RNPS. 2110. Vol. 4 No. 1. 2009.



Para delimitar las psicosis se destacan tres parámetros que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

La descripción clínica corresponde al período inicial de la esquizofrenia en el cual se produce un derrumbe regresivo del yo.

Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.³³

2.2.2.10.- TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso.

La causa inmediata es el intenso miedo a ganar peso a pesar de encontrarse en un peso normal, lo cual es el resultado de una alteración de su imagen corporal. Su incidencia es superior en el sexo femenino, especialmente en la edad pre o puberal.

Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Aquí se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas.³⁴

³³ Eynsenck H. (1976). Psychotiscism as a dimensión of personality. London. Hodder and Stoughton.

³⁴ Lambruschini N., Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. 361- 374.



2.2.2.11.- TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir. Existiendo tanto en las etapas de inicio, de mantenimiento, como durante el ciclo sueño – vigilia.³⁵

Con frecuencia, las alteraciones del sueño se detectan en la mayoría de los pacientes con trastornos mentales y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño.³⁶

2.2.2.12.- IDEACIÓN SUICIDA

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas.

La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal.

Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de

³⁵ Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño. Consejo de Salubridad Nacional, 2007, Mexico.

³⁶ Medina O., Sánchez N., Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXVI / No. 4 / 2007.



suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.³⁷

2.2.3.- LA JUVENTUD Y LA ADULTEZ JOVEN

Es necesario definir la juventud y la adultez joven ya que son precisamente estas etapas las que coinciden con la época universitaria.

La juventud es una etapa, periodo o estado que se presenta con características bien definidas en el gradual desarrollo del hombre, el joven necesita resolver los problemas de ser en función de sí mismos y en relación a su grupo familiar.³⁸

Mientras que la adultez joven comienza con el término de la adolescencia alrededor de los 20 - 25 años de edad y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presente.³⁹

La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la juventud e inicio de la etapa adulta concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos.

³⁷ De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid, 2012, Madrid.

³⁸ Aberasturyn, A.; Knorel, H.; La adolescencia normal. Editorial Paidós Buenos Aires 1976.

³⁹ Papalia D.; Wendkos O. Desarrollo Humano México: Mc Graw Hill, 9ª edición, 1999.



Existen muchos problemas de salud mental que afectan a los jóvenes, que requieren el cuidado clínico de un médico o de otro profesional de la salud.

40

2.2.4.- EL ESTUDIANTE DE MEDICINA

Los estudios de medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica que demandan del estudiante esfuerzos de adaptación. A ello se agrega la necesidad de una preparación óptima, fundamental para un futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo.

Adicionalmente, la carrera se desarrolla en un periodo del ciclo vital con características que le son propias, la juventud y la adultez joven. Como corolario de lo expuesto, se postula que el estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligadamente alto, con riesgo de menoscabo de su salud mental.

La correcta formación académica de los futuros profesionales requiere un estado óptimo de salud mental. Sin embargo, esta condición no suele cumplirse, dado que una combinación de factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo, o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones formativas, crea una alta prevalencia de malestar psicológico dentro de la población universitaria.⁴¹

⁴⁰ Rodríguez O.; Apolinaire J.; Alonso J.; Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. Rev Cub. de Medicina General Integral 2003; 19 (4).

⁴¹ Br. Latán Marcano J., Br. Montaña Guerra A. Salud mental en estudiantes del III al XII semestre de la carrera de medicina. UDO Bolívar, período II - 2009. Ciudad Bolívar. Tesis presentada para obtener el título universitario de Médico Cirujano. Ciudad Bolívar, Marzo de 2010.



2.2.5.- IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL

El cuidado de la salud de quienes han de dedicarse a preservar y cuidar la salud de la población general es un imperativo ético evidente, en particular en lo referente a la salud mental.

Numerosos estudios demuestran que las condiciones de trabajo de los médicos pueden ser extenuantes física y emocionalmente. Por ello es importante conocer la población estudiantil que hoy día se prepara para en un futuro ser un profesional de la salud. Consecuentemente determinar esos factores que pueden en algún momento afectar la salud mental del estudiante de medicina e interferir en el desenvolvimiento personal, familiar, laboral y social.

Es importante identificar estos factores para así reflexionar y plantear posibles soluciones, asegurando una mejor persona así como también un mejor profesional.⁴²

2.2.6.- SALUD MENTAL EN LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

La Universidad Privada de Tacna a través de sus autoridades y profesores en cada una de sus facultades, mejora cada vez más el servicio académico que ofrece a sus alumnos, es por esta razón que se ha implementado un servicio de tutoría y consejería a fin de coordinar esfuerzos y acciones entre profesores y alumnos orientados a conseguir una óptima formación profesional.

⁴² Santander J., Romero M., Hitschfeld M., Zamora V. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (1): 47-55.



El servicio de tutoría y consejería son acciones dirigidas a los alumnos en general y principalmente a aquellos quienes sienten la necesidad de apoyo tanto en su desarrollo personal como académico.

También se cuenta con la Oficina de Bienestar Universitario, la cual brindara a sus docentes, estudiantes y graduados, así como al personal administrativo y de servicio, programas de bienestar y servicios de salud integral, de promoción cultural y artística, de recreación y deportes, servicio social y orientación psicopedagógica y otros programas de ayuda orientados a la formación integral y el desarrollo humano.^{43 44}

⁴³ Servicio de Tutoría y consejería. Universidad Privada de Tacna.

⁴⁴ Oficina de Bienestar Universitario. Universidad Privada de Tacna.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Debido a que la presente investigación es de tipo descriptiva: no se formulará hipótesis.

3.2 Variables

- **Estado de Salud Mental**

Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Según el BSI, se clasificará en 3 niveles de morbilidad psiquiátrica basado en el Índice global de gravedad, donde se define estudiantes sin morbilidad psiquiátrica, siendo este grupo quienes presentan buen estado de salud mental; estudiantes con morbilidad psiquiátrica menor y patología psiquiátrica franca, siendo estos dos últimos quienes carecen de un buen estado de salud mental en distintos niveles de intensidad.

- **Sintomatología psiquiátrica**

Conjunto de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con su entorno personal, familiar y social. Según el BSI se divide en 9 dimensiones, las cuales se califican en 3 niveles de morbilidad psiquiátrica.

3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLES	SUB-VARIABLES	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores Sociodemográficos	Edad	Años cumplidos	Directa	Nominal
	Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
	Estado civil	Según DNI	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	Nominal
	Lugar de procedencia	Zona donde vive	Urbano Rural	Nominal
	Personas con quien vive	Parentesco	Padre y/o madre Otros familiares Amigos Esposo (a) Hijos (as) Solo Padres y otros familiares	Nominal
Sintomatología Psiquiátrica	Somatización	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Obsesión compulsión	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Sensibilidad interpersonal	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Depresión	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Ansiedad	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Hostilidad	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Ansiedad fóbica	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal



	Ideación paranoide	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	Psicoticismo	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
Índices Globales	GSI	Inventario Breve de Síntomas	Sin morbilidad psiquiátrica Con morbilidad psiquiátrica menor Con patología psiquiátrica franca	Ordinal
	PST	Inventario Breve de Síntomas	Minimiza Maximiza	Ordinal
	PSDI	Inventario Breve de Síntomas	Minimizador de síntomas Dramatismo Extremo dramatismo	Ordinal



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño:

El presente estudio de tipo no experimental, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

- **No experimental:** Porque el estudio se encargará de observar y analizar las variables propuestas sin modificar o controlarlas.
- **Prospectivo:** Porque se identificarán los datos que aún no se han evaluado.
- **Descriptivo:** Porque se describirán características de los trastornos psiquiátricos de los estudiantes.
- **Corte transversal:** Porque la recolección de la información se realizará de un tiempo o periodo específico.

4.2 Ámbito de estudio:

Se realizará en la escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, la cual es una institución de carácter privado sin fines de lucro, creada por iniciativa del Presbítero Luis Mellado Manzano, con la Ley N° 24060 dada por el Congreso de la República el 3 de enero de 1985 y publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el día 09 de enero de 1985.



4.3 Población y muestra:

La población estará conformada por todos los estudiantes matriculados en el último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.

El presente trabajo de investigación no tendrá muestra, porque incluirá al 100% de estudiantes que cumplan los criterios de estudio.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna del año 2017.
- Deseen participar en el estudio de manera voluntaria.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiante ausente al momento de la evaluación.
- Con ficha de datos incompleta.
- Antecedente de trastorno psiquiátrico, consumo de drogas, fármacos y/o anticonvulsivantes.

4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.

Se coordinará con la Dirección de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, solicitando autorización para poder evaluar a los estudiantes.

La técnica de recolección de datos será la encuesta, que será aplicada a los estudiantes del último año seleccionado de forma colectiva durante el



tiempo de clase, previa charla instructiva que será dada por la investigadora.

Para garantizar aspectos éticos la encuesta será de manera anónima garantizando confidencialidad y de manera voluntaria, ya que la finalidad del presente estudio es conocer y hacer un tamizaje de la Salud Mental de los estudiantes, conocer los factores influyentes y así tomar medidas correspondientes.

Como instrumento se utilizará un cuestionario y ficha de datos elaborada por la investigadora, que incluirá el Inventario Breve de Síntomas, que es la versión resumida del Symptom Check List 90, y servirá para la recolección de la información necesaria para el desarrollo del presente estudio, la misma que se detalla en los anexos (anexo 01).

El «Inventario Breve de Síntomas» (Brief Symptom Inventory) de Derogatis L.R. y Melisaratos N., (1983). Brief Symptoms Inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13 (3), 595-605., es una medida de autoinforme de 53 ítems, el cual fue usado en su adaptación española; indicado para evaluar el estado psicopatológico de sujetos normales y pacientes con trastornos psiquiátricos o médicos, a partir de los 13 años de edad. El tiempo de administración varía de 5 – 10 minutos. Los sujetos tienen que especificar el grado de malestar psicológico que les ha ocasionado cada síntoma en el transcurso de la última semana utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos (0-4), acotada por los términos “Nada”, “Muy poco”, “Poco”, “Bastante” y “Mucho”.



El Inventario Breve de Síntomas es en esencia la forma abreviada del «Symptom Check List-90-revised », por lo que guarda una gran semejanza con él. Aunque ha recibido menos atención que su antecesor, no es un instrumento desconocido para los investigadores, quienes lo han utilizado con fines y poblaciones diferentes.

Aporta un perfil multidimensional de la patología presente en un contexto sindrómico, que permite interpretar las tendencias concretas de la expresión psicopatológicas. Aunque el cuestionario no tiene atribuciones diagnósticas, existe una buena correlación entre los picos en sus perfiles y el diagnóstico psiquiátrico con criterios CIE-10.

Estructura: los ítems del BSI se encuentran agrupados en 9 dimensiones de sintomatologías psiquiátricas, definidas como se detalla a continuación:

1. Somatización (ítems 2, 7, 23, 29, 30, 33 y 37): esta dimensión comprende 7 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Incluye síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Estos síntomas estarían principalmente incluidos en los trastornos de somatización. Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente.

$$SOM = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{7}$$



2. Obsesión-compulsión (ítems: 5, 15, 26, 27, 32 y 36): los 6 ítems que comprende esta dimensión describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas. Estos síntomas se incluirían a los de un trastorno obsesivo-compulsivo y en menor medida a un trastorno de personalidad.

$$OBS = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{6}$$

3. Sensibilidad interpersonal (ítems 20, 21, 22 y 42): los 4 ítems recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

$$INT = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{4}$$

4. Depresión (ítems 9, 16, 17, 18, 35 y 50): los 6 ítems recogen signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los trastornos depresivos.

$$DEP = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{6}$$



5. Ansiedad (ítems 1, 12, 19, 38, 45 y 49): los 6 ítems de esta dimensión sintomática son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda (“pánico”). Incluye también signos de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas.

$$ANS = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{6}$$

6. Hostilidad (ítems 6, 13, 40, 41 y 46): los 5 ítems de esta dimensión aluden pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. Aunque es difícil establecer un diagnóstico asociado con este factor, podríamos considerar estos síntomas compatibles con un trastorno de personalidad antisocial.

$$HOS = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{5}$$

7. Ansiedad fóbica (ítems 8, 28, 31, 43 y 47): los 5 ítems de esta dimensión pretenden valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida. Sin embargo, están más representados y tienen mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social.

$$FOB = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{5}$$

8. Ideación paranoide (ítems 4, 10, 24, 48 y 51): esta dimensión sintomática está constituida por 5 ítems que recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a

un trastorno de ideación o un trastorno de personalidad paranoide. Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

$$\text{PAR} = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{5}$$

9. Psicoticismo (ítems 3, 14, 34, 44 y 53): los 5 síntomas que componen esta dimensión configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leve hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

$$\text{PSI} = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{5}$$

Existen cuatro ítems del Inventario Breve de Síntomas 11, 25, 39 y 52 (falta de apetito, insomnio, pensamientos sobre la muerte y sentimientos de culpa) que no se han podido asignar a ninguna dimensión específica porque tienen pesos factoriales altos en más de una.

Estos ítems se incluyen en una categoría denominada «ítems adicionales» y se han mantenido en el inventario por su marcado interés clínico.

$$\text{ADI} = \frac{\text{suma de los valores asignados a cada ítem de la dimensión}}{4}$$



El Inventario Breve de Síntomas contiene también tres índices globales que permiten obtener en una sola puntuación el grado general de malestar psicológico del individuo:

1. El «Índice global de gravedad» (Global Severity Index, GSI), concebido como el mejor indicador de los tres, combina el número de síntomas y la intensidad del malestar (distrés) percibido, y se obtiene dividiendo la puntuación total entre el número de ítems del instrumento (53).

Es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global.

$$GSI = \frac{\text{total de valores asignados a los elementos}}{\text{número total de ítems}}$$

2. El «índice total de los síntomas positivos» (Positive Symptoms Total, PST) es simplemente el cómputo de síntomas indicados por el sujeto. Contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la patología. Indica el estilo característico del individuo, informa sobre si maximiza o minimiza sus respuestas.

$$PST = \text{número de los ítems con valor distinto de 0}$$

3. El «Índice de distrés de síntomas positivos» (Positive Symptoms Distress Index, PSDI) es una medida de intensidad pura, relaciona el sufrimiento, “distrés” global con el número de síntomas, y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento. Es resultante de dividir la



puntuación total entre el número de ítems respondidos positivamente (puntuaciones superiores a cero).

$$\text{PSDI} = \frac{\text{total de los valores asignados a los elementos}}{\text{PST}}$$

Una persona debe responder por lo menos 40 ítems del BSI y no debe proporcionar la misma respuesta para que la prueba sea considerada como válida.

Interpretación y evaluación: Para obtener la puntuación directa hay que sumar los valores de cada ítem y dividir ese total entre el número de ítems respondidos en cada dimensión. Se realizan las operaciones indicadas para obtener los índices generales (en las divisiones indicadas se debe redondear el resultado a dos decimales).

En ocasiones, algún ítem puede ser dejado en blanco o estar contestado de manera dudosa. En estos casos, el cálculo de la dimensión o dimensiones sintomáticas a las que pertenece el ítem ausente o invalido se establece restando al denominador de la formula correspondiente un número equivalente al de los ítems eliminados.

Una vez halladas las puntuaciones directas de las dimensiones sintomáticas y los índices globales, podemos transformarlos en percentiles o puntuaciones T a partir de tablas correspondientes.



Las puntuaciones se interpretan por comparación con las normas apropiadas para la edad. El Manual de Administración, Puntuación y Procedimientos del BSI (Derogatis, 1993) proporciona datos normativos para cuatro muestras diferentes, incluyendo adultos no-pacientes, adolescentes de 13 a 17 años, pacientes ambulatorios psiquiátricos adultos y pacientes psiquiátricos adultos.

Usaremos la puntuación por percentiles y las tablas de baremos de la muestra general no clínica (la cual se encuentra dividida por sexo). Se ha de tomar cada una de las puntuaciones directas y recorrer el baremo de esa dimensión hasta encontrar el valor más aproximado. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en el aspecto evaluado.

Si el individuo se sitúa en el centil 80 o por encima en el GSI (Índice global de gravedad) o en al menos dos dimensiones sintomáticas, se acude a la tabla de baremos de pacientes con disfunción psicósomática témporo-mandibular. Si las puntuaciones centiles en esta segunda tabla son superiores al centil 80 en mujeres o al centil 70 en varones, se acude a las tablas de población psiquiátrica.

Según estos parámetros se realizó una tabla con los puntos de corte o baremos (anexo 02), según resultados se traza el perfil psicopatológico y permite definir tres niveles de morbilidad psiquiátrica:

1. Individuos sin morbilidad psiquiátrica.
2. Individuos con morbilidad psiquiátrica menor.
3. Individuos con patología psiquiátrica franca.



Confiabilidad y validez: La validez convergente entre las dimensiones del BSI y las escalas equivalentes del MMPI es, a juicio de los autores (Derogatis y Melisaratos, 1983), muy buena y equiparable a la obtenida con el SCL.

La magnitud de las correlaciones entre ambos instrumentos oscila entre 0,72 (depresión) y 0,30 (ansiedad fóbica). En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes de estabilidad (proceso de test-retest) oscilan entre 0,68 (somatización) y 0,91 (ansiedad fóbica), y los valores alfa de Cronbach entre 0,71 (psicoticismo) y 0,85 (depresión).

Además, las correlaciones halladas entre las dimensiones del BSI y las del SCL, utilizado como una forma alternativa del primero, son muy elevadas, situándose entre 0,92 (psicoticismo) y 0,99 (hostilidad) (anexo 03).

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida del Inventario Breve de Síntomas será tabulada en una base de datos en una hoja de cálculo. Se procederá a ingresar los registros a la base de datos del software estadístico SPSS versión 15 para Windows en español, configurando lectura de Variables Cuantitativas o numéricas y Cualitativas o de Cadena, previa numeración de cada registro.

Se utilizará estadística descriptiva para estimar la frecuencia y características de las sintomatologías psiquiátricas y el grado general de malestar psicológico de los estudiantes. Las distribuciones de las frecuencias de cada variable de estudio se representarán en tablas y gráficos mediante diagrama de barras.

Además, se determinará el grado de asociación de las sintomatologías psiquiátricas y las principales características sociodemográficos de los estudiantes, mediante la prueba de estadística inferencial χ^2 con un nivel de significancia $p < 0.05$ y un intervalo de confianza del 95%.



CAPÍTULO VI RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA Nro. 01

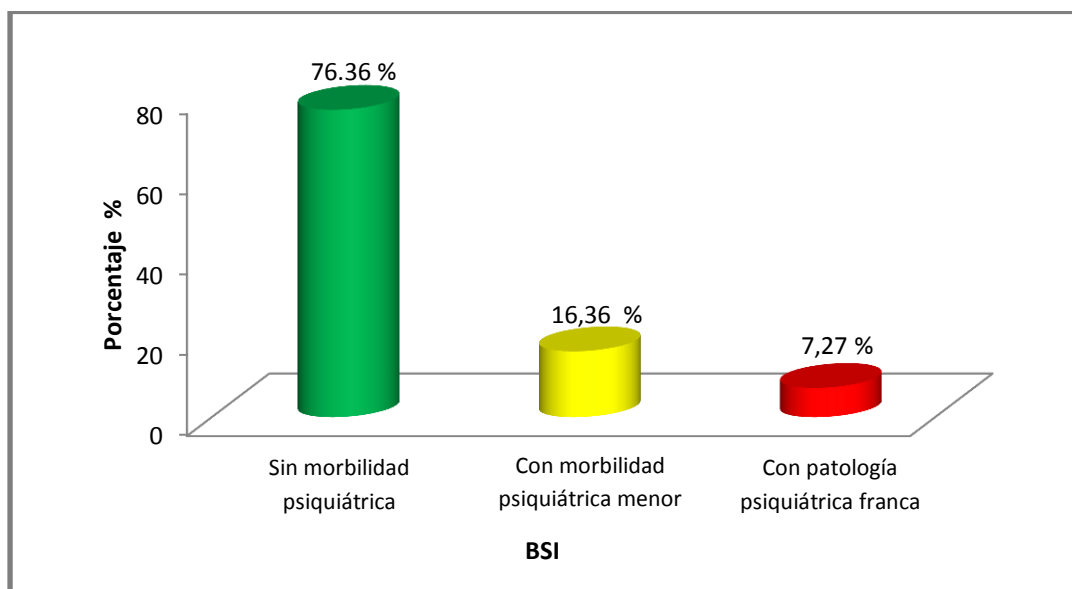
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL ESTADO DE SALUD MENTAL MEDIANTE EL BSI DE LOS DE ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Inventario breve de síntomas (BSI)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Individuos sin morbilidad Psiquiátrica	42	76.36
Individuos con morbilidad Psiquiátrica Menor	9	16.36
Individuos con patología Psiquiátrica Franca	4	7.27
Total	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ESTADO DE SALUD MENTAL MEDIANTE EL BSI EN LOS DE ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En el presente estudio fueron encuestados 55 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Con los resultados obtenidos se pudo realizar la presente tabla de estadística descriptiva y gráfico donde se aprecia la distribución por Estado de Salud Mental según resultados del Inventario Breve de Síntomas, basándonos en el GSI, el cual determina tres grados de morbilidad psiquiátrica según los baremos establecidos, el 76,36% son estudiantes sin morbilidad Psiquiátrica, por lo tanto presentan un buen estado de Salud Mental, el 16,36% presentan morbilidad Psiquiátrica menor y el 7,27 % patología Psiquiátrica franca, siendo estos dos últimos casos estudiantes que presentan alteraciones del estado de salud mental.

TABLA Nro. 02

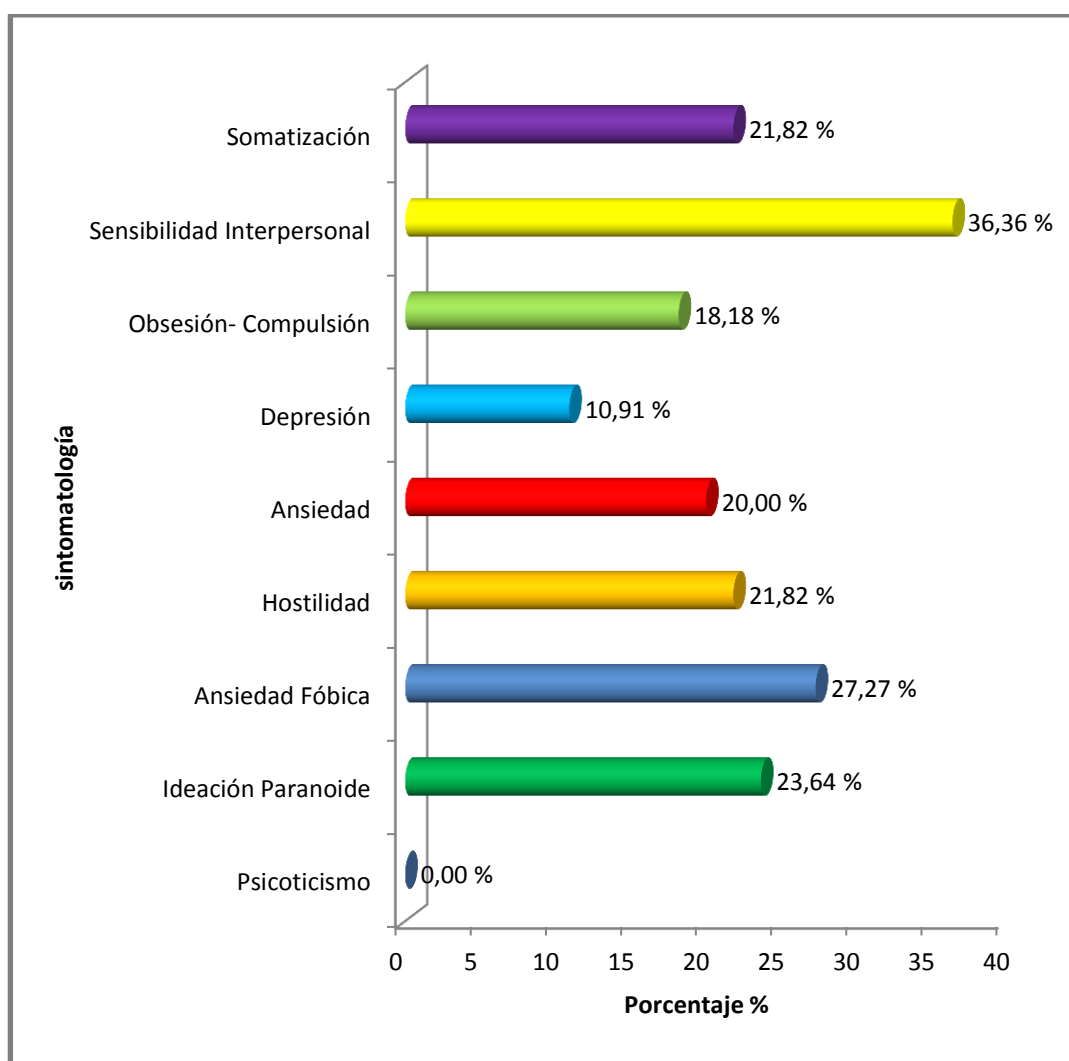
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA SEGÚN NIVELES DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DEL BSI EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Sintomatología Psiquiátrica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Somatización	12	21.82
Con morbilidad psiquiátrica menor	9	
Con patología psiquiátrica franca	3	
Sensibilidad Interpersonal	20	36.36
Con morbilidad psiquiátrica menor	14	
Con patología psiquiátrica franca	6	
Obsesión- Compulsión	10	18.18
Con morbilidad psiquiátrica menor	5	
Con patología psiquiátrica franca	5	
Depresión	6	10.91
Con morbilidad psiquiátrica menor	1	
Con patología psiquiátrica franca	5	
Ansiedad	11	20.00
Con morbilidad psiquiátrica menor	4	
Con patología psiquiátrica franca	7	
Hostilidad	12	21.82
Con morbilidad psiquiátrica menor	1	
Con patología psiquiátrica franca	11	
Ansiedad Fóbica	15	27.27
Con morbilidad psiquiátrica menor	4	
Con patología psiquiátrica franca	11	
Ideación Paranoide	13	23.64
Con morbilidad psiquiátrica menor	8	
Con patología psiquiátrica franca	5	
Psicoticismo	0	0.00
Con morbilidad psiquiátrica menor	0	
Con patología psiquiátrica franca	0	
Total de estudiantes encuestados	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA SEGÚN NIVELES DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DEL BSI EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia



INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de las 9 sintomatologías Psiquiátricas del BSI en relación a los niveles de morbilidad psiquiátrica. Del total de la población encuestada la mayor frecuencia corresponde a la sintomatología psiquiátrica Sensibilidad Interpersonal 36,36% que corresponde a 20 casos, de los cuales, 14 estudiantes presentan casos de morbilidad psiquiátrica menor y 6 casos de patología psiquiátrica franca. Ansiedad Fóbica 27,27% que corresponde a 15 casos, de los cuales, 4 estudiantes presentan casos de morbilidad psiquiátrica menor y 11 con patología psiquiátrica franca, Ideación Paranoide 23,64%, que corresponde a 13 casos, de los cuales, 8 estudiantes con morbilidad psiquiátrica menor y 5 con patología psiquiátrica franca, Somatización 21,82% que corresponde a 12 casos, de los cuales, 9 estudiantes con morbilidad psiquiátrica menor y 3 con patología psiquiátrica franca, Hostilidad con 21,82% , que corresponde a 12 casos, de los cuales 1 caso con morbilidad psiquiátrica menor y 11 casos de patología psiquiátrica franca, Ansiedad 20,00% que corresponde a 11 casos, de los cuales, 4 con morbilidad psiquiátrica menor y 7 con patología psiquiátrica franca, Obsesión-compulsión 18,18%, correspondiente a 10 casos, de los cuales 5 estudiantes cursan con una morbilidad psiquiátrica menor y 5 con patología psiquiátrica franca, Depresión 19,91% que corresponde a 6 casos, 1 de morbilidad psiquiátrica menor y 5 de patología psiquiátrica franca y Psicoticismo con ningún caso que corresponde a un 0,00 %.

TABLA Nro. 03

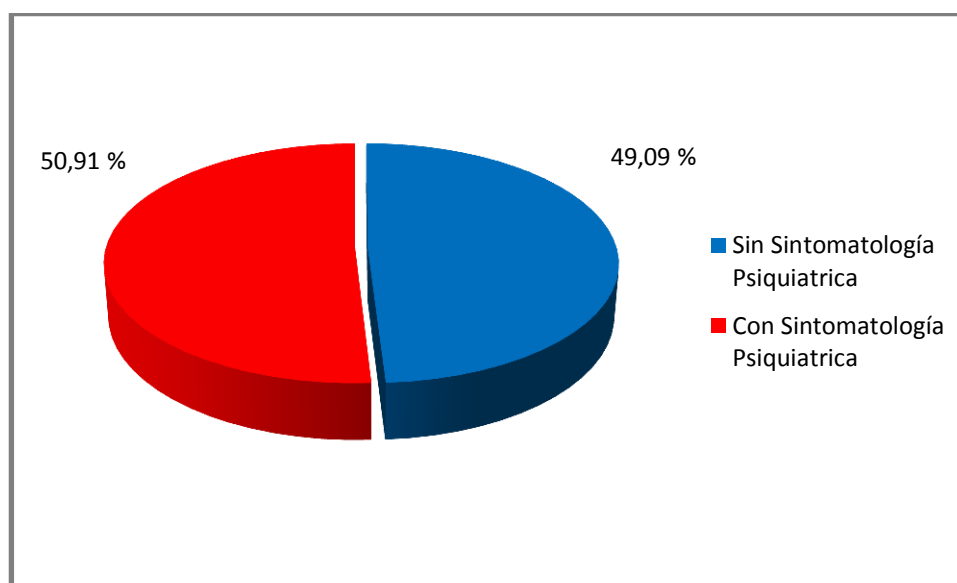
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Sintomatología Psiquiátrica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin Sintomatología Psiquiátrica	27	49.09
Con Sintomatología Psiquiátrica	28	50.91
Total	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia



INTERPRETACIÓN:

La presente tabla y gráfico representa los resultados del Inventario Breve de Síntomas, tomando en cuenta los perfiles de alumnos que no presentan sintomatología alguna diferenciándolos de los que sí la presentan, sin importar el nivel de morbilidad psiquiátrica, si se trata de una intensidad menor o franca. Tomando en cuenta lo mencionado, encontramos que 27 estudiantes (49,09 %) no presentaron sintomatología alguna, mientras que 28 estudiantes (50,09 %) presentan por lo menos un síntoma psiquiátrico.

TABLA Nro. 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN ÍNDICES GLOBALES DEL BSI EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Índices Globales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
GSI		
Individuos sin morbilidad Psiquiátrica	42	76.36
Individuos con morbilidad Psiquiátrica Menor	9	16.36
Individuos con patología Psiquiátrica Franca	4	7.27
PST		
Maximiza	12	21.82
Normal	37	67.27
Minimiza	6	10.91
PSDI		
Minimizan síntomas	2	3.64
Normal	52	94.54
Dramatiza	1	1.82
Extremo Dramático	0	0.00
Total	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar los valores de los Índices Globales del BSI por categorías, donde según GSI hay 4 estudiantes (7,27 %) que presenta patología psiquiátrica franca; según el PST encontramos a 6 estudiantes (10,91 %) que aparentan minimizar sus alteraciones mentales y 12 (21,82 %) que tienden a maximizar su sintomatología psiquiátrica. Finalmente al asociar los valores de los síntomas positivos y los valores del PSDI, se encontró que 2 estudiantes (3,64 %) presentaron tendencia a mostrarse libres de problemas psiquiátricos y 1 estudiante (1,82 %) presenta tendencia al dramatismo, no se encontró ninguno con tendencia al dramatismo extremo.

TABLA Nro. 05

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR ÍNDICES GLOBALES
RESULTADO DEL INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS APLICADO EN
ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.**

Estadísticos descriptivos		n°	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Índices Globales	GSI	55	0.00	3.09	0.54	0.63
	PST	55	0.00	53.00	18.50	14.82
	PSDI	55	0.00	3.02	1.28	0.51
Masculino	GSI	33	0.04	2.58	0.52	0.53
	PST	33	2.00	52.00	19.03	13.18
	PSDI	33	1.00	2.58	1.28	0.39
Femenino	GSI	22	0.00	3.09	0.58	0.77
	PST	22	0.00	53.00	17.72	17.29
	PSDI	22	0.00	3.02	1.28	0.66

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar los valores de los Índices Globales, donde según GSI, el cual es la mejor medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psíquico, se encontró como valor mínimo 0 y máximo 3,09; con una media de 0,54, $\pm 0,63$, en cuanto al sexo masculino el GSI el valor mínimo corresponde a 0,04 y el máximo 2,58 con una media de $0,52 \pm 0,53$ mientras que en el sexo femenino el valor mínimo del GSI corresponde a 0,00 y el máximo 3,09 con una media de $0,58 \pm 0,77$, lo cual indica que el sexo femenino presenta mayor intensidad de sufrimiento psíquico.

Por otro lado, en cuanto al PST el valor mínimo corresponde a 0 y el máximo 53 con una media de $18,50 \pm 14,82$, en cuanto al sexo masculino el valor mínimo corresponde a 2,00 y el máximo 52,00 con una media de $19,03 \pm 13,18$, mientras

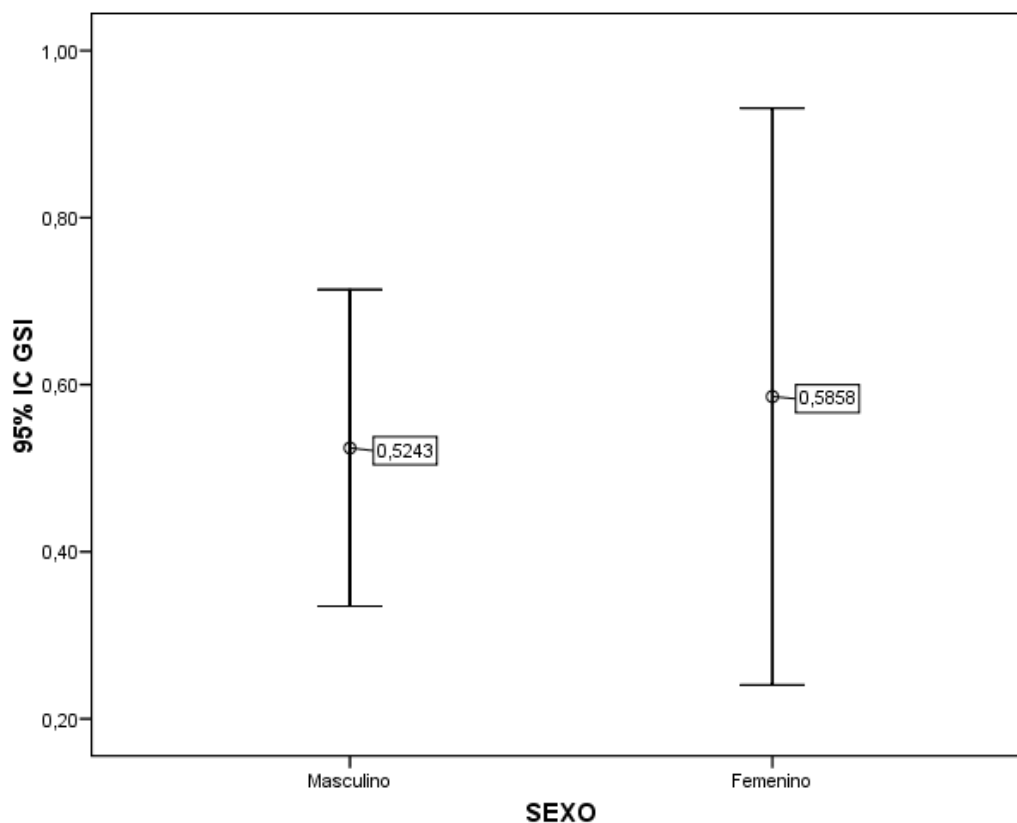


que en el sexo femenino el valor mínimo corresponde a 0 y el máximo 53 con una media de $17,72 \pm 17,29$, lo cual significa que se encontraron casos de minimizadores y maximizadores de síntomas en ambos géneros, pero los valores extremos corresponden al sexo femenino.

Finalmente en cuanto al PSDI el valor mínimo corresponde a 0 y el máximo 3,02 con una media de $1,28 \pm 0,51$, en cuanto al sexo masculino el valor mínimo corresponde a 1,00 y el máximo 2,58 con una media de $1,28 \pm 0,39$, mientras que en el sexo femenino el valor mínimo corresponde a 0,00 y el máximo 3,02 con una media de $1,28 \pm 0,66$, lo cual significa que los casos extremos de fingimiento tanto al querer minimizar los síntomas y tendencia al dramatismo corresponden al sexo femenino ($p < 0.05$).

GRÁFICO Nro. 04

DISTRIBUCIÓN DE PROMEDIO DEL GSI SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

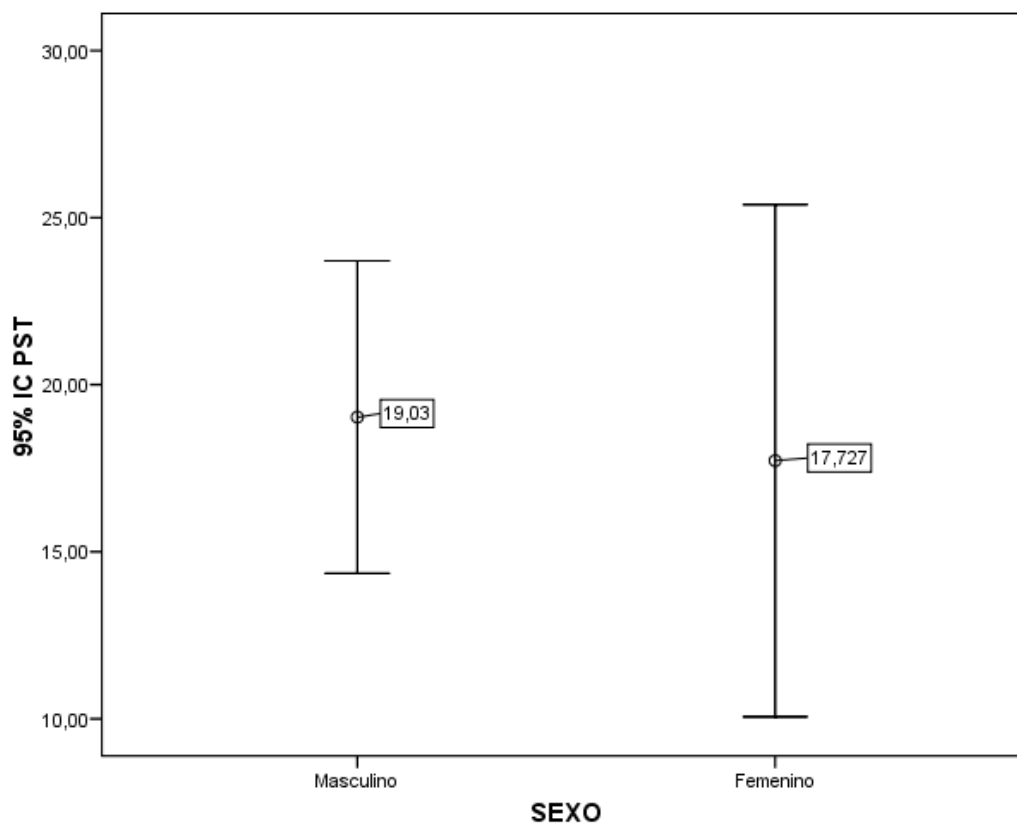


INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico de intervalo de confianza comparamos los promedios del GSI, que varían discretamente entre ambos sexos, es así que el promedio de los varones corresponde a 0,5243 mientras que el promedio en mujeres 0,5858 esto significa que el promedio es ligeramente superior en mujeres y de mayor variabilidad que en los varones.

GRÁFICO Nro. 05

DISTRIBUCIÓN DE PROMEDIO DEL PST SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

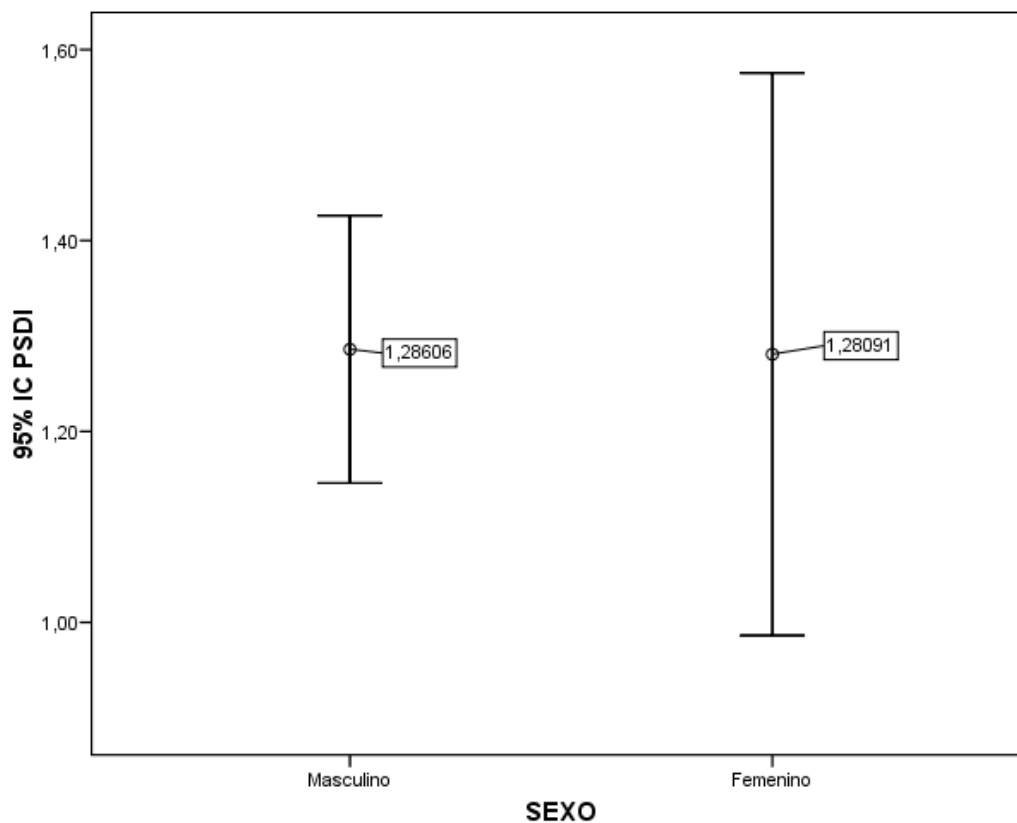


INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico de intervalo de confianza comparamos los promedios del PST, que varían discretamente entre ambos sexos, es así que el promedio de los varones corresponde a 19,03 mientras que el promedio en mujeres 17,727 esto significa que el promedio es ligeramente inferior en mujeres, pero de mayor variabilidad que en los varones.

GRÁFICO Nro. 06

GRÁFICO DE INTERVALO DE CONFIANZA PARA DISTRIBUCIÓN DE PROMEDIO DEL PSDI SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico de intervalo de confianza comparamos los promedios del PSDI, que varían discretamente entre ambos sexos, es así que el promedio de los varones corresponde a 1,28606 mientras que el promedio en mujeres 1,28091 esto significa que los promedios son similares entre hombres y mujeres, pero de mayor variabilidad en mujeres.



TABLA Nro. 06

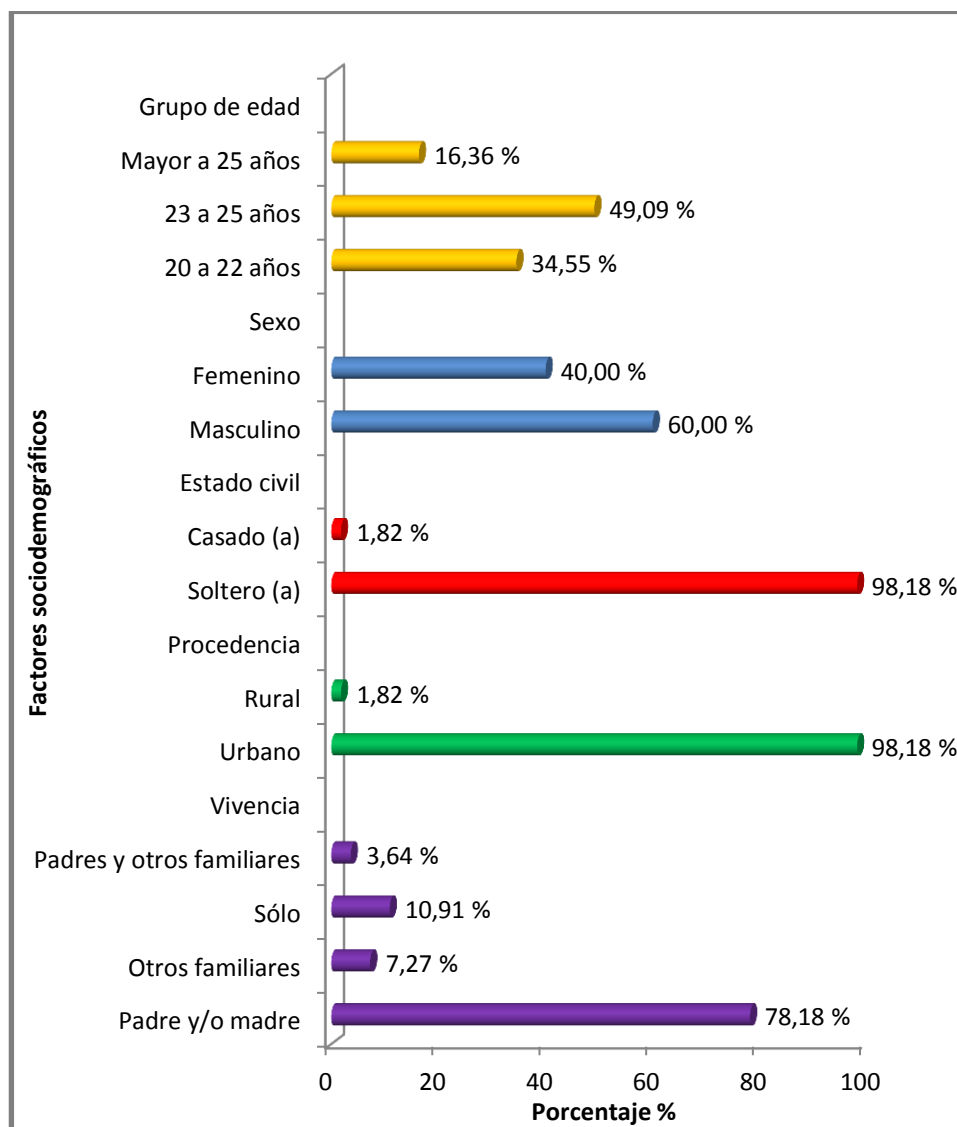
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Factores sociodemográficos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grupo de edad		
20 a 22 años	19	34.55
23 a 25 años	27	49.09
Mayor a 25 años	9	16.36
Media y DE	Mínimo	Máximo
23.76 ± 3.19	21	41
Sexo		
Masculino	33	60.00
Femenino	22	40.00
Estado civil		
Soltero (a)	54	98.18
Casado (a)	1	1.82
Procedencia		
Urbano	54	98.18
Rural	1	1.82
Vivencia		
Padre y/o madre	43	78.18
Otros familiares	4	7.27
Sólo	6	10.91
Padres y otros familiares	2	3.64
Total	55	100.00

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 07

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia



INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla de estadística descriptiva y gráfico se puede apreciar la distribución de los factores sociodemográficos de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017.

Edad. El mayor porcentaje corresponde a estudiantes entre 23 a 25 años con un 49,10% (27 estudiantes), seguido del grupo de edad entre 20 a 22 años con un 34,55% (19 estudiantes) y finalmente el grupo mayor a 25 años con un 16,36% (9 estudiantes). La edad promedio es de $23,76 \pm 3,19$ años, la edad mínima fue de 21 años y la edad máxima de 41 años.

Sexo. El 60,00 % de los encuestados corresponde al sexo masculino (33 estudiantes) y el 40,00 % al sexo femenino (22 estudiantes).

Estado civil. El 98,18 % (54 estudiantes) son solteros, mientras que el 1,82 % (1 estudiante) es casado.

Procedencia. El 98,18% (54 estudiantes) tiene procedencia de zona urbana, mientras que 1,82 % (1 estudiante) procede de zona rural.

Vivencia. El 78,18% (43 estudiantes) refiere vivir con su padre y/o madre, el 10,91% (6 estudiantes) menciona vivir sólo, el 7,27% (4 estudiantes) refiere vivir con otros familiares y finalmente el 3,64% (2 estudiantes) menciona que viven con sus padres y otros familiares.

TABLA Nro. 07

CORRELACIÓN POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

	Sintomatología Psiquiátrica	Correlación	Factores Sociodemográficos				
			Edad	Sexo	Estado civil	Procedencia	Vivencia
Rho de Spearman	Somatización	Coeficiente de correlación	-	-	.043	.043	-.080
		Sig. (bilateral)	.202	.140	.755	.755	.563
	Sensibilidad Interpersonal	Coeficiente de correlación	-.137	-	.085	.085	-.195
		Sig. (bilateral)	.318	.537	.537	.537	.153
	Obsesión-Compulsión	Coeficiente de correlación	0.339 (*)	-	.015	.015	-.253
		Sig. (bilateral)	.011	.717	.912	.912	.062
	Depresión	Coeficiente de correlación	-.256	-	-.169	.072	-.186
		Sig. (bilateral)	.060	.901	.218	.600	.175
	Ansiedad	Coeficiente de correlación	0.351 (**)	.042	-.214	.036	-.261
		Sig. (bilateral)	.009	.762	.116	.796	.055
	Hostilidad	Coeficiente de correlación	-.133	-	.052	.212	-.019
		Sig. (bilateral)	.332	.730	.707	.120	.892
	Ansiedad Fóbica	Coeficiente de correlación	-.061	.016	-.171	.078	-.110
		Sig. (bilateral)	.657	.908	.213	.571	.423
	Ideación Paranoide	Coeficiente de correlación	-.144	-	.043	.264	-.196
		Sig. (bilateral)	.295	.132	.755	.052	.151
	Psicoticismo	Coeficiente de correlación	-.129	-	-.133	.100	-.141
		Sig. (bilateral)	.349	.408	.334	.470	.304

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla de correlaciones podemos apreciar la correlación entre las 9 Sintomatologías Psiquiátricas y factores sociodemográficos, donde la significativa (bilateral) es el valor $p < 0.05$ y su coeficiente de correlación representa la magnitud de la asociación, con tales datos se aprecia que existe correlación inversa o negativa entre Edad y la sintomatología psiquiátrica Obsesión-compulsión, así mismo entre edad y Ansiedad, esto quiere decir que a menor edad hay mayor intensidad de sintomatología Obsesiva- Compulsiva y a menor edad se presenta mayor Ansiedad (Valor $p < 0,05$).

TABLA Nro. 08

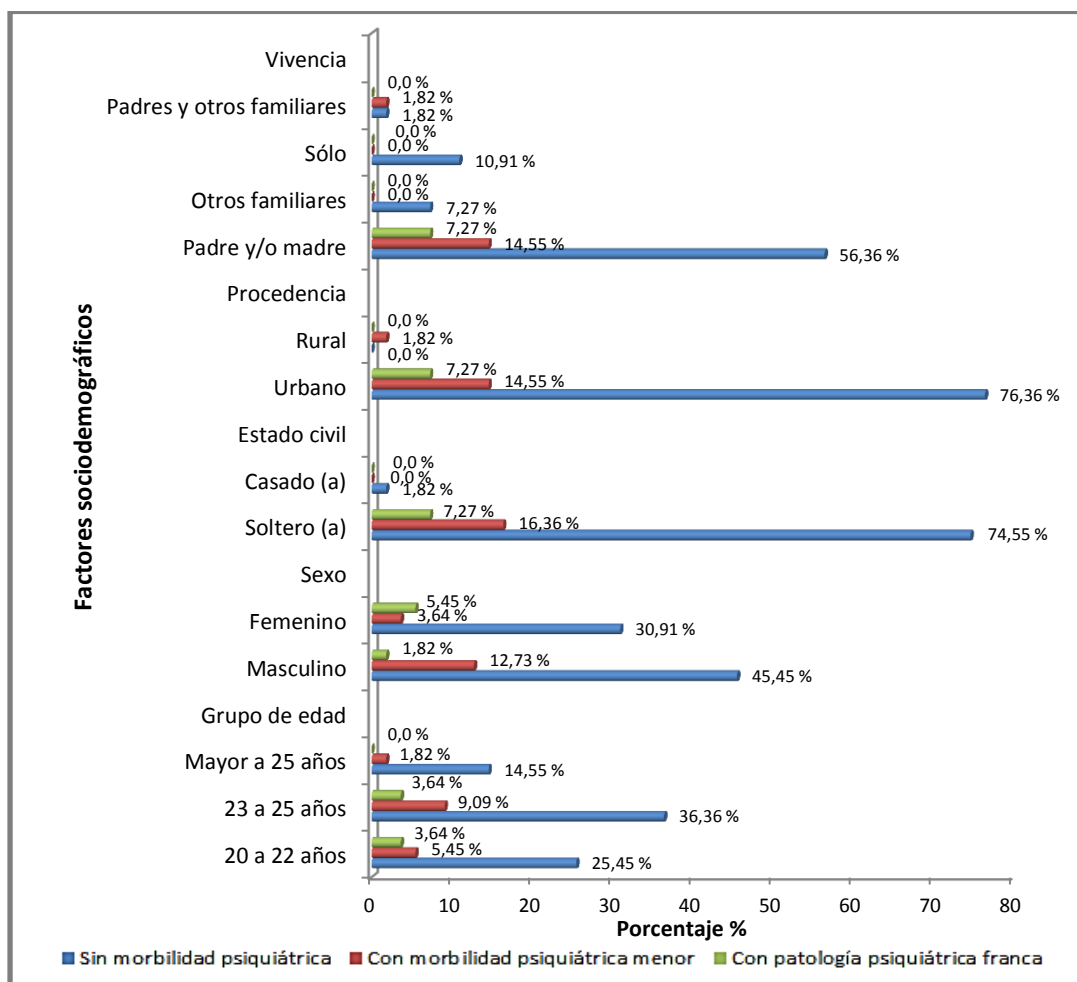
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR ESTADO DE SALUD MENTAL SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Factores sociodemográficos	ESTADO DE SALUD MENTAL						Asociación			
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		Total		Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	Rho Spearman	Valor p
Grupo de edad										
20 a 22 años	14	25.45	3	5.45	2	3.64	19	34.55	-0.128	0.847
23 a 25 años	20	36.36	5	9.09	2	3.64	27	49.09		
Mayor a 25 años	8	14.55	1	1.82	0	.00	9	16.36		
Sexo										
Masculino	25	45.45	7	12.73	1	1.82	33	60.00	0.074	0.199
Femenino	17	30.91	2	3.64	3	5.45	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	41	74.55	9	16.36	4	7.27	54	98.18	-0.070	0.854
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	42	76.36	8	14.55	4	7.27	54	98.18	0.157	0.074
Rural	0	.00	1	1.82	0	.00	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	31	56.36	8	14.55	4	7.27	43	78.18	-0.135	0.508
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	1	1.82	1	1.82	0	.00	2	3.64		
Total	42	76.36%	9	16.36	4	7.27	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR ESTADO DE SALUD MENTAL SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución por Estado de Salud Mental del BSI y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables. El estado de salud mental no difiere según lo factores sociodemográficos.

TABLA Nro. 09

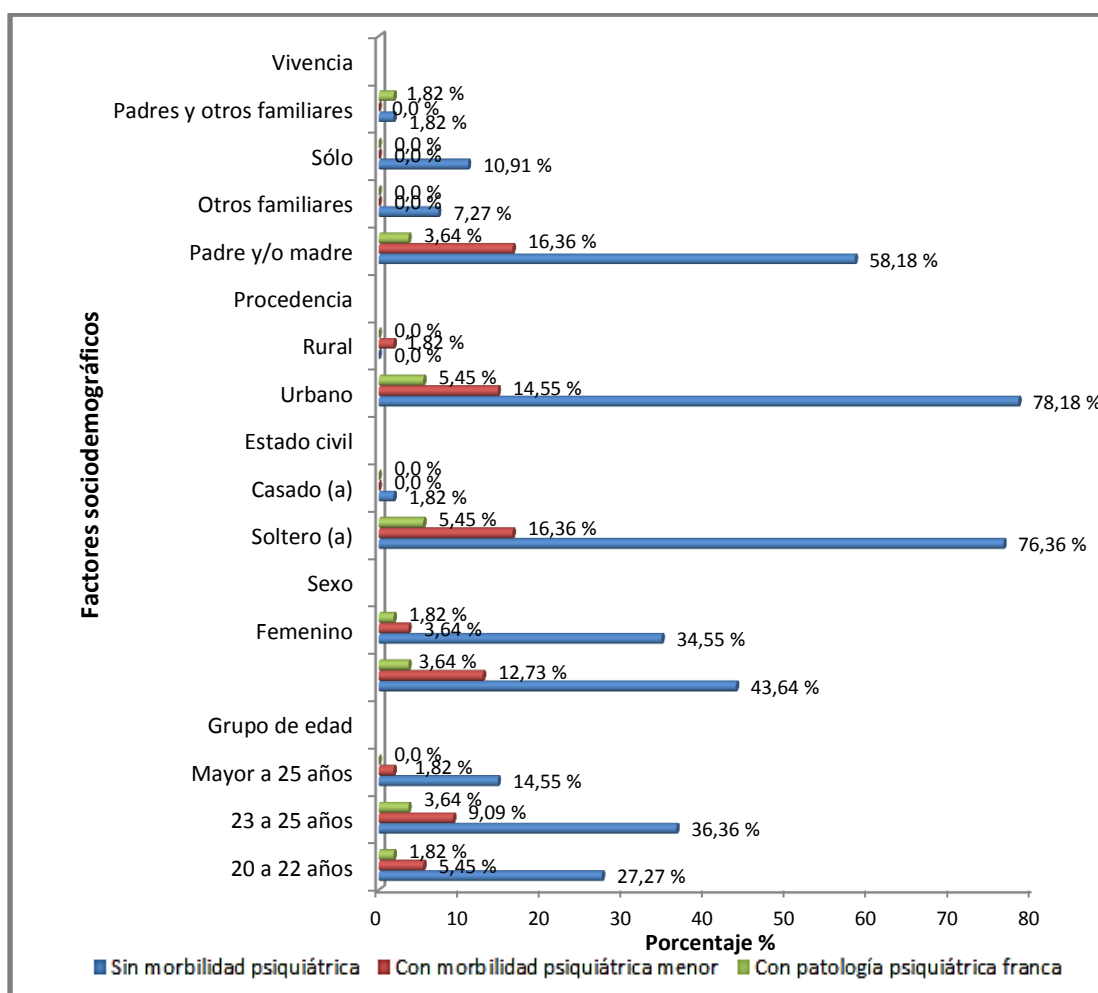
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA DE SOMATIZACIÓN SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017.**

Factores sociodemográficos	Somatización						Total		Asociación	
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca				Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	Rho Spearman	Valor p
Grupo de edad										
20 a 22 años	15	27.27	3	5.45	1	1.82	19	34.55	-0.060	0.894
23 a 25 años	20	36.36	5	9.09	2	3.64	27	49.09		
Mayor a 25 años	8	14.55	1	1.82	0	.00	9	16.36		
Sexo										
Masculino	24	43.64	7	12.73	2	3.64	33	60.00	-0.134	0.460
Femenino	19	34.55	2	3.64	1	1.82	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	42	76.36	9	16.36%	3	5.45	54	98.18	-0.067	0.868
Casado (a)	1	1.82	0	.00%	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	43	78.18	8	14.55	3	5.45	54	98.18	0.178	0.074
Rural	0	.00	1	1.82	0	.00	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	32	58.18	9	16.36	2	3.64	43	78.18	-0.010	0.080
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	1	1.82	0	.00	1	1.82	2	3.64		
Total	43	78.18	9	16.36	3	5.45	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 09

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE SOMATIZACIÓN SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Somatización y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables.



TABLA Nro. 10

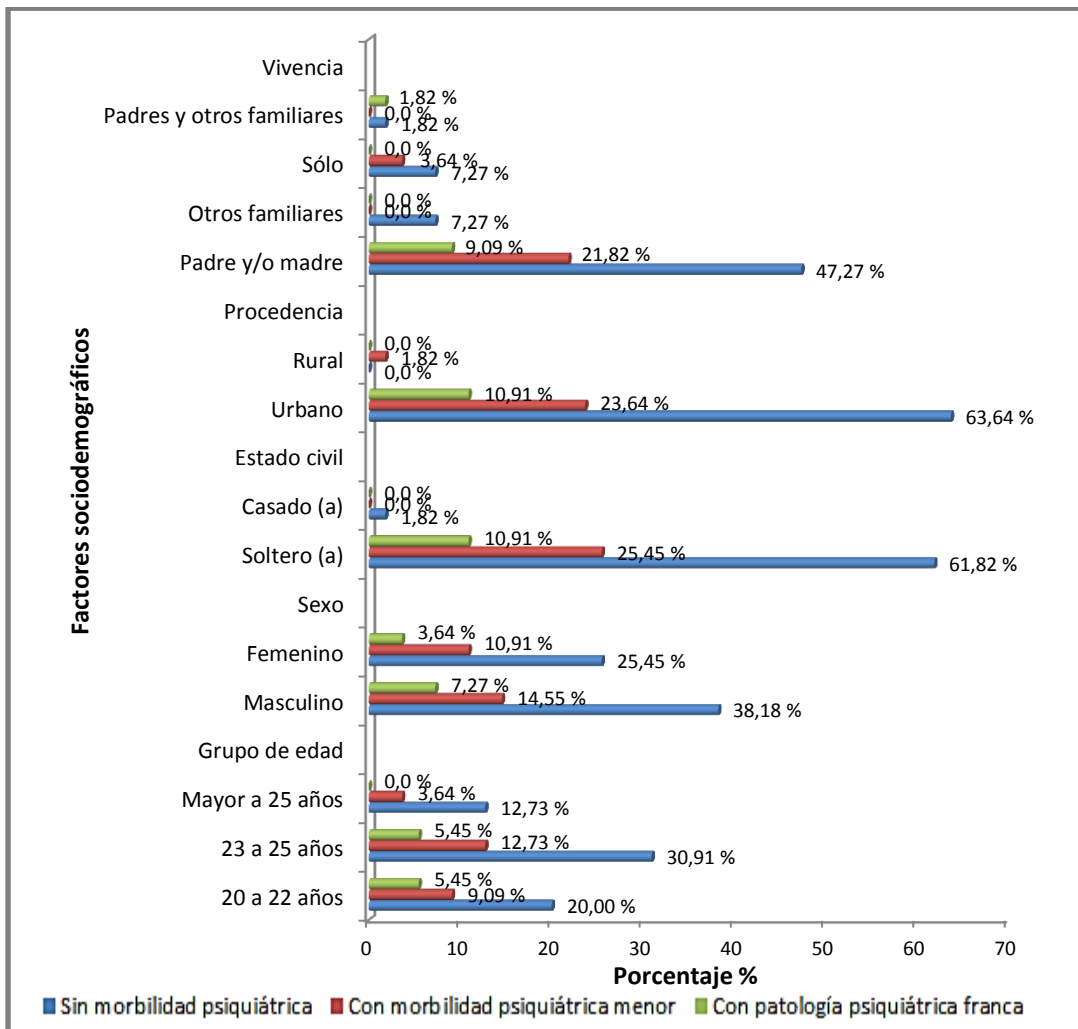
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE SENSIBILIDAD INTERPERSONAL SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Factores sociodemográficos	Sensibilidad Interpersonal						Asociación			
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		Total		Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	Rho Spearman	Valor p
Grupo de edad										
20 a 22 años	11	20.00	5	9.09	3	5.45	19	34.55	-0.165	0.768
23 a 25 años	17	30.91	7	12.73	3	5.45	27	49.09		
Mayor a 25 años	7	12.73	2	3.64	0	.00	9	16.36		
Sexo										
Masculino	21	38.18	8	14.55	4	7.27	33	60.00	-0.022	0.924
Femenino	14	25.45	6	10.91	2	3.64	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	34	61.82	14	25.45	6	10.91	54	98.18	-0.094	0.748
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	35	63.64	13	23.64	6	10.91	54	98.18	0.105	0.225
Rural	0	.00	1	1.82	0	.00	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	26	47.27	12	21.82	5	9.09	43	78.18	0.004	0.354
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	4	7.27	2	3.64	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	1	1.82	0	.00	1	1.82	2	3.64		
Total	35	63.64	14	25.45	6	10.91	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE SENSIBILIDAD INTERPERSONAL SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica Sensibilidad Interpersonal y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables.

TABLA Nro. 11

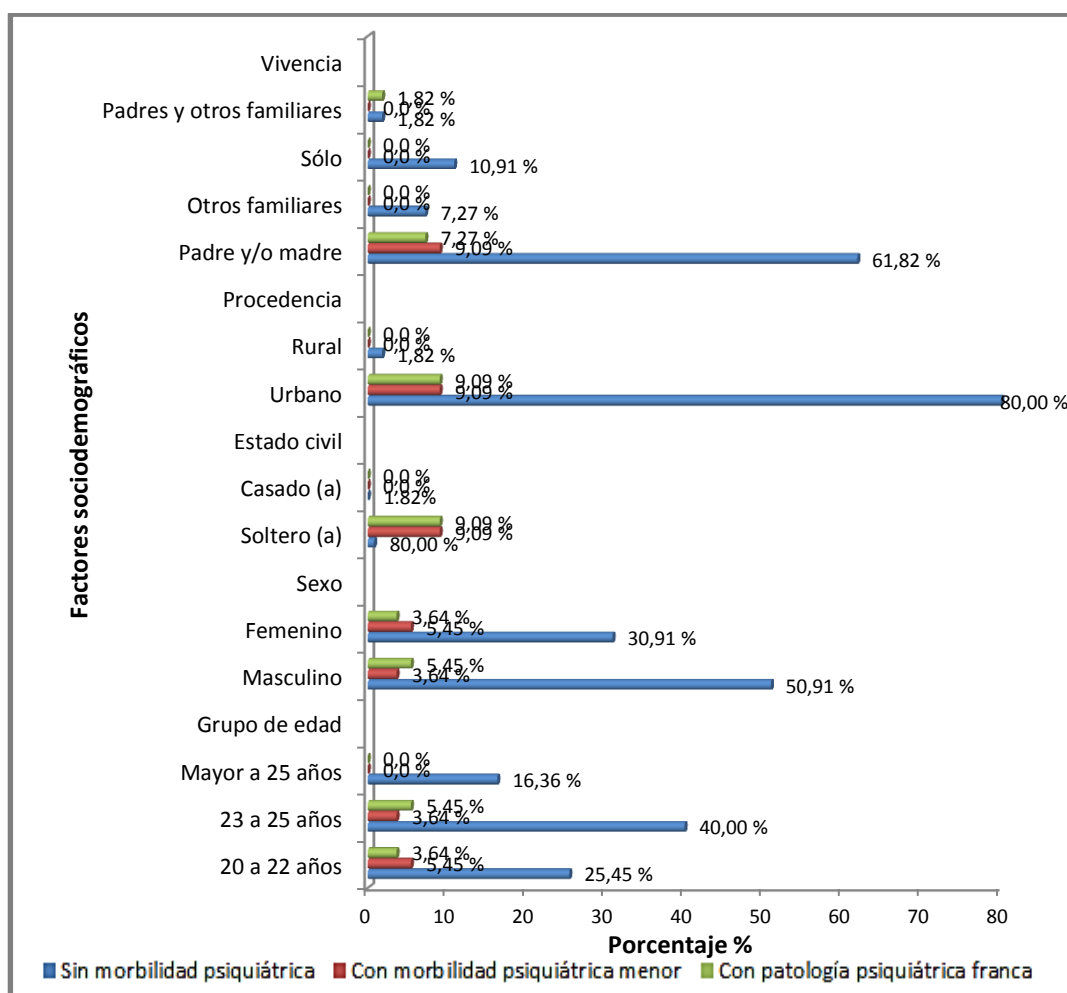
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE OBSESIÓN – COMPULSIÓN SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Factores sociodemográficos	Obsesión- Compulsión						Total				Asociación	
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		n	%	n	%	Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%						
Grupo de edad												
20 a 22 años	14	25.45	3	5.45	2	3.64	19	34.55			-0.183	0.503
23 a 25 años	22	40.00	2	3.64	3	5.45	27	49.09				
Mayor a 25 años	9	16.36	0	.00	0	.00	9	16.36				
Sexo												
Masculino	28	50.91	2	3.64	3	5.45	33	60.00			0.060	0.629
Femenino	17	30.91	3	5.45	2	3.64	22	40.00				
Estado civil												
Soltero (a)	44	80.00%	5	9.09	5	9.09	54	98.18			-0.060	0.893
Casado (a)	1	1.82%	0	.00	0	.00	1	1.82				
Procedencia												
Urbano	44	80.00	5	9.09	5	9.09	54	98.18			-0.060	0.893
Rural	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82				
Vivencia												
Padre y/o madre	34	61.82	5	9.09	4	7.27	43	78.18			-0.009	0.351
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27				
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91				
Padres y otros familiares	1	1.82	0	.00	1	1.82	2	3.64				
Total	45	81.82	5	9.09	5	9.09	55	100.00				

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE OBSESIÓN – COMPULSIÓN SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA DURANTE EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Obsesión - Compulsión y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables.

TABLA Nro. 12

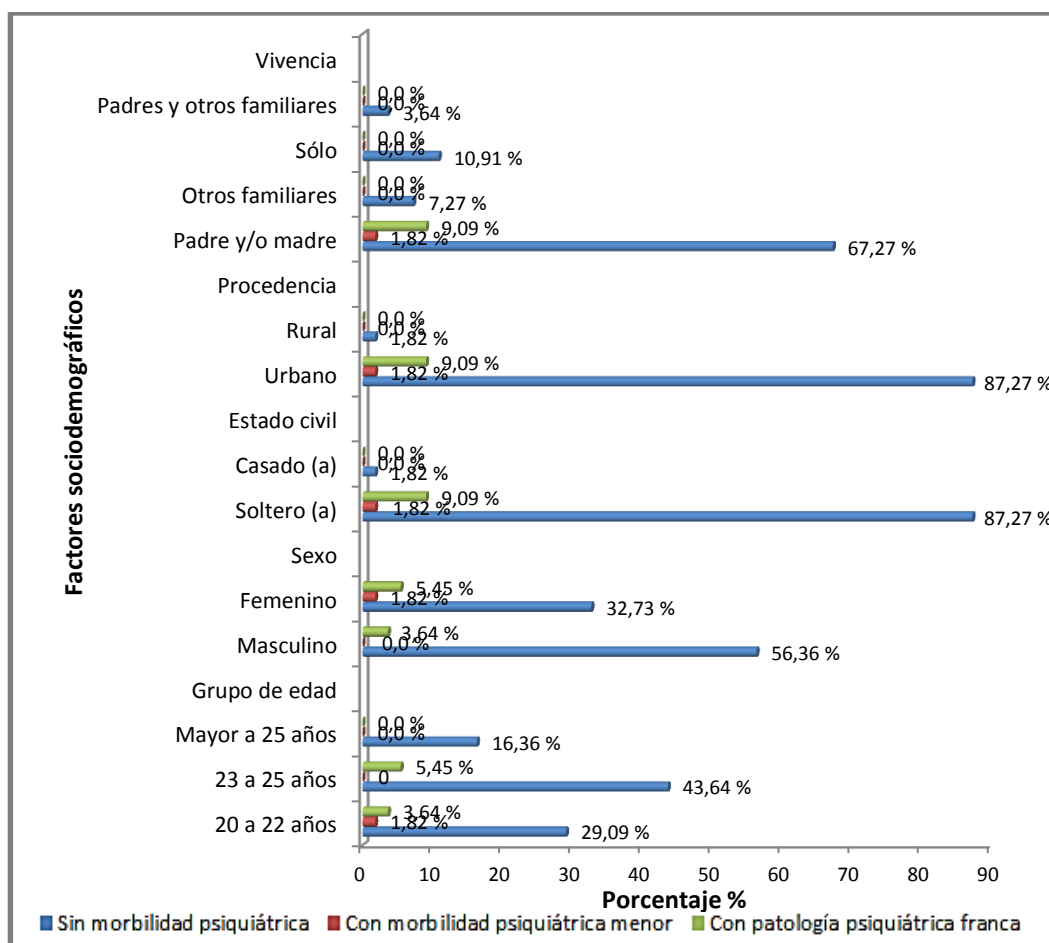
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA DE DEPRESIÓN SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017.**

Factores sociodemográficos	Depresión						Asociación			
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		Total		Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	Rho Spearman	Valor p
Grupo de edad										
20 a 22 años	16	29.09	1	1.82	2	3.64	19	34.55	-0.135	0.550
23 a 25 años	24	43.64	0	.00	3	5.45	27	49.09		
Mayor a 25 años	9	16.36	0	.00	0	.00	9	16.36		
Sexo										
Masculino	31	56.36	0	.00	2	3.64	33	60.00	0.165	0.279
Femenino	18	32.73	1	1.82	3	5.45	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	48	87.27	1	1.82	5	9.09	54	98.18	-0.047	0.940
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	48	87.27	1	1.82	5	9.09	54	98.18	-0.047	0.940
Rural	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	37	67.27	1	1.82	5	9.09	43	78.18	-0.155	0.930
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	2	3.64	0	.00	0	.00	2	3.64		
Total	49	89.09	1	1.82	5	9.09	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE DEPRESIÓN SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Depresión y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables.

TABLA Nro. 13

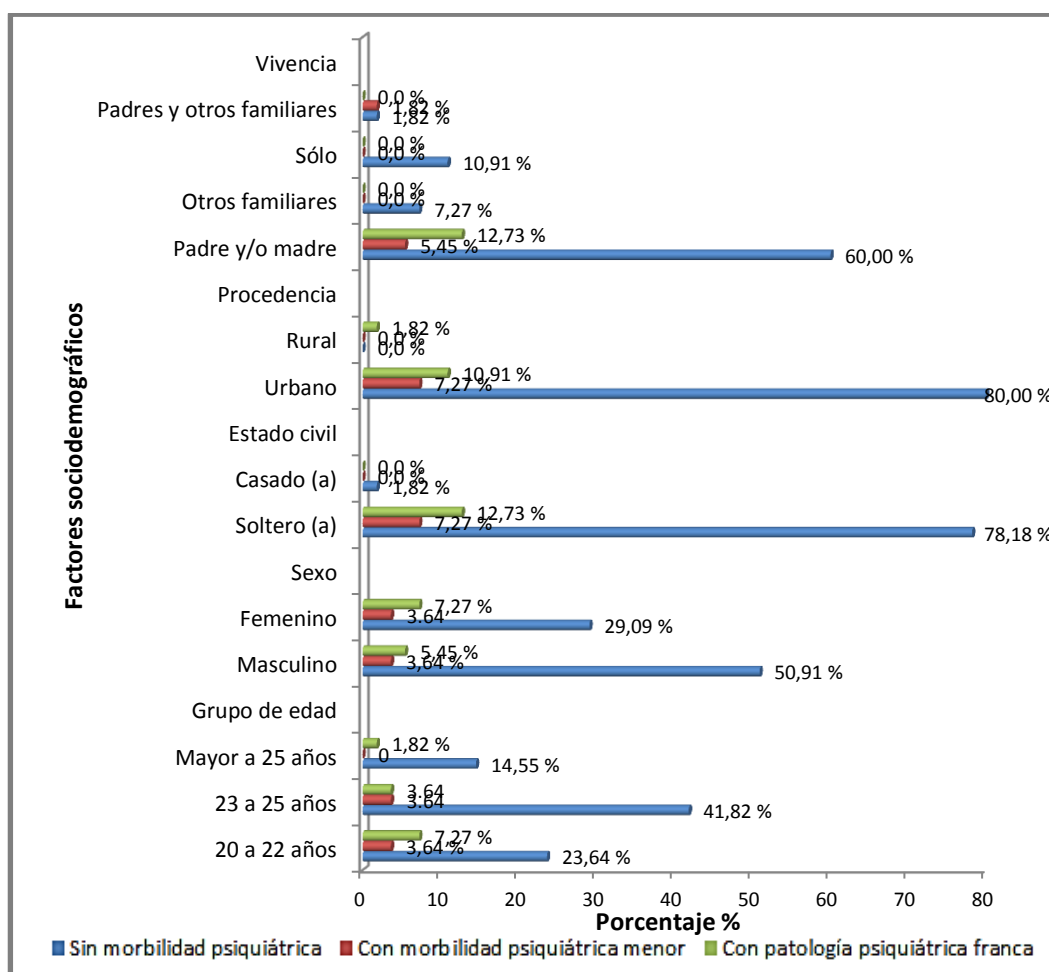
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA DE ANSIEDAD SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017.**

Factores sociodemográficos	Ansiedad						Asociación			
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		Total		Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	Rho Spearman	Valor p
Grupo de edad										
20 a 22 años	13	23.64	2	3.64	4	7.27	19	34.55	-0.181	0.544
23 a 25 años	23	41.82	2	3.64	2	3.64	27	49.09		
Mayor a 25 años	8	14.55	0	.00	1	1.82	9	16.36		
Sexo										
Masculino	28	50.91	2	3.64	3	5.45	33	60.00	0.151	0.531
Femenino	16	29.09	2	3.64	4	7.27	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	43	78.18	4	7.27	7	12.73	54	98.18	-0.065	0.880
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	44	80.00	4	7.27	6	10.91	54	98.18	0.330	0.030
Rural	0	.00	0	.00	1	1.82	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	33	60.00	3	5.45	7	12.73	43	78.18	-0.129	0.204
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	1	1.82	1	1.82	0	.00	2	3.64		
Total	44	80.00	4	7.27	7	12.73	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE ANSIEDAD SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Ansiedad y los factores sociodemográficos, donde encontramos asociación estadística y correlación con procedencia.

TABLA Nro. 14

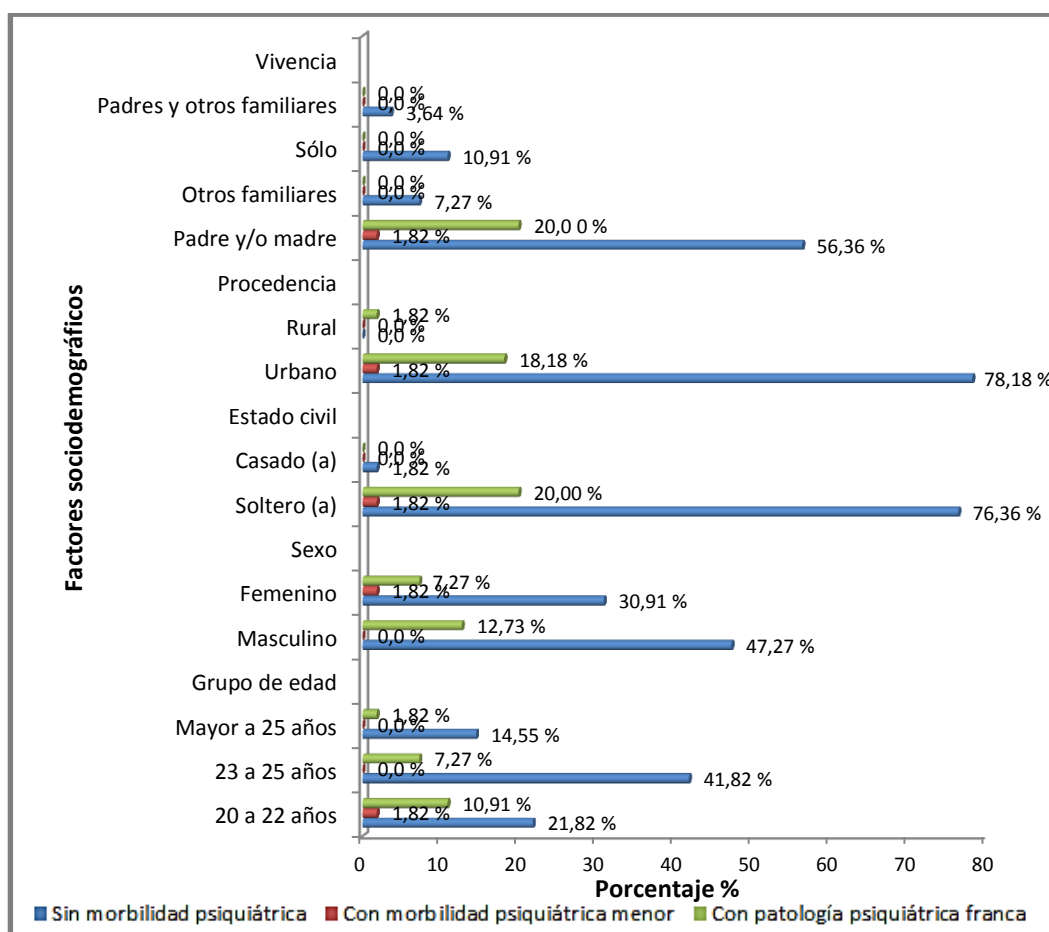
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA DE HOSTILIDAD SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017.**

Factores sociodemográficos	Hostilidad						Total		Asociación	
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		n	%	Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%				
Grupo de edad										
20 a 22 años	12	21.82	1	1.82	6	10.91	19	34.55	-0.224	0.315
23 a 25 años	23	41.82	0	.00	4	7.27	27	49.09		
Mayor a 25 años	8	14.55	0	.00	1	1.82	9	16.36		
Sexo										
Masculino	26	47.27	0	.00	7	12.73	33	60.00	-0.009	0.457
Femenino	17	30.91	1	1.82	4	7.27	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	42	76.36	1	1.82	11	20.00	54	98.18	-0.071	0.868
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	43	78.18	1	1.82	10	18.18	54	98.18	0.268	0.048
Rural	0	.00	0	.00	1	1.82	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	31	56.36	1	1.82	11	20.00	43	78.18	-0.236	0.638
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	2	3.64	0	.00	0	.00	2	3.64		
Total	42	76.36%	9	16.36	4	7.27	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE HOSTILIDAD SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Hostilidad y los factores sociodemográficos, donde encontramos asociación estadística y correlación con procedencia.

TABLA Nro. 15

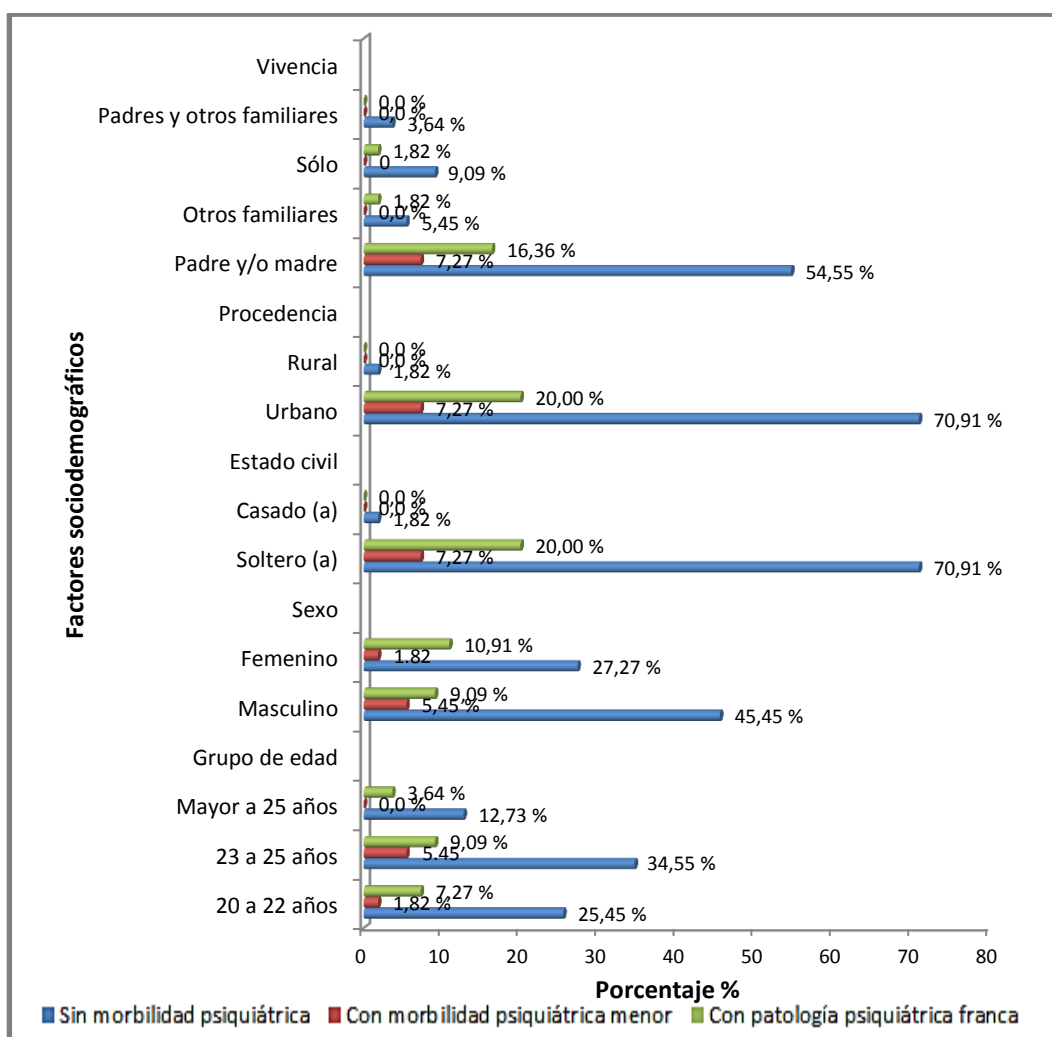
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE ANSIEDAD FÓBICA SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.

Factores sociodemográficos	Ansiedad Fóbica						Total		Asociación	
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		n	%	Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%				
Grupo de edad										
20 a 22 años	14	25.45	1	1.82	4	7.27	19	34.55	-0.009	0.840
23 a 25 años	19	34.55	3	5.45	5	9.09	27	49.09		
Mayor a 25 años	7	12.73	0	.00	2	3.64	9	16.36		
Sexo										
Masculino	25	45.45	3	5.45	5	9.09	33	60.00	0.120	0.485
Femenino	15	27.27	1	1.82	6	10.91	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	39	70.91	4	7.27	11	20.00	54	98.18	-0.080	0.826
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	39	70.91	4	7.27	11	20.00	54	98.18	-0.080	0.826
Rural	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	30	54.55	4	7.27	9	16.36	43	78.18	-0.119	0.922
Otros familiares	3	5.45	0	.00	1	1.82	4	7.27		
Sólo	5	9.09	0	.00	1	1.82	6	10.91		
Padres y otros familiares	2	3.64	0	.00	0	.00	2	3.64		
Total	40	72.73	4	7.27	11	20.00	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE ANSIEDAD FÓBICA SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Ansiedad Fóbica y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables.

TABLA Nro. 16

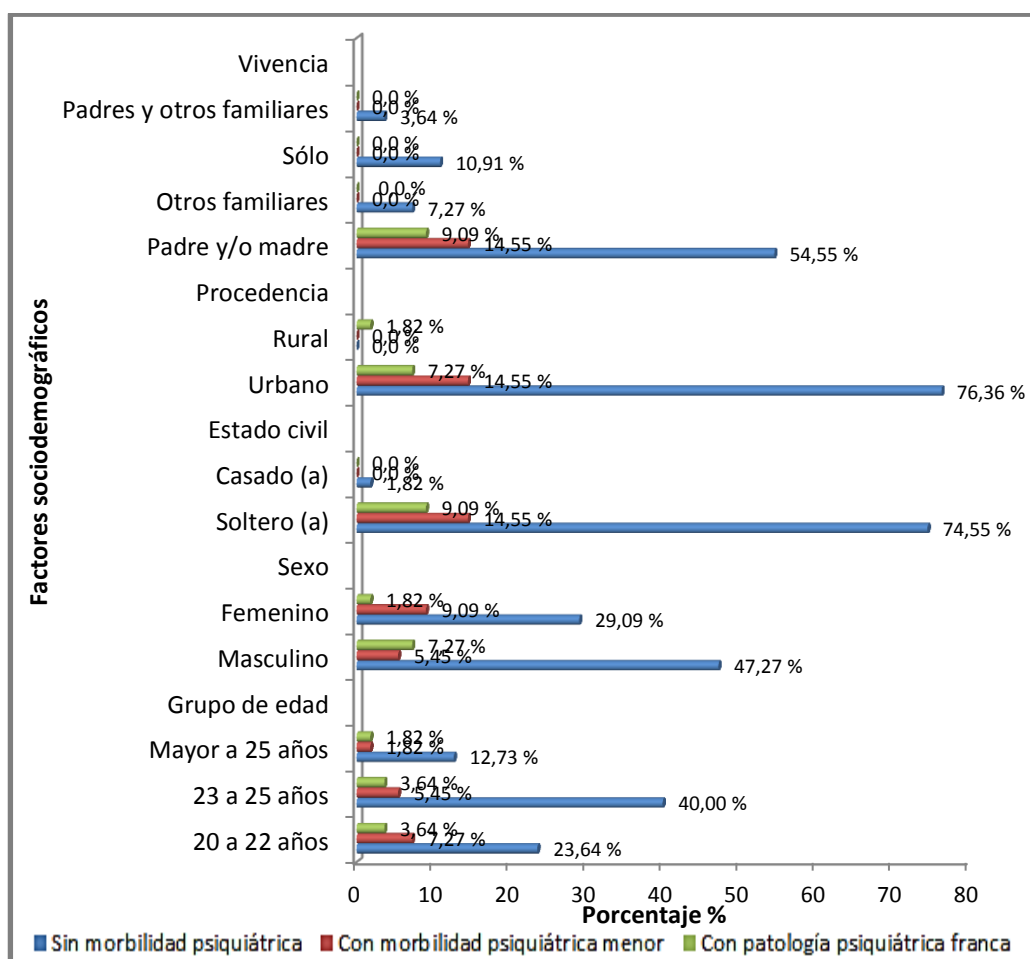
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA DE IDEACIÓN PARANOIDE SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017.**

Factores sociodemográficos	Ideación Paranoide						Asociación			
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		Total		Correlación	Chi cuadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	Rho Spearman	Valor p
Grupo de edad										
20 a 22 años	13	23.64	4	7.27	2	3.64	19	34.55	-0.072	0.867
23 a 25 años	22	40.00	3	5.45	2	3.64	27	49.09		
Mayor a 25 años	7	12.73	1	1.82	1	1.82	9	16.36		
Sexo										
Masculino	26	47.27	3	5.45	4	7.27	33	60.00	-0.012	0.275
Femenino	16	29.09	5	9.09	1	1.82	22	40.00		
Estado civil										
Soltero (a)	41	74.55	8	14.55	5	9.09	54	98.18	-0.070	0.854
Casado (a)	1	1.82	0	.00	0	.00	1	1.82		
Procedencia										
Urbano	42	76.36	8	14.55	4	7.27	54	98.18	0.359	0.006
Rural	0	.00	0	.00	1	1.82	1	1.82		
Vivencia										
Padre y/o madre	30	54.55	8	14.55	5	9.09	43	78.18	-0.289	0.032
Otros familiares	4	7.27	0	.00	0	.00	4	7.27		
Sólo	6	10.91	0	.00	0	.00	6	10.91		
Padres y otros familiares	2	3.64	0	.00	0	.00	2	3.64		
Total	42	76.36	8	14.55	5	9.09	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE IDEACIÓN PARANOIDE SEGÚN FACTORES ASOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CICLO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA DURANTE EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Ideación Paranoide y los factores sociodemográficos, donde podemos encontrar asociación estadística y correlación con procedencia y vivencia.

TABLA Nro. 17

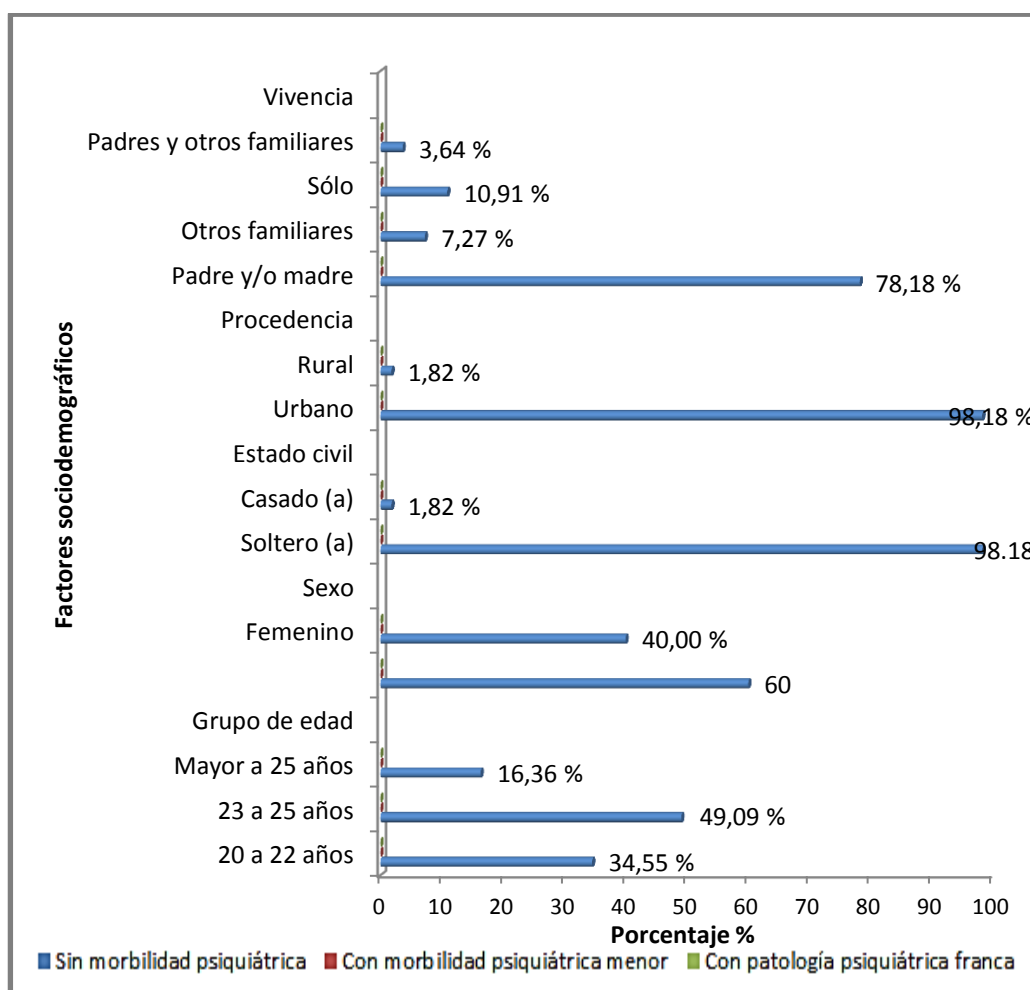
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA DE PSICOTICISMO SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO
DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
EN EL AÑO 2017.**

Factores sociodemográficos	Psicoticismo						Total		Asociación	
	Sin morbilidad Psiquiátrica		Morbilidad Psiquiátrica Menor		Patología Psiquiátrica Franca		n	%	Correlación Rho Spearman	Chi cuadrado Valor p
	n	%	n	%	n	%				
Grupo de edad										
20 a 22 años	19	34.55	0	0.00	0	0.00	19	34.55	---	----
23 a 25 años	27	49.09	0	0.00	0	0.00	27	49.09	---	----
Mayor a 25 años	9	16.36	0	0.00	0	0.00	9	16.36	---	----
Sexo										
Masculino	33	60.00	0	0.00	0	0.00	33	60.00	---	----
Femenino	22	40.00	0	0.00	0	0.00	22	40.00	---	----
Estado civil										
Soltero (a)	54	98.18	0	0.00	0	0.00	54	98.18	---	----
Casado (a)	1	1.82	0	0.00	0	0.00	1	1.82	---	----
Procedencia										
Urbano	54	98.18	0	0.00	0	0.00	54	98.18	---	----
Rural	1	1.82	0	0.00	0	0.00	1	1.82	---	----
Vivencia										
Padre y/o madre	43	78.18	0	0.00	0	0.00	43	78.18	---	----
Otros familiares	4	7.27	0	0.00	0	0.00	4	7.27	---	----
Sólo	6	10.91	0	0.00	0	0.00	6	10.91	---	----
Padres y otros familiares	2	3.64	0	0.00	0	0.00	2	3.64	---	----
Total	55	100.00	0	0.00	0	0.00	55	100.00		

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO Nro. 17

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE PSICOTICISMO SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de la sintomatología psiquiátrica de Psicoticismo y los factores sociodemográficos, donde no encontramos asociación estadística ni mucho menos correlación entre las variables.



CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con la finalidad determinar el estado de salud mental y las principales sintomatologías psiquiátricas en los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017. Además de realizar una aproximación diagnóstica oportuna de ciertos problemas psiquiátricos que interfieren en el desenvolvimiento personal, familiar, laboral y social del estudiante de medicina humana. Es así que presentamos los siguientes resultados a continuación:

Respecto a los factores sociodemográficos encontramos que la mayoría de estudiantes tiene una edad entre los 23 a 25 años (49,09%), la edad promedio corresponde a $23,76 \pm 3,19$ años, la edad mínima fue de 21 años y la edad máxima de 41 años, encontrándose similitud con el estudio de Chicchón Peralta J. y col. quienes realizaron un estudio en estudiantes de Medicina Humana en Lambayeque durante el año 2012, donde se proponía determinar los trastornos mentales existentes en dicha población, en el que la edad promedio fue de $21,05 \pm 3,8$ años, encontrándose en ambos casos una población en la etapa de adultez joven.

El 60% de los encuestados corresponde al sexo masculino (33 estudiantes) y el 40% al sexo femenino (22 estudiantes), lo cual no coincide con todos nuestros antecedentes de investigación los cuales reportan como en el caso de Chicchón Peralta J. y col. el 54,7 % pertenecían al sexo femenino, de igual manera para el estudio de León Jiménez F. y col. el 59,1%, para Latan M. y col. el 75,6%, para Akbari V. y col. el 67,2% respectivamente. Nuestra población estudiantil universitaria difiere predominando el sexo masculino.



La mayoría de estudiantes encuestados son solteros, proceden de zona urbana en un 98,18% (54 estudiantes respectivamente) y refieren vivir con su padre y/o madre 78,18% (43 estudiantes), al igual que en el estudio de León Jiménez F. y col. donde usaron el test MINI como tamizaje de salud mental en una población de estudiantes de medicina en Lambayeque donde el 99,3% eran solteros y el 79,8% refirió vivir con sus padres.

Respecto al Estado de Salud Mental según los resultados del Inventario Breve de Síntomas, el 76,36 % (42 estudiantes) presentan buena Salud Mental o también llamados sin morbilidad Psiquiátrica, mientras que 23,63 % (13 estudiantes) no presenta buena salud mental, de los cuales el 16,26 % son individuos con morbilidad psiquiátrica menor (9 estudiantes) y el 7,27 % morbilidad psiquiátrica franca (4 estudiantes). Así, Latan M. y col. hallaron en su estudio que un 43,4 % de los estudiantes de Medicina que cursaban del III al XII semestre presentaron alteraciones de la salud mental mediante el Test de Goldberg alterado. Por otro lado, Akbari V. y col. obtuvieron como resultado que el 37,8 % de estudiantes de ciencias médicas presentaron trastornos mentales mediante el GHQ – 28, siendo esta cifra variable para cada estudio pero en su gran mayoría nos orienta a que la mayoría de estudiantes de Medicina Humana tienen buen estado de salud mental.

Tomando en cuenta en las respuestas la presencia de alguna sintomatología psiquiátrica, encontramos que el 49,09 % (27 estudiantes) no presentaron sintomatología alguna, mientras que el 50,91 % (28 estudiantes) presentan por lo menos un síntoma psiquiátrico. En el estudio de Chicchón Peralta J. y col. quienes utilizaron otro instrumento como el test MINI, encontraron que el 49,07 % de alumnos de medicina presentaba alguna sintomatología psiquiátrica en la universidad de Lambayeque, con el mismo instrumento de tamizaje León Jiménez F. y col. encontraron al 22% de alumnos de la universidad de Chiclayo cursar con

al menos un trastorno mental, así mismo, Barrios I. y col. tuvo en su estudio al 58,2% de alumnos de medicina de la universidad de Paraguay presentando al menos una sintomatología, siendo de alta frecuencia el hecho de que los estudiantes experimenten algún grado de malestar psiquiátrico en algún momento de su vida y desempeño académico.

Las Sintomatologías Psiquiátricas que los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017 presentan en mayor frecuencia son: Sensibilidad Interpersonal 36,36 % (20 casos), Ansiedad Fóbica con 27,27 % (15 casos), Ideación Paranoide 23,64 % (13 casos), y Somatización y Hostilidad con un 21,82 % (12 casos). El resto de sintomatologías psiquiátricas se encuentran en un rango inferior, siendo las menos frecuentes. En nuestra población de estudio los resultados demuestran que presentan baja autoestima, pues existe una relación inversa con la dimensión de Sensibilidad Interpersonal, del mismo modo presentan síntomas de agorafobia, sentimientos de desconfianza, sospecha, irritabilidad, e ideación delirante, tienden a somatizar sensaciones y presentan una conducta impulsiva antisocial.

A diferencia del estudio de León Jiménez F. y col., donde los diagnósticos más frecuentes fueron episodio hipomaniaco pasado (10,2%), riesgo suicida (6,9 %), trastorno depresivo actual (5,6 %). Según Akbari V. y col. la disfunción social y la depresión fueron más frecuentes en estudiantes de medicina. Para Chicchón Peralta J. y col., los trastornos mentales con mayor frecuencia fueron trastorno hipomaniaco (19,7 %) y episodio depresivo (17,3 %). Para Barrios I. y col los diagnósticos más frecuentes fueron episodio hipomaniaco pasado (23,1%), trastorno depresivo actual (23,1%), trastorno de ansiedad generalizada (16,5%) y agorafobia (15,4%). En el estudio de Romo Nava F. y col. sobre la depresión en estudiantes de primer año de la facultad de Medicina y del internado, fue más

frecuente en internos de Medicina (5,7%). Los resultados difieren al de nuestro estudio, ya que se usan instrumentos que determinan sintomatologías diferentes.

Analizando cada una de las 9 sintomatologías psiquiátricas del BSI en relación a su nivel de morbilidad psiquiátrica, podemos encontrar la presencia de morbilidad psiquiátrica menor para Sensibilidad Interpersonal (14 casos), Somatización (9 casos), Ideación Paranoide (8 casos), Obsesión- Compulsión (5 casos) y Ansiedad y Ansiedad Fóbica (4 casos). Esto significa que nuestra población estudiantil encuestada presenta la tendencia de riesgo para desarrollar una patología franca en cada una de estas dimensiones de sintomatologías psiquiátricas, predominando para este nivel de morbilidad también la Sensibilidad interpersonal que asocia sentimientos de inferioridad, baja autoestima e inadecuación personal. No se encontró en la bibliografía datos respecto a este tema.

Las sintomatologías psiquiátricas que se presentaron con un nivel de patología psiquiátrica franca fueron Hostilidad y Ansiedad Fóbica (11 casos respectivamente), Ansiedad (7 casos), Sensibilidad Interpersonal (6 casos), Obsesión – compulsión, Depresión e Ideación Paranoide (5 casos respectivamente) y Somatización (3 casos). El análisis de sintomatología psiquiátrica según su nivel de morbilidad hace referencia a una frecuencia elevada de Hostilidad y Ansiedad Fóbica, la primera relacionándose con un trastorno de personalidad antisocial y la segunda con un trastorno de pánico o agorafobia. No se encontró en la bibliografía investigada datos referentes a los antes descritos.

Respecto a los Índices Globales, según el GSI hay 4 estudiantes (7,27 %) que presenta morbilidad psiquiátrica franca. Por otro lado, encontramos 6 estudiantes que aparentan minimizar sus alteraciones mentales (10,91%) y 12 (21,82%) que tienden a exagerar su sintomatología psiquiátrica. Se encontró que 2 estudiantes (3,64%) presentaron tendencia a mostrarse libres de problemas psiquiátricos y 1



estudiante (1.82%) presenta tendencia al dramatismo, no se encontró ninguno con tendencia al dramatismo extremo. Los casos encontrados con valores más altos de sintomatología psiquiátrica franca, los valores extremos de estudiantes que aparentan minimizar y maximizar su sintomatología, los que presentan tendencia a mostrarse libres de problemas mentales y los que tuvieron tendencia al dramatismo, pertenecen al sexo femenino, lo cual coincide con los estudios de Chicchón Peralta J. y col.; Latan M. y col. los cuales indican que la mayoría de casos patológicos corresponden al sexo femenino.

Se ha buscado también correlacionar la Sintomatología Psiquiátrica con los factores sociodemográficos, hallándose una correlación inversa o negativa entre Edad y la dimensión de sintomatología psiquiátrica Obsesión-compulsión, así mismo edad y Ansiedad, esto quiere decir que a menor edad mayor intensidad de sintomatología Obsesiva- Compulsiva y a menor edad se presenta mayor Ansiedad. Así también se encontró correlación y asociación entre Ansiedad y Hostilidad con lugar de procedencia. Finalmente Ideación Paranoide se correlaciona y asocia a procedencia y vivencia ($p < 0,05$). En el estudio realizado por Chicchón Peralta J. y col. se encontró asociación entre alguna forma de trastorno mental y edad, estudiar en una universidad privada y cursar estudios de ciencias básicas. Para Latan M. y col. existe asociación de alteración de la salud mental con la procedencia de alumnos del estado de Bolívar, no planteando explicación para tal caso.

CONCLUSIONES

Primero: El Estado de Salud Mental de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017 mediante el Inventario Breve de Síntomas corresponde a 76,36% (42 estudiantes) presentan buen estado de Salud Mental y 23,63% (13 estudiantes) presentaron alteraciones en su estado de salud mental, de los cuales 16,26% (9 estudiantes) son considerados individuos con morbilidad psiquiátrica menor y 7,27% (4 estudiantes) con patología psiquiátrica franca.

Segundo: La frecuencia de las principales sintomatologías psiquiátricas encontradas en los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017 fueron Sensibilidad Interpersonal 36,36 % (20 casos), Ansiedad Fóbica 27,27 % (15 casos), Ideación Paranoide 23,64 % (13 casos), y Somatización y Hostilidad 21,82 % (12 casos).

Tercero: El grado general de malestar psicológico mediante el GSI fue de 7,27% (4 casos) con patología psiquiátrica franca, según el PST 10,91% (6 estudiantes) aparentan minimizar y 21,82% (12 estudiantes) maximizan su sintomatología. Según el PSDI el 3,64% (2 estudiantes) presentaron tendencia a mostrarse libres de problemas psiquiátricos y 1,82% (1 alumno) presenta tendencia al dramatismo. Los casos encontrados con valores más altos de sintomatología psiquiátrica franca, los valores extremos de estudiantes que aparentan minimizar y maximizar su sintomatología, los que presentan tendencia a mostrarse libres de problemas mentales y los que tuvieron tendencia al dramatismo, pertenecen al sexo femenino ($p < 0,05$).



Cuarto: La sintomatología psiquiátrica que se correlaciona con los factores sociodemográficos de los estudiantes del último año de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna en el año 2017, corresponde a edad asociado a Obsesión - Compulsión y Ansiedad, lugar de procedencia con Ansiedad y Hostilidad, Ideación Paranoide se correlaciona y asocia a procedencia y vivencia.



RECOMENDACIONES

- Establecer programas y estrategias de promoción, prevención y de control, reforzando los servicios de Tutoría-Consejería y OBUN, asegurando un buen estado de salud mental de los alumnos, particularmente por el hecho de que los estudiantes de medicina no desarrollan fácilmente conductas de búsqueda de ayuda.
- Promover la definición de políticas y estrategias a favor de los estudiantes, utilizando los resultados de este estudio, el cual representa una visión panorámica de los problemas existentes en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.
- Continuar con otras investigaciones sobre Salud mental en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna a partir de los hallazgos obtenidos. Como una proyección de nuestro estudio, un aspecto relevante de investigar sería explorar el nivel de conciencia de los estudiantes respecto de sus problemas de salud mental, su relación con el desempeño académico y las actitudes frente a la búsqueda de ayuda especializada.
- Uso del Inventario Breve de Síntomas como instrumento de tamizaje para evaluación del estado de salud mental en estudiantes de todos los ciclos y carreras de la Universidad Privada de Tacna.



BIBLIOGRAFÍA

1. Perales A., Sogi C., Morales R. Salud mental en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo. SITUA-Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana- UNSAAC. Trujillo – Perú, 21; 1998.
2. Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. 8° Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003 p. 20-21.
3. WONCA. Integrating mental health into primary care: a global perspective: OMS. 2008.
4. Galli-Silva E., Feijoo-Llontop L., Roig-Rojas I., Romero-Elmore. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Herediana. 2002; 13 (1):19-25.
5. Perales A., Sogi C. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. An Fac med. 2003; 64(4):239-46.
6. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva; 2004.
7. World Health Organization. The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.
8. Richman J., Flaherty J. Mental health consequences and correlates of reported Medical Student Abuse. JAMA, 267:692-4; 1992.
9. Joffre- Velázquez V., et al. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2007; 16(14): 86-93.



10. Agudelo Vélez D., Casadiegos Garzón C., Sánchez Ortiz D. Características de Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychologist Research*. 2008; 1 (1): 34-9
11. Latan Marcano J., Montaña Guerra D. Salud mental en estudiantes del III al XII Semestre de la carrera de Medicina. Udo Bolívar, período II - 2009. Ciudad Bolívar. Tesis presentada para optar el título de Médico Cirujano. Ciudad Bolívar, Marzo de 2010.
12. Tyssen R., Vaglum. Per mental health problems among young: An updated review of prospective studies. *Hav Rev Psychiatry* 2002; 10(3):154-165.
13. Chicchón Peralta J., Sánchez Marín C. Trastornos mentales en estudiantes de Medicina Humana en tres universidades de Lambayeque, Perú durante el 2012. Tesis presentada para optar el título de Médico cirujano. Chiclayo, marzo del 2014.
14. Barrios I., Miltos V., Piris A., Piris G., Ramírez C., Rodríguez J., Torales J., Rodríguez G., Arce A. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* / Vol. 48 - Nº 1, 2015.
15. León Jiménez F., Jara Romero L., Chang Dávila D., Chichón-Peralta J., Piedra-Hidalgo M. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. *An. Fac. med.* v.73 n.3 Lima jul./set. 2012.
16. Akbari V., Hajian A., Damirchi P. Prevalence of Emotional Disorders Among Students of University of Medical Sciences; Iran. *The Open Psychology Journal*, 2014, 7, 29-32.
17. Romo Nava F., Tafoya S., Heinze G. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental* 2013; 36: 375-379.
18. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004



19. B. First M. DSM-IV-TR: Manual De Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, 2001.
20. Muñoz H., M.D. Somatización: consideraciones diagnósticas. Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar Central, Bogotá. Revista Med 17 (1): 55-64, 2009.
21. CIE-10, 2007.
22. Aragón Ramírez N., Bragado Álvarez C., Carrasco Galán I. Fiabilidad y estructura factorial del «Inventario Breve de Síntomas» (Brief Symptom Inventory, B.S.I.) En adultos. Psicología conductual. Vol. 8. N° 01, 2000, pp 73-83.
23. Ruiz P., Ferrández R., Sales M.A.(2012) Aplicación del modelo CIPP en el estudio de los factores que favorecen la sensibilidad intercultural. RELIEVE.18 (2), art. 4.
24. Young Ho K. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. International Journal of Nursing Studies (2003), 40 (2), 115-124.
25. Alberdi Sudupe J., Taboada O., Castro C., Vázquez C. Depresión. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario “Juan Canalejo”. SERGAS- A Coruña - España Guías Clínicas 2006; 6(11).
26. Bravo M., Saiz J., Bobes J. Manual del Residente de Psiquiatría. Tomo I, 2009 Madrid.
27. Marrs J.A. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006; 10(3): 319-22.
28. Lobo A., Campos R. Factores etiopatogénicos. Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.
29. Pérez Díaz R. Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo Terapéutico. GERONFO. RNPS. 2110. Vol. 4 No. 1. 2009.



30. Eynsenck H. Psychotiscism as a dimension of personality. London. Hodder and Stoughton (1976).
31. Lambruschini N., Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. 361- 374.
32. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño. Consejo de Salubridad Nacional, 2007, México.
33. Medina O., Sánchez N., Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXVI / No. 4 / 2007.
34. De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid, 2012, Madrid.
35. Aberasturyn A.; Knorel H.; La adolescencia normal. Editorial paidos Buenos Aires 1976.
36. Papalia D.; Wendkos O.; Desarrollo Humano México: Mc Graw Hill, 9ª edición, 1999.
37. Rodriguez O.; Apolinaire J.; Alonso J.; Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. Rev Cub. de Medicina General Integral 2003; 19 (4).
38. Santander J., Romero M., Hitschfeld M., Zamora V. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (1): 47-55.
39. Servicio de Tutoría y consejería. Universidad Privada de Tacna. <http://www.upt.edu.pe/upt/web/home/contenido/100000000/76544189>
40. Oficina de Bienestar Universitario. Universidad Privada de Tacna. <http://www.upt.edu.pe/upt/web/home/contenido/106/36834106>
41. Derogatis, L. R. & Spencer, P. M. (1982). The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and Procedures Manual-I. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La siguiente encuesta tiene como finalidad realizar un proyecto de investigación y los datos obtenidos serán reservados; y solamente se utilizarán con fines académicos, de investigación.

INSTRUCCIONES: Responda con veracidad las siguientes preguntas planteadas.

1. Edad: ____ años cumplidos.
2. Sexo: (1)Masculino (2)Femenino
3. Estado Civil: (1)Soltero (2)Casado (3)Conviviente (4)Viudo (5)Divorciado
4. Lugar de procedencia: (1) Urbano (2) Rural
5. ¿Con quién vive actualmente?: (1) Padre y/o madre (2) otros familiares (3) Amigos (4) Esposo (a) o compañero (a) permanente (5) Hijos (6) Solo (7) Padres y otros familiares

INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS (BSI)

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en casa caso su respuesta, marcando el número que mejor describa **HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY**. No olvide que debe contestar todas las cuestiones planteadas.

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR?: Utilice los siguientes criterios:

0: nada. 1: un poco. 2: moderadamente. 3: bastante. 4: mucho.

ITEMS	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
2. Sensaciones de desmayo o mareo.	0	1	2	3	4
3. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
4. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	0	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar las cosas.	0	1	2	3	4
6. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	0	1	2	3	4
7. Dolores en el corazón o en el pecho.	0	1	2	3	4



8. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle.	0	1	2	3	4
9. Pensamientos o ideas de acabar con su vida.	0	1	2	3	4
10. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas.	0	1	2	3	4
11. Falta de apetito.	0	1	2	3	4
12. Tener miedo de repente y sin razón.	0	1	2	3	4
13. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentirse solo aunque este con más gente.	0	1	2	3	4
15. Sentirse incapaz de lograr cosas.	0	1	2	3	4
16. Sentirse solo.	0	1	2	3	4
17. Sentirse triste.	0	1	2	3	4
18. No sentir interés por las cosas.	0	1	2	3	4
19. Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
20. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.	0	1	2	3	4
21. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta.	0	1	2	3	4
22. Sentirse inferior a los demás.	0	1	2	3	4
23. Nauseas o malestar en el estómago.	0	1	2	3	4
24. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
25. Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
26. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace.	0	1	2	3	4
27. Encontrar difícil el tomar decisiones.	0	1	2	3	4
28. Sentir temor al viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	0	1	2	3	4
29. Dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
30. Sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le den miedo.	0	1	2	3	4



32. Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
33. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
34. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	0	1	2	3	4
35. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	0	1	2	3	4
36. Tener dificultad para concentrarse.	0	1	2	3	4
37. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
38. Sentirse tenso o agitado.	0	1	2	3	4
39. Pensamientos sobre muerte o el hecho de morir.	0	1	2	3	4
40. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
41. Tener fuertes deseos de romper algo.	0	1	2	3	4
42. Sentirse muy cohibido entre otras personas.	0	1	2	3	4
43. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p.ej. en el cine, en las tiendas.	0	1	2	3	4
44. No sentirse cercano o íntimo con nadie.	0	1	2	3	4
45. Ataques de terror o pánico.	0	1	2	3	4
46. Tener discusiones frecuentes.	0	1	2	3	4
47. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo.	0	1	2	3	4
48. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros.	0	1	2	3	4
49. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	0	1	2	3	4
50. La sensación de ser inútil o de no valer nada.	0	1	2	3	4
51. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara.	0	1	2	3	4
52. Sentimientos de culpabilidad.	0	1	2	3	4
53. La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4



GSI	<input type="text"/>	Somatización	<input type="text"/>
PSDI	<input type="text"/>	Obsesión- compulsión	<input type="text"/>
PST	<input type="text"/>	Sensibilidad interpersonal	<input type="text"/>
		Depresión	<input type="text"/>
		Ansiedad	<input type="text"/>
		Hostilidad	<input type="text"/>
		Ansiedad fóbica	<input type="text"/>
		Ideación paranoide	<input type="text"/>
		Psicoticismo	<input type="text"/>

Subescala	Dimensiones	Ítems
SOM	Somatización	2 7 23 29 30 33 37
COG	Obsesión compulsión	5 15 26 27 32 36
INT	Sensibilidad interpersonal	20 21 22 42
DEP	Depresión	9 16 17 18 35 50
ANG	Ansiedad	1 12 19 38 45 49
HOS	Hostilidad	6 13 40 41 46
FOB	Ansiedad fóbica	8 28 31 43 47
PAR	Ideación paranoide	4 10 24 48 51
PSY	Psicoticismo	3 14 34 44 53

Fuente: Derogatis L.R.y Melisaratos N., (1983). Brief Symptoms Inventory: an introductory report. Psychological medicine, 13 (3), 595-605.

ANEXO 02

BAREMOS DEL INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS

SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	NIVELES DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	VARONES	MUJERES
Somatización	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.62	0.00 - 1.17
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.62 - 1.42	1.17 - 1.77
	Con patología psiquiátrica franca	>1.42	>1.77
Obsesión - Compulsión	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.90	0.00 - 1.00
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.9 - 1.43	1.00 - 1.70
	Con patología psiquiátrica franca	>1.43	>1.7
Sensibilidad Interpersonal	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.78	0.00 - 0.78
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.78 - 1.37	0.78 - 1.56
	Con patología psiquiátrica franca	>1.37	>1.56
Depresión	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.92	0.00 - 1.23
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.92 - 1.62	1.23 - 1.92
	Con patología psiquiátrica franca	>1.62	>1.92
Ansiedad	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.70	0.00 - 0.90
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.70 - 1.23	0.90 - 1.50
	Con patología psiquiátrica franca	>1.23	>1.50
Hostilidad	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.83	0.00 - 0.83
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.83 - 1.00	0.83 - 1.50
	Con patología psiquiátrica franca	>1.00	>1.50
Ansiedad Fóbica	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.43	0.00 - 0.57
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.43 - 0.71	0.57 - 0.86
	Con patología psiquiátrica franca	>0.71	>0.86
Ideación Paranoide	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.83	0.00 - 0.83
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.83 - 1.33	0.83 - 1.50
	Con patología psiquiátrica franca	>1.33	>1.50
Psicoticismo	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.40	0.00 - 0.40
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.40 - 0.70	0.40 - 0.92
	Con patología psiquiátrica franca	>0.70	>0.92
GSI	Sin morbilidad psiquiátrica	0.00 - 0.63	0.00 - 0.77
	Con morbilidad psiquiátrica menor	0.63 - 1.11	0.77 - 1.42
	Con patología psiquiátrica franca	>1.11	>1.42
PST	Minimiza	< 2.00	< 3.00
	Maximiza	>30.00	>35.00
PSDI	Minimizador de síntomas.	<1.00 y PST minimizador	
	Dramatismo	>3.20	
	Extremo dramatismo	>3.50	

Fuente: Derogatis, L. R. & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

ANEXO 03

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS

- **Nombre:** Inventario Breve de Síntomas (BSI).
- **Nombre Original:** The Brief Symptom Inventory (BSI).
- **Autores:** Derogatis, L. R.
- **Año:** 1983.
- **Adaptación Española:** Derogatis, L. R. (2001).

APLICABILIDAD:

- **Tipo de Instrumento:** Inventario.
- **Objetivos:** proporciona una breve descripción de los síntomas y de la intensidad de éstos en sujetos normales y pacientes con tratamiento psiquiátrico o médico.
- **Población:** pacientes de psiquiatría hospitalizados o de consultas externas a partir de los 13 años.
- **Número de Ítems:** 53.
- **Descripción:** consta de 53 ítems agrupados en 9 escalas de síntomas (somatización, obsesión- compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal y psicoticismo) y 3 índices globales (índice global de gravedad, índice de distrés de síntomas positivos, índice total de síntomas positivos). El paciente valora en una escala de tipo Likert cada uno de los ítems.

CRITERIOS DE CALIDAD:

- **Fiabilidad:** consistencia interna: 0,71-0,85; fiabilidad test-retest 0,68-0,91.
- **Alfa de Cronbach:** para las dimensiones corresponde el más bajo a ansiedad fóbica ($\alpha=0,876$) y el más alto el de somatización ($\alpha=0,969$).
- **Validez:** según sus autores, las 9 dimensiones del BSI poseen una elevada validez convergente y discriminante con las escalas del MMPI.

APLICACIÓN:

- **Tiempo de administración:** 5-10 minutos.
- **Normas de aplicación:** es un cuestionario autoaplicado en el que el paciente valora cada uno de los ítems en función de cómo se ha sentido los últimos 7 días incluyendo el día que se aplica. La puntuación de los ítems se realiza mediante una escala de tipo Likert, donde 0: nada y 4: bastante.
- **Corrección e interpretación:** Se calculan las puntuaciones directas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices. Se suman los valores asignados a cada ítem y se dividen el total por el número de ítems respondidos. Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T o percentiles. Se comparan con las tablas normativas y se define 3 niveles de morbilidad psiquiátrica.