

# Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados

## Diagnostic of the prevalence of mental health disorders in college students and associated emotional risk factors

Tomas Baader M.<sup>1</sup>, Carmen Rojas C.<sup>1\*</sup>, José Luis Molina F.<sup>2</sup>,  
Marcelo Gotelli V.<sup>1</sup>, Catalina Alamo P.<sup>1\*</sup>, Carlos Fierro F.<sup>3</sup>,  
Silvia Venezian B.<sup>1</sup> y Paula Dittus B.<sup>1\*</sup>

**Introduction:** In our country Chile it is estimated that approximately a third of the population would have had some psychiatric disorder during its life. If we consider the university population, the evolutionary stage that it experiences and the psychosocial stress that affect them, we observe a group at risk to present psychiatric disorders. The aim of the present study was to estimate the prevalence of the principal mental disorders not psychotic in the population of students of the UACH, during the year 2008. **Material and Method:** The sample consisted of 804 undergraduate students, that answered individually the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Scale of Beck's hopelessness (HBS), the Mood Disorder Questionnaire (MDQ), the Questionnaire of detection of problematic consumption of alcohol and drugs in teenagers (DEP-ADO), the questionnaire AUDIT, the Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS) and the Restrain Scale (RE). **Results:** 27% of the students fulfills with criteria for a depression, 10,4% deals with a bipolar disorder, 5,3% has a moderated risk to severe of committing suicide, 24,2% of the students presents a problematic consumption to alcohol and 15,3% it would have some type of disorder in his supplies when eating. **Conclusions:** Depression was significantly associated with a greater tendency to have abnormal eating behavior, harmful alcohol consumption and self-destructive behavior.

**Key words:** University Students, mental disorders, screening surveys.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52 (3): 167-176

Recibido: 04/06/2014

Aceptado: 17/07/2014

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

Fuente de Apoyo Financiero: Universidad Austral de Chile a través del Departamento de Investigación y Desarrollo.

<sup>1</sup> Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

<sup>2</sup> Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.

<sup>3</sup> Residente del Programa de Especialización en Psiquiatría de la Universidad Austral de Chile.

\* Psicólogos.

## Introducción

El estudio de prevalencia de patología psiquiátrica en Chile, realizado por Vicente *et al*<sup>1</sup>, señala que más de un tercio de la población chilena habría tenido algún desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada 5 ha presentado un desorden en los últimos 6 meses. En lo que respecta a la población infanto-juvenil de nuestro país, la prevalencia general de los trastornos mentales alcanza un 22,5%, siendo los trastornos del comportamiento disruptivo, los trastornos ansiosos y los trastornos afectivos los problemas más comunes. La distribución de las tasas por sexo y edad, muestran una prevalencia mayor en mujeres que en hombres, y en niños (de entre 4 y 11 años) por sobre los adolescentes<sup>2</sup>.

En la población juvenil universitaria, si bien existen estudios en Chile que se aproximan a la realidad de la salud mental de los estudiantes<sup>3-5</sup>, estos aún son insuficientes para dar cuenta de su complejidad.

La relevancia de este tipo de estudios radica en la etapa evolutiva por la cual atraviesan los estudiantes, la cual incluye manejar mayor autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, desarrollar su sexualidad y relaciones de pareja y su identidad personal, todo lo cual requiere de autogestión y autoregulación<sup>6</sup>. 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<sup>4</sup>.

Por otro lado, se debe considerar el significativo aumento de la matrícula universitaria, triplicándose entre 1983 y 2004<sup>7</sup>, con un cambio en el perfil sociodemográfico del estudiante universitario, incorporándose personas más vulnerables<sup>6,8</sup>.

Dicho contexto plantea el aumento de factores de riesgo en este grupo para presentar trastornos psiquiátricos destacando entre ellos la depresión, la ansiedad, el suicidio, los trastornos por abuso de sustancias, y los trastornos de la conducta alimentaria<sup>3-7,9-13</sup>. En este sentido, hay evidencias de mayor prevalencia de cuadros depresivos entre estudiantes

universitarios en comparación con la población general<sup>4,9,10</sup>; al igual que un aumento en la tasa de intentos de suicidio y de suicidio consumado en jóvenes, en especial en la población masculina con tasas de intento del 25,6%<sup>14-16</sup>.

Respecto de los trastornos de la conducta alimentaria, se ha estimado que entre el 10-14% de las estudiantes universitarias presentan síntomas bulímicos y de ellas entre el 1-3% cumpliría criterios diagnósticos para bulimia nerviosa<sup>12,17</sup>. La anorexia nerviosa también ha experimentado un aumento entre las jóvenes en el último tiempo. La edad de inicio promedio para ambos cuadros se estima entre los 15-24 años, lo que coincide con el período de mayores exigencias académicas<sup>17-18</sup>.

Estudios nacionales e internacionales sobre abuso de sustancias muestran que el consumo de drogas lícitas e ilícitas está concentrado en el grupo etario entre 18 y 25 años. El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), estimó que un 55,4% de los jóvenes entre 19 y 25 años, consumió alcohol en el último mes, de los cuales se estima que alrededor de un 12 a 18% presenta un consumo riesgoso o problemático. Respecto al consumo de marihuana el año 2010 éste alcanzó el 12,3% en el grupo de jóvenes entre 19 y 25 años<sup>19</sup>.

Los problemas de salud mental influyen significativamente en el desempeño académico de los estudiantes y su calidad de vida<sup>8,11,20,21</sup>. Además implican la necesidad de infraestructura y personal sanitario capacitado, y la ejecución de programas preventivos efectivos<sup>8,11,21</sup>.

Esta realidad representa un enorme desafío para las universidades e involucra factores éticos, sociales y económicos inherentes a su misión institucional. En este sentido, el primer paso es elaborar un diagnóstico confiable del estado de la salud mental entre los estudiantes<sup>6,11</sup>.

De acuerdo a los antecedentes antes señalados, cabe preguntarse ¿cuál es la prevalencia de los trastornos de salud mental en los estudiantes universitarios, de la Universidad Austral de Chile (UACH), durante el año 2008?

Para ello, se propuso como objetivo general de este estudio estimar la prevalencia de los princi-

pales trastornos mentales no psicóticos presentes en la población de estudiantes de pregrado de la UACH, durante el año 2008.

Como objetivos específicos, se determinó: a) establecer la prevalencia de los trastornos afectivos en dicha población; b) determinar la prevalencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas en estos estudiantes; c) conocer la prevalencia de los trastornos alimentarios en los mismos; d) identificar la relación entre depresión y consumo de alcohol, marihuana y trastornos de la alimentación.

## Método

### Participantes

Se seleccionó una muestra probabilística de 804 estudiantes de pregrado, pertenecientes a la UACH, fue estratificada proporcionalmente por facultades y campus, se realizó un muestreo por conglomerados por cursos seleccionando al azar las carreras y el año académico de las mismas, siendo una muestra representativa del universo.

### Diseño

Es un estudio descriptivo, con un diseño transversal, de determinación de prevalencia de trastornos de salud mental, en estudiantes universitarios, de la UACH.

### Instrumentos

*El Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*<sup>22</sup>. Es un cuestionario breve que permite orientar el diagnóstico de depresión basado en criterios diagnósticos. Una puntuación mayor a 10 muestra una alta sensibilidad (88%) y especificidad (88%) para la depresión mayor. Las puntuaciones de 5, 10, 15 y 20 representan niveles de depresión leve, moderado, moderadamente grave y grave, respectivamente. En su validación chilena, esta prueba evidenció una adecuada validez de constructo, y también una adecuada validez concurrente existiendo una concordancia con los criterios del CIE-10, de un 86,2% en los declarados sin depresión y un 86,4% aquellos señalados con depresión mayor<sup>23</sup>.

*Escala de desesperanza de Beck (BHS)*<sup>24</sup>. Evalúa

las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar. La desesperanza es un factor de riesgo para suicidio y autolesiones no fatales, por lo que las puntuaciones obtenidas son un predictor útil de posible suicidio. Esta escala ha sido validada en distintos países de América Latina y está en proceso de validación en Chile por el equipo de investigación del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Universidad Austral de Chile.

*Cuestionario de Estado de Ánimo (MDQ, Mood Disorder Questionnaire)*<sup>25</sup>. Basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, evalúa trastornos del espectro bipolar. Presenta buena sensibilidad (73%) y especificidad (90%) y ha sido validado en Chile<sup>26</sup>.

*Consumo de Alcohol y Drogas: Cuestionario de detección de consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes (DEP-ADO)*<sup>27</sup>. Es un instrumento de detección de consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes, que facilita la detección clínica de consumo. Molina (2009) realizó un estudio local de confiabilidad y validez del DEP-ADO<sup>28</sup>.

*El cuestionario AUDIT*<sup>29</sup>. Es un método de *screening* del consumo excesivo de alcohol el cual ha sido validado en Chile<sup>30</sup>.

*Escala de Diagnósticos de Desórdenes en la Alimentación (EDDS, Eating Disorder Diagnostic Scale)*<sup>31</sup>. Evalúa desórdenes alimentarios, basado en los Criterios Diagnósticos del DSM IV para anorexia y bulimia. Ha sido validada en varios países, incluido Chile<sup>32</sup>.

*Escala de Restricción (RE, Restrain Scale)*<sup>33</sup>. Evalúa actitudes hacia la alimentación, frecuencia de dietas y fluctuación de peso. En Chile el instrumento ha mostrado tener validez de constructo en su versión en español, y ha presentado una alta correlación en las dos sub-escalas de "preocupación por la dieta" y "fluctuaciones de peso", con un comportamiento psicométrico acorde a los estudios internacionales<sup>34,35</sup>.

### Procedimiento

Una vez determinada la muestra, se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación antes descritos, efectuada por alumnos ayudantes

de medicina a los cuales se les capacitó previamente en las instrucciones generales de la aplicación de las escalas de auto-reporte. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo durante los meses de octubre a noviembre de 2008. Se resguardó la ética en la totalidad del proceso de investigación, mediante firma previa y voluntaria de consentimiento informado. Considerando las exigencias del comité de ética de la facultad de medicina.

### Análisis de datos

Se utilizó el software estadístico SPSS versión 14.0.

## Resultados

La muestra total estuvo compuesta por 804 estudiantes, cuya edad promedio fue de 21 años; de estos, 53,7% son hombres y 46,3% mujeres.

Se determinó la prevalencia de los trastornos afectivos en los universitarios, lo cual se observa en la Tabla 1. Es así como, el 13,7% de los estudiantes cumple con criterios para una depresión mayor y si se considera cualquier tipo de depresión un 26,9% cumple con los criterios (según escala PHQ-9). En tanto que un 10,4% cursa con un trastorno bipolar (según escala MDQ). Es importante destacar que el 5,3% de los estudiantes presenta puntuaciones

elevadas de desesperanza, lo que sugiere un riesgo moderado a severo de cometer suicidio y/o auto-lesiones no fatales (según escala de desesperanza de Beck).

Se observan diferencias significativas en la depresión y su relación con la variable sexo, mostrando las mujeres un nivel de frecuencia significativamente mayor que los hombres, con un  $\chi^2 = 12,012$  y un  $p = 0,002$ . Además se obtuvo un coeficiente de Contingencia = 0,124 y un  $p = 0,002$ . En cuanto a la variable desesperanza, no existen diferencias significativas con la variable sexo con un  $\chi^2 = 2,549$  y un  $p = 0,467$ . Del mismo modo en la variable Bipolaridad no se observan diferencias significativas  $\chi^2 = 0,487$  y un  $p = 0,485$ .

De acuerdo a lo descrito en Tabla 2, el 84% de los estudiantes universitarios presenta algún tipo de consumo de alcohol en el último año y un 55,9% el último mes (según DEP-ADO), así mismo el 24,2% de los estudiantes universitarios presenta un consumo riesgoso de alcohol a dependencia muy probable (según escala AUDIT). Con respecto a la marihuana el 29,7% ha consumido el último año y el 7,8% de los estudiantes presenta consumo el último mes (según DEP-ADO).

En ambas escalas, (DEP-ADO y AUDIT) si consideramos la variable sexo, los hombres consumen significativamente más alcohol que las mujeres ( $\chi^2 = 37,315$  y  $p = 0,000$  en el caso del DEP-ADO y

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de los trastornos Afectivos en los universitarios

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
<b>Severidad de síntomas depresivos según PHQ-9</b>						
Sin depresión	322	76,5	250	69,3	572	73,1
Depresión menor	58	13,8	45	12,5	103	13,2
Depresión mayor	41	9,7	66	18,3	107	13,7
<b>Estado de bipolaridad según MDQ</b>						
Sin bipolaridad	376	88,9	330	90,4	706	89,6
Con bipolaridad	47	11,1	35	9,6	82	10,4
<b>Escala de desesperanza de Beck</b>						
Rango normal sin riesgo	336	79,4	280	76,7	616	78,2
Riesgo leve	63	14,9	67	18,4	130	16,5
Riesgo moderado	23	5,4	16	4,4	39	4,9
Riesgo severo o alto	1	0,2	2	0,5	3	0,4

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de Consumo de sustancias psicoactivas en los universitarios

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
<b>Nivel de consumo de alcohol según escala DEP-ADO</b>						
No ha consumido	51	12,2	73	20,5	124	16,0
En ocasiones	100	23,9	118	33,1	218	28,1
Alrededor de una vez al mes	99	23,6	90	25,3	189	24,4
El fin de semana o una o dos veces en la semana	156	37,2	68	19,1	224	28,9
Tres veces y más en la semana pero no todos los días	13	3,1	7	2,0	20	2,6
Todos los días	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Nivel de consumo de alcohol según escala AUDIT</b>						
Beber sin riesgo	286	67,6	311	85,2	597	75,8
Beber en riesgo	110	26,0	46	12,6	156	19,8
Consumo perjudicial	19	4,5	4	1,1	23	2,9
Dependencia muy probable	8	1,9	4	1,1	12	1,5
<b>Nivel de consumo de marihuana según escala DEP-ADO</b>						
No ha consumido	281	67,2	262	74,0	543	70,3
En ocasiones	101	24,2	68	19,2	169	21,9
Alrededor de una vez al mes	15	3,6	9	2,5	24	3,1
El fin de semana o una o dos veces en la semana	10	2,4	10	2,8	20	2,6
Tres veces y más en la semana pero no todos los días	9	2,2	5	1,4	14	1,8
Todos los días	2	0,5	0	0,0	2	0,3

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los universitarios

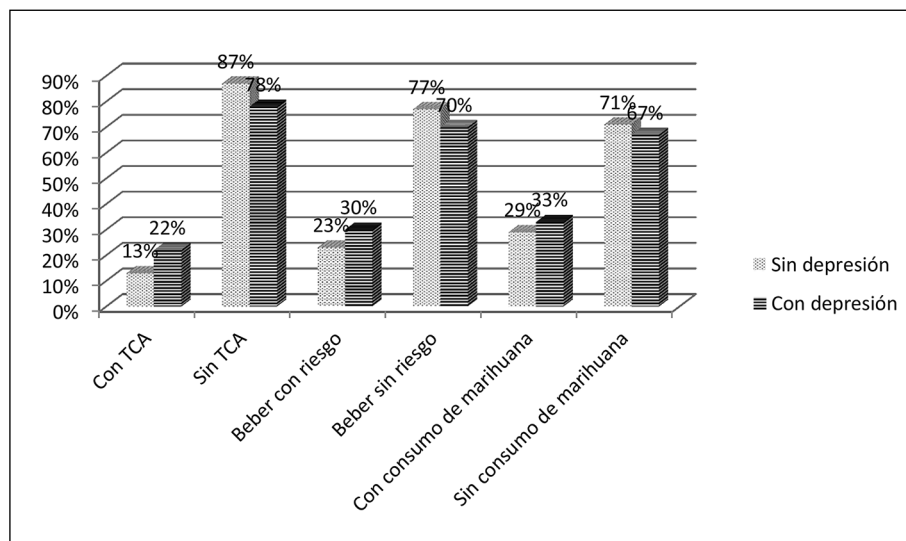
Tipo de trastorno	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Sin trastorno	383	91,4	280	76,9	663	84,7
Anorexia	0	0,0	1	0,3	1	0,1
Bulimia	12	2,9	36	9,9	48	6,1
Atracón	6	1,4	14	3,8	20	2,6
Anorexia subumbral o subclínica	1	0,2	5	1,4	6	0,8
Bulimia subumbral o subclínica	16	3,8	21	5,8	37	4,7
Atracón subumbral o subclínica	1	0,2	7	1,9	8	1,0

AUDIT un  $\chi^2 = 34,336$  y  $p = 0,000$ ). En el caso de la marihuana no se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2 = 6,49$  y  $p = 0,261$ ).

Se observa en la Tabla 3 que un 8,8% de los estudiantes presenta algún trastorno de la alimentación, siendo un 6,1% de los casos un trastorno bulímico, un 2,6% de los casos atracones, y un 0,1% a anorexia. Cabe destacar que los cuadros subclínicos tanto de anorexia, bulimia y atracón

corresponden a un 6,5% de la muestra. Por ende, se puede estimar que un 15,3% de la muestra tendría algún tipo de trastorno en la alimentación.

Respecto a la variable sexo y trastornos alimentarios, se observan diferencias significativas, mostrando las mujeres un nivel de frecuencia significativamente mayor que los hombres, con un  $\chi^2 = 36,360$  y un  $p = 0,000$ . Además se obtuvo un coeficiente de Contingencia = 0,215 y un  $p = 0,000$ .



**Figura 1.** Depresión vs Trastorno Conducta Alimentaria (TCA), Consumo de Alcohol con riesgo y Consumo de Marihuana en los universitarios.

Como se observa en la Figura 1, las personas con algún tipo de depresión presentan más síntomas asociados a los trastornos de la alimentación, en comparación con aquellos que no presentan síntomas depresivos y sí muestran algún tipo trastorno de la conducta alimentaria, siendo esta una diferencia significativa con un  $\chi^2 = 9,549$  y  $p = 0,002$ . También se observa en la Figura 1, que las personas con algún tipo de depresión presentan más síntomas de beber alcohol con riesgo, en comparación con aquellos que no presentan síntomas depresivos.

Del mismo modo, en la Figura 1, se puede apreciar que las personas con algún tipo de depresión consumen más marihuana, que aquellas que no presentan síntomas depresivos, sin embargo, esta diferencia no alcanza a ser significativa con un  $\chi^2 = 1,195$  y  $p = 0,274$ .

## Discusión

Los resultados de esta investigación son concordantes con otros estudios realizados en Chile en poblaciones universitarias, observándose una alta prevalencia de psicopatología en la población estudiantil, reflejando ser un grupo de riesgo para el desarrollo de alteraciones de salud mental de

mayor complejidad, y para el deterioro o abandono de sus actividades académicas<sup>3-5</sup>.

Un aspecto a destacar es que posiblemente la depresión sea un elemento central, ya que en nuestro estudio, las personas que presentan criterios para algún tipo de depresión, muestran asociación estadística significativa con criterios para trastornos en la conducta alimentaria, consumo perjudicial de alcohol y riesgo de suicidio.

Con respecto al consumo de alcohol, los datos de la muestra tienden a ser similares a las proporciones nacionales<sup>36</sup>, es decir alrededor de 6 de cada 10 estudiantes reconoce haber consumido alcohol durante el último mes. Más aún, se puede apreciar que 1 de cada 4 estudiantes presenta un consumo riesgoso de alcohol. En cuanto a la asociación entre el consumo de alcohol y la depresión, las diferencias resultaron significativas entre las personas con algún tipo de depresión y los sin depresión, lo que concuerda con la evidencia de la mayoría de los estudios<sup>37</sup>.

En relación al riesgo de suicidio, se aprecia que las personas con criterios para depresión mayor se asocian a puntuaciones elevadas de desesperanza. La desesperanza es un factor de riesgo para suicidio y autolesiones no fatales, por lo que las puntuaciones obtenidas son un predictor útil de posible suicidio. Esto viene a reafirmar la com-

plejidad del cuadro depresivo y su asociación con riesgo suicida.

Por otra parte, resulta significativa la asociación de personas tamizadas con depresión mayor y la presencia de síntomas bipolares, a diferencia de las personas sin depresión. Esto pudiese entenderse en el contexto sindrómico del cuadro bipolar que incluye la presencia de fases depresivas.

En la muestra estudiada no existe una asociación significativa entre personas con depresión y consumo de marihuana, sin embargo, el consumo de marihuana por sí solo es un tema de alerta debido a su alta prevalencia, la cual es mayor que las cifras nacionales<sup>35</sup>. Esto nos indica que es una problemática a abordar, considerando los riesgos del síndrome amotivacional, que tiende a asociarse a fracaso académico, entre otros.

Por otra parte, se aprecian diferencias significativas entre el grupo de hombres y de mujeres, siendo de mayor prevalencia en hombres el consumo de sustancias, y la depresión y trastornos alimentarios en mujeres, al igual como lo muestra la tendencia en otros estudios<sup>3,5,33</sup>.

Respecto a las limitaciones de este estudio, un aspecto no explorado fue la asociación de las distintas áreas de salud mental evaluadas y el estrato socioeconómico además del rendimiento académico. Antúnez y Vinet<sup>5</sup>, se aproximaron a esta temática, encontrando que las condiciones socioculturales como la alta ruralidad, pertenecer a la etnia mapuche y ser de un estrato socioeconómico medio-bajo, se correlacionan significativamente con síntomas depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios de primer año, constituyéndose en factores de riesgo para presentar alteraciones en la salud mental. No obstante, por la relevancia que evidencian los factores socio-culturales en la salud

mental, es un tema de proyección para futuros estudios.

Otra limitación a considerar son los tipos de test aplicados, de autoreporte, que pueden favorecer el error, tanto falsos positivos como negativos, por ello, Ortiz *et al*<sup>8</sup>, recomienda chequear los casos detectados con problemas de salud mental, con entrevistas clínicas individuales.

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 y las actitudes frente a la búsqueda de ayuda especializada. Esto, ya que podemos inferir que un porcentaje importante de los estudiantes con alteraciones del ánimo, consumo de sustancias u otra problemática de salud mental, no solicita ayuda, o bien consulta muy tardíamente cuando padecen cuadros de mayor gravedad y se ha visto mermado parte importante de su funcionamiento académico y social.

Finalmente, creemos que si se consideran en las intervenciones futuros aspectos psicoeducativos, de orientación, de promoción y prevención de salud, en un ambiente que les preste acogida y oportunidad a este grupo específico de personas en riesgo, estas estrategias podrían tener mayor impacto.

En relación a este último punto, está en curso la implementación de una estrategia de pesquisa on-line para estudiantes con problemas de salud mental, lo que dará seguimiento estadístico actualizado, y permitirá generar herramientas de orientación más específicas para el cuidado de la salud mental en la población universitaria, que tendría como objetivo no solamente cubrir las necesidades locales sino también implementar un modelo que podría ser replicado en otras universidades.

## Resumen

**Introducción:** Se estima que en Chile aproximadamente un tercio de la población ha tenido algún trastorno psiquiátrico durante su vida. Si tenemos en cuenta a la población universitaria, por la etapa evolutiva que experimenta y el estrés psicosocial asociado, ésta se constituye como un grupo en riesgo de presentar trastornos psiquiátricos. El presente estudio se propuso estimar la prevalencia de los principales trastornos mentales no psicóticos presentes en la población de estudiantes de pregrado de la UACH, durante el año 2008. **Método:** La muestra estuvo compuesta por 804 estudiantes de pregrado, que respondieron de manera individual escalas de screening para la depresión (Patient Health Questionnaire-PHQ-9), para el riesgo de suicidio (Escala de desesperanza de Beck-HBS), para los trastornos bipolares (Mood Disorder Questionnaire-MDQ), para el consumo de alcohol y drogas (DEP-ADO y AUDIT), y para los trastornos de la conducta alimentaria (Eating Disorder Diagnostic Scale-EDDS; y Restrain Scale-RS). **Resultados:** Un 27% de los estudiantes cumple con los criterios diagnósticos para una depresión, un 10,4% estaría cursando con un trastorno bipolar, un 5,3% de los estudiantes tiene un riesgo moderado a severo de cometer suicidio; 24,2% de los estudiantes universitarios presenta un consumo problemático de alcohol y un 15,3% de la muestra tendría algún tipo de trastorno en la alimentación. **Conclusiones:** La depresión se asoció significativamente con una mayor tendencia a tener un comportamiento de alimentación anormal, el consumo nocivo de alcohol y el comportamiento autodestructivo.

**Palabras clave:** Estudiantes universitarios, trastornos mentales, encuestas de screening.

## Referencias bibliográficas

- Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECCP). Rev Med Chile 2002; 130: 527-36.
- Vicente B, Saldivia S, De La Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chile 2012; 140: 447-57.
- Micin S, Bagladi V. Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. Terapia psicológica 2011; 29 (1): 53-64.
- Cova F, Alvial W, Aro M, Boniffeti A, Hernández M, Rodríguez C. Problemas de salud mental en estudiantes de la universidad de Concepción. Ter Psicol 2007; 25: 105-12.
- Antúnez Z, Vinet E. Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. Rev Med Chile 2013; 141: 209-16.
- López M, Kuhne W, Pérez P, Gallero P, Matus O. Características de Consultantes y Proceso Terapéutico de Universitarios en un Servicio de Psicoterapia. Revista Iberoamericana de Psicología. Ciencia y Tecnología 2010; 3 (1): 99-107 (era 2).
- Mineduc, 2004. Matrícula de Pre-grado para los años 1983 a 2004. Extraído en octubre 13, 2007 de: [http://w3app.mineduc.cl/edusup/pags/comp\\_matr\\_educ\\_sup.html](http://w3app.mineduc.cl/edusup/pags/comp_matr_educ_sup.html)
- Ortiz L, López S, Borges, G. Desigualdad Socioeconómica y Salud Mental: Revisión de la Literatura Latinoamericana Cad Saúde Públ 2007; 23 (6): 1255-72.
- Rioseco P, Valdivia S, Vicente B, Vielma M, Jerez M. Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. Rev Psiquiatr 1996; 3: 158-65.
- Fritsch R, Escanilla X, Goldsack V, Grimber A, Na-



- varrete A, Pérez A, *et al.* Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Rev psiq clín* 2006; 43: 22-30.
11. Florenzano R. Conductas de riesgo adolescente y factores protectores. En: Florenzano, Valdés eds. *El Adolescente y sus Conductas de Riesgo*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Tercera Edición 2005; 99-112.
  12. Riffo P, Pérez M, González M, Aranda W. Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de hábito del comer en estudiantes de Medicina. *Rev Chil Salud Pública* 2003; 3: 146-9.
  13. Hesse-Biber SH, Marino M, Watts-Roy D. A longitudinal study of eating disorders among college women. *Gend Soc* 1999; 13: 385-408.
  14. Czernik G, Giménez S, Mora M, Almiron L. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Rev Arg Clin Neuropsiq* 2006; 2: 64-73.
  15. Salvo L, Rioseco P, Salvo S. Intento de suicidio en adolescentes. *Rev Psiquiatr* 1998; 1: 30-4.
  16. Valdivia M, Condeza MI. *Psiquiatría del adolescente*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2006.
  17. Behar R, Figueroa G. *Anorexia nerviosa y bulimia clínica terapéutica*. Editorial Mediterráneo Ltda. 2004.
  18. Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cunning D, Doyle CA, Abascal LB, *et al.* Prevention of Eating Disorders in At-Risk College-Age Women. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 881-8.
  19. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). *Noveno estudio nacional de drogas en población general de Chile*. 2010.
  20. *Invertir en salud mental*. Documento de la Organización Mundial de la Salud. 2004.
  21. Dimsdale J, Young M. *Student Mental Health Committee Final Report*. University of California, 2006.
  22. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIMEMD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737-44.
  23. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, *et al.* Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2012; 50 (1): 10-22.
  24. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-5.
  25. Hirschfeld MD, Robert MA, Janet BW, Williams DSW, Robert L, Spitzer MD. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J of Psychiatry* 2000; 157: 1873-5.
  26. Vohringer P, Medina S, Alvear K, Espinosa C, Ruimallo P, Alexandrovich K, *et al.* Estudio chileno de la validación de la escala Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev GPU* 2008; 4 (3): 339-44.
  27. Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron JT, Brunelle N. Cuestionario de detección de consumo problemático de alcohol y drogas en los adolescentes (DEP-ADO): Desarrollo y cualidades psicométricas. *Drogues. Santé et société* 2004; 3: 19-37.
  28. Molina J. *Caracterización psicométrica de las escalas DEP-ADO y AUDIT, para evaluar grado de adicción a drogas en adolescentes chilenos en conflicto con la justicia*. (Tesis de Magister). Temuco, Chile: Universidad de la Frontera; 2009.
  29. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. *Cuestionario de Identificación de los trastornos debido al consumo de Alcohol 2001*. Ginebra, Suiza, OMS.
  30. Alvarado M, Garmendia M, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. *Rev Med Chile* 2009; 137: 1463-8.
  31. Stice E, Rizvi S, Telch C. Development and validation of the eating disorder diagnostic scale: a brief self report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychol Assess* 2000; 12: 123-31.
  32. Silva J, Behar R, Cordella, P, Ortiz M, Jaramillo K, Alvarado R, *et al.* Estudio multicéntrico para la validación de la versión en español del Eating

- Disorder Diagnostic Scale. *Rev Med Chile* 2012; 140: 1562-70.
33. Herman P, Polivy J. Restrained eating. En Stunkard A, ed. *Obesity*. Philadelphia: Saunders 1980; 208-25.
  34. Silva J. Consistencia interna y validez factorial de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2010; 37: 41-9.
  35. Silva J, Urzúa A. Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria en una muestra de adolescentes. *Univ Psychol* 2010; 9: 535-44.
  36. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/ encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>. Consultado julio 12, 2013.
  37. Marmorstein NR. Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33 (1): 49-59.

---

Correspondencia:

Tomas Baader M.

Universidad Austral de Chile, Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina.

Fono 063-221327.

E-mail: tbaader@uach.cl