

# Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil

## Mental Health in University Students: Incidence of Psychopathology and Suicidal Behavior Data in The Student Health Service Users.

Sonia Micin

y

Verónica Bagladi

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

(Recibido: 10 de diciembre de 2009; Acep: 8 de octubre de 2010)

### Resumen

Los objetivos del estudio son caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un Servicio de Salud Estudiantil y determinar diferencias y/o asociaciones significativas en relación a género. Se utilizó un diseño no experimental de carácter exploratorio y cuantitativo. Se recogieron antecedentes de conducta suicida y diagnósticos según DSM-IV (ejes I y II). Se incluyeron 460 universitarios que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica entre 01/2006 y 07/2008, según muestreo aleatorio estratificado. Se utilizó estadística descriptiva, inferencial y relacional. Los resultados indican incidencias consistentemente altas con hallazgos en poblaciones universitarias extranjeras y nacionales. Se encontraron tasas significativas para trastornos adaptativos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, desordenes de personalidad y antecedentes conducta suicida. Un alto porcentaje presenta alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión. Se encuentra mayor incidencia de trastornos adaptativos que de otros trastornos; y diferencias-asociaciones significativas según género para diversos trastornos.

*Palabras clave:* Salud mental, psicopatología, conducta suicida, población universitaria.

### Abstract

The objective of the study is to characterize the incidence of psychopathology and suicidal behavior data in university students who attend the Student Health Service have, and to determine differences and/or significant relationships with the individual gender. We used a non-experimental exploratory and quantitative. We collected suicidal behavior data and diagnoses according to DSM-IV (Axis I and II). The sample included 460 students who received psychological and/or psychiatric treatment between 01/2006 and 07/2008, using a random stratified sampling methodology. Relational and descriptive statistics was used. The results indicate the high consistent incidents with finds in university foreign and national populations. Rates were significant for adaptive disorders, mood disorders, anxiety disorders, personality disorders and suicidal behavior data. A high percentage of the students show clinical alterations related to anxiety and depression. A higher rate of adaptive disorders was found, compared with other disorders; and significant differences/associations with the gender for different disorders.

*Key words:* Mental health, psychopathology, suicidal behavior, university population.

## Introducción

El Sector de la Educación Superior Chilena es actualmente un sistema masificado, complejo y en rápido cambio. La matrícula en el sistema ha aumentado en más de un 300% desde 1990 al 2004 (MINEDUC, 2004), es decir, la población universitaria se triplicó en la última década. Esta tendencia de crecimiento se mantuvo con un incremento del 42% desde el 2002 al 2007 (CSE, 2008). El Estado ha apoyado esta fuerte expansión del sector educativo a través de subvenciones o créditos para los estudiantes, intentando con ello un acceso más equitativo de los distintos sectores sociales de la población chilena (CONACE, 2007).

Esta expansión y masificación de la educación universitaria ha generado cambios a nivel del estudiantado, configurando un nuevo tipo de estudiante (Núñez, 2007). Es así, como la cobertura universitaria para los quintiles socio-económicos I, II y III que corresponden al 40% de hogares con menores ingresos del país, se triplicó entre 1990 y 2003 (Donoso & Cancino, 2007). Es decir, el incremento en matrícula universitaria se ha realizado en gran parte a través de grupos sociales más vulnerables. El Mineduc ha señalado que se mantendrá esta tendencia al alza de “estudiantes carentes”, definidos como aquellos que presentan dificultades socio-económicas, mayor exposición al fracaso académico y a riesgos asociados, y por lo cual debe entregárseles un reforzamiento integral por parte de las instituciones universitarias (Núñez, 2007). Un ejemplo de esto es que la tasa de titulación en Chile del 39%, se asocia a alta deserción por variables socioeconómicas (CONACE, 2007), lo que refiere dificultades de mantención para segmentos sociales en desventaja.

El nuevo tipo de estudiante ya no pertenece sólo a los segmentos de mejor rendimiento académico de la educación media (Florenzano, 2006), no proviene de sistemas educativos aventajados, y pertenece a grupos sociales más vulnerables (Donoso & Cancino, 2007), condición que estaría asociada a un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental para adultos y adolescentes latinoamericanos, según extensa revisión de trabajos publicados desde 1982 al 2006 (Ortiz, López & Borges, 2007). Si adicionamos a esto, que el joven universitario se encuentra en una etapa del ciclo vital compleja, asociada a la resolución de tareas no comparables con otras épocas de la vida (Gomberoff, 2003), en que la conjunción de características individuales y contextuales pueden facilitar estas conductas de riesgo (Martínez, 2007); podemos comprender mejor el surgimiento de problemas de salud mental en jóvenes (Florenzano, 2005). Si además reconocemos que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios.

Estos planteamientos resultan congruentes con los hallazgos recogidos en universidades extranjeras y chilenas, y que muestran incidencias consistentemente altas en universitarios para diversos cuadros de salud mental. Entre ellos, *los trastornos de ansiedad*, presentan una tasa cercana al 15 %, siendo más frecuentes en mujeres (19.5%) que hombres (8%), excepto el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social, cuyas tasas son semejantes (APA, 1995). Para estos cuadros encontramos tasas significativamente altas en universidades extranjeras (ADAA, 2007; Al Nakeeb, Alcázar, Fernández, Malagón & Molina, 2004; Amézquita, González & Zuluaga, 2000; Camacho et al., 2005; Riveros, Hernández, & Rivera, 2007) y también en universidades nacionales (Benítez, Quintero & Torres, 2001; Cova, Alvial & Arod, 2007), cuyas tasas (sobre 23%) superan la tasa nacional para población general (16.2%) y también la del grupo etario equivalente (11.3%) (Vicente, Rioseco, Saldívia, Kohn & Torres, 2002). Si bien las metodologías de recolección de datos no son siempre comparables, sugieren la inquietud de contrastar estos hallazgos. Los estudios no siempre son coincidentes para la asociación con género, mostrando algunos diferencias significativas (Amézquita et al., 2000; Camacho et al., 2005; Cova et al., 2007; MINSAL, 2007; Riveros et al., 2007; Vicente et al., 2002), pero otros no (Al Nakeeb et al., 2004; Benítez et al., 2001).

*Los trastornos de depresión* son patologías frecuentes. Se estima que para el 2020 será la enfermedad de mayor ocurrencia en el mundo, calculándose que entre el 8 y 18% de la población sufrirá al menos un episodio depresivo significativo durante su vida (Kessler, 1993, citado en Czernik et al., 2006). Estudios señalan que los cuadros depresivos en universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general y grupo etario correspondiente (Czernik et al., 2006; Riveros et al., 2007; Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002), incluso mayor a países en desarrollo (Cova et al., 2007). Los trastornos depresivos a nivel nacional guardan equivalencia con las tasas encontradas a nivel Latinoamericano (Vicente, Rioseco, Saldívia, Kohn & Torres, 2005). La depresión mayor y distimia son los más prevalentes, después de la agorafobia, siendo el grupo juvenil semejante a la población general. (Vicente et al., 2002).

Las tasas reportadas son altas en universidades extranjeras (Al Nakeeb et al., 2004; Amézquita et al., 2000; Camacho et al., 2005; Czernik et al., 2006; Riveros et al., 2007) y en las universidades nacionales (Benítez et al., 2001; Cova et al., 2007; Santander, 2004), cuya incidencia (sobre 16.4%), supera la tasa para población general (15%) y también al grupo etario equivalente (13.8%) (Vicente et al., 2002). En población nacional existe una mayor incidencia en mujeres que hombres (MINSAL, 2007; Vicente et al., 2002), tendencia confirmada en algunos estudios con universitarios (Amézquita et al., 2000; Cova et al., 2007; Camacho et al., 2005; Riveros et al., 2007; Sánchez et al.,

2002), pero en otros no (Al Nakeeb et al., 2004; Benítez et al., 2001; Czernik et al., 2006).

La *conducta suicida* se encuentra dentro de las 5 primeras causas de muertes entre 15 y 19 años (MINSAL, 2007), estimándose que del total, un 30% ocurre en estudiantes universitarios (Arias, 2004, citado en Czernik et al., 2006). El suicidio constituye un importante problema de salud individual y pública. Se calcula en Chile una tasa de 10.8 por 100 mil habitantes, con un importante aumento en adultos jóvenes de ambos sexos (MINSAL, 2007). La tasa en hombres dobla 3 a 10 veces la tasa en mujeres. Hoy en día la conducta suicida es definida dentro de un espectro de ideas, afectos y conductas que van desde las ideas de muerte hasta la consumación del acto suicida, siendo los límites y riesgos difíciles de precisar. Los hallazgos sobre conducta suicida en jóvenes universitarios resultan preocupantes, con tasas anuales que se ubican entre un 18% y 41% (Amézquita et al., 2000; Calvo, Sánchez & Tejada, 2003; Czernik, 2006; Sánchez et al., 2003). Dado que es una de las principales causas de muerte prematura prevenible (MINSAL, 2007), los esfuerzos destinados a explorar su diagnóstico oportuna resultan muy relevantes. Se estima que por cada suicidio consumado, hubo entre 10 y 20 intentos previos (Rojas, 2008). Un estudio en universitarios chilenos (Cova et al., 2007) arrojó elevadas tasas en mujeres para ideación (14.9%), planificación (10.1%) e intentos (3.5%). Las estadísticas indican tasas de muerte mayores en hombres, pero índices de intento suicida superiores en mujeres (Cova et al., 2007; MINSAL, 2007). No obstante, otros estudios no las confirman (Amézquita et al., 2000).

El *consumo abusivo de alcohol y drogas* constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Los jóvenes universitarios chilenos aparecen como un grupo de riesgo importante al respecto, en los que se destacan las elevadas tasas de consumo para marihuana y alcohol (CONACE, 2007; Santander, 2004; Vicente et al., 2002), la intensidad de uso, baja percepción de riesgo, presencia de tráfico en los campus (CONACE, 2007) y tasas significativas para consumo de fármacos ligado a problemas de salud mental. El 6° estudio de drogas 2004 (CONACE, 2007) muestra que los jóvenes entre 19 y 25 años son el grupo etario con las mayores tasas anuales de consumo de drogas ilícitas, con una evolución histórica en alza para marihuana, siendo los universitarios quienes registran el más alto consumo anual y más baja percepción de riesgo. Señala que en las universidades existen espacios legitimados socialmente para el consumo de drogas legales e ilegales, sin estrategias claras y continuas sobre uso de alcohol y drogas en los recintos ni programas de apoyo para consumidores problemáticos, además de microtráfico en los campus como factor de riesgo. Se han encontrado diferencias significativas por género (CONACE, 2007; Vicente et al., 2002).

Los *trastornos de la alimentación* son desórdenes de carácter multidimensional y su conocimiento en poblaciones

universitarias es escaso (Sepúlveda, Gandarillas & Carboles, 2004), pese a que es considerado un grupo de riesgo, dado que el contexto universitario propicia condiciones de estrés y posibles cambios en los hábitos de alimentación. Si bien, la incidencia de casos completos es relativamente escasa en la población, el panorama cambia al considerar los casos incompletos o aquellos con conductas alimentarias anormales. La aparición del cuadro va desde conductas y actitudes de riesgo (preocupación excesiva por el peso, dieta restrictiva, atracón o el uso de conductas purgativas) hasta un trastorno clínico. En universidades extranjeras se han encontrado cifras elevadas para el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación: 14,9% en hombres y un 20,8% en mujeres (Sepúlveda et al., 2004). Se destacan las conductas propias del trastorno: vómitos (entre 9.6% y 16%) y uso de laxantes (entre 10.6% y 14.5%), siendo superiores en mujeres (Cova et al., 2007; Sepúlveda et al., 2004). Si bien pocos son los estudios realizados en población universitaria y sólo se registra uno en universitarios chilenos.

En relación a *los trastornos de la personalidad*, se puede señalar que son frecuentes y parecen aumentar. Se estima que entre el 10 y 13% de la población nacional presenta algún desorden de la personalidad, llegando a un rango entre 30-50% en consulta psiquiátrica (Jerez, Alvarado & Paredes, 2001). Para universitarios encontramos tasas cercanas al 18-21% en incluso superiores a la población joven y adulta (Chabrol, Rousseau, Callahan & Hyler, 2007), lo que resulta sugerente dado que a nivel nacional se estima una tasa entre 10-13% (Jerez et al., 2001). Dada las exigencias que la etapa juvenil supone en la consolidación de la identidad, la emergencia de trastorno de la personalidad en este periodo del ciclo vital podría no ser infrecuente. También serían esperables tasas más altas que las de población general, dado el carácter clínico de la población que consulta (Bagladi & Opazo, 2006; Jerez et al., 2001).

Como marco general es importante señalar que los hallazgos sobre salud mental en nuestro país, sugieren una alta incidencia de trastornos mentales en población chilena. El estudio chileno de incidencia psiquiátrica, ECPP (Vicente et al., 2002), señala que sobre un tercio de los chilenos han presentado un desorden mental a lo largo de la vida (36% incidencia-vida para trastornos psiquiátricos), encontrándose mayores incidencias-vida para los trastornos ansiosos (16,2%), trastornos afectivos (15%) y el grupo de uso de sustancias (14,4%). Se identificó a la población entre 15 y 24 años con tasas cercanas a la población total para trastornos afectivos (13,86%), ansiosos (11,3%) y esquizofrénicos (2,18%); pero tasas más altas para el consumo de alcohol-drogas (15,31%) y trastornos antisociales (1,45%). El estudio identifica a los grupos de jóvenes con mayor riesgo de presentar un desorden psiquiátrico, hallazgo coherente con otros estudios (Vicente et al., 2002).

Estos antecedentes sugieren una diagnosis más preocupante para los universitarios chilenos. Como señala

Florenzano (2006), la salud mental adquiere mayor relevancia en un sistema educativo masificado que incorpora a una gran diversidad de estudiantes, fenómeno ya observado en el mundo anglosajón y que generó estudios en profundidad y la creación de sistemas de salud universitarios. Sin embargo, se requiere avanzar en el estudio de poblaciones universitarias a nivel nacional, destacando el autor la falta de investigación sistemática que existe respecto de las dificultades que enfrentan estos jóvenes ante un sistema masificado y que requiere adecuaciones. Según las proyecciones del 2004, se habrían estimado unos 270.915 universitarios con trastornos psicopatológicos, constituyendo esto un importante problema de salud pública a nivel nacional (Florenzano, 2006). Numerosos estudios sugieren tasas altas y no distintas de las encontradas en universitarios extranjeros o de las reportadas en población nacional para el grupo etario equivalente, además de divergencias en torno a género. Dado este marco, el objetivo general del estudio fue caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en estudiantes universitarios que consultan a un servicio de salud estudiantil y determinar si existían diferencias y/o asociaciones en relación a género, para la población consultante.

### Método

Se utilizó un diseño no experimental, de carácter exploratorio y cuantitativo. Se deseaba cuantificar estadísticamente las incidencias de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un servicio de salud estudiantil. Su carácter exploratorio buscaba un primer acercamiento diagnóstico al tema. Fue no experimental, ya que no se realizó manipulación de variables ni se aplicó tratamiento. El estudio fue de tipo descriptivo y relacional.

#### Participantes:

La población correspondió a estudiantes que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica en el Servicio de Salud Estudiantil de una universidad de la R.M. Los criterios de inclusión del marco muestral fueron: casos atendidos entre 01/01/2006 y 31/07/2008, cuyo terapeuta aún se mantenía en el servicio y con dos o más atenciones. Para la muestra se seleccionaron aleatoriamente 460 universitarios de un total poblacional de 1.552 alumnos y 12.500 consultas, correspondiendo al 30% del total de la población consultante en dicho periodo. El muestreo fue aleatorio estratificado con afijación no proporcional o “muestreo por error”.

#### Variables en estudio:

a) *Diagnósticos de psicopatología*: El diagnóstico refleja la hipótesis clínica respecto al funcionamiento psicológico del paciente (Bagladi, 2003). Para el diagnóstico

de trastornos psicopatológicos, se consideraron los ejes I y II del sistema multi-axial DSM-IV y la nomenclatura CIE-9 dada su amplia utilización en investigaciones (APA, 1995). Este ha sido universalmente utilizado y posibilita el diagnóstico, reconocimiento y predicción de resultados clínicos. Los ejes I y II corresponden a trastornos mentales o psicopatología (APA, 1995). La “sintomatología clínica” corresponde teóricamente al eje I, que incluye el diagnóstico de los trastornos clínicos agrupados en 13 familias. El eje II corresponde a los 12 trastornos de la personalidad. Se creó el código “en estudio” para todas las categorías clínicas del eje I y II. Las incidencias de psicopatología se estimaron en base a las frecuencias de los trastornos para la población universitaria consultante al servicio. La incidencia se refiere al número de casos ocurridos respecto de una determinada condición de salud.

b) *Antecedentes sobre conducta suicida*: Se consideraron dada la relevancia que adquieren en población universitaria y el riesgo y gravedad asociado. En protocolo se consignó para “conducta suicida actual o reciente” (últimos 6 meses) y “no reciente” (antes de 6 meses), los siguientes antecedentes: presencia de ideas de muerte, ideación suicida con y sin plan, intentos suicidas, intentos o suicidios en familiares o conocidos. Estos datos los recogió cada terapeuta desde la historia clínica de su paciente registrada en fichas clínicas. Cabe destacar que en la primera entrevista, siempre se exploran estos antecedentes y registran en la ficha de recepción al servicio.

c) *Variable demográfica*: Género (hombre-mujer).

#### Procedimiento:

Se recogieron datos de las bases estadísticas usadas en la gestión del servicio, que registran volúmenes de atención y diagnósticos por cada consulta psicológica y/o psiquiátrica realizada. Los diagnósticos se contrastaron con los antecedentes de las fichas de atención clínica, que consignan motivos de consulta, información demográfica, diagnóstica y del proceso terapéutico del alumno. La normativa interna exige que toda atención realizada, así como las decisiones derivadas de reuniones clínicas, deban ser consignadas en las fichas. Los datos relevantes fueron traspasados a un “Protocolo de diagnóstico clínico” diseñado para dar mayor fiabilidad al proceso de recolección y traspaso de diagnósticos desde las fuentes. La confiabilidad de los diagnósticos recogidos en esta área se basa en la experiencia clínica y psicodiagnóstica de profesionales expertos (APA, 1995; Vicente et al., 2002) y el uso de procedimientos estándar dentro de la unidad, ya que todos los terapeutas usan el sistema diagnóstico multi-axial DSM-IV, se añaden criterios diagnósticos y de intervención en reuniones clínicas del área y reciben capacitación técnica. De ser necesario, se complementan los diagnósticos con psicometría adicional. Se asignaron los casos de la muestra a cada terapeuta tratante y el investigador sostuvo reuniones individuales con cada

uno para revisión y análisis detallado del diagnóstico y antecedentes clínicos. Cada terapeuta debía completar y/o cotejar el traspaso de datos desde las fichas al “Protocolo de diagnóstico clínico” de cada alumno. El levantamiento de datos abarcó 3 meses, con 110 hrs. de reuniones. El proceso de revisar, clarificar y consensuar los diagnósticos e información que requería el Protocolo entre terapeutas tratantes, psiquiatras e investigador, tuvo como objetivo incrementar la validez del proceso de recogida de datos. Para este estudio, se consideraron todos los aspectos éticos pertinentes al manejo confidencial de la información, recogida y análisis de datos y el alcance de los resultados de la investigación (APA, 1995).

*Análisis de datos:*

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa SPSS versión 11.5 en español y analizados según: 1) Estadística Descriptiva: en base a tablas de frecuencias y porcentajes, 2) Estadística Inferencial: prueba no paramétrica Chi cuadrado (Chi-Square Test), para determinar asociación o dependencia significativa entre variables; y 3) Estadística Relacional: prueba Medida de Riesgo (ODDS

ratio), que entrega la razón de desventaja o riesgo que tiene el sujeto de caer en una determinada condición, si presenta ciertas características.

**Resultados**

*Caracterización de la muestra:* La distribución por género es semejante, con un 42% de hombres y levemente superior para mujeres (58%). El NSE del colegio de procedencia indica un 76,5% de concentración en niveles sociales superiores (38,7% alto y 37,8%, medio alto). Un alto porcentaje de los alumnos proviene de Santiago (73%). El 52% había consultado en otro servicio de salud mental antes del momento del diagnóstico. La cantidad de consultas para el periodo ascendió a 10.5 atenciones promedio. El 44,6% fue atendido de 6 a 20 veces en el servicio.

*Resultados obtenidos, según objetivos específicos planteados:*

1. El primer objetivo fue caracterizar la población de estudiantes que consulta al servicio de salud universitario en relación a incidencia de sintomatología clínica y evaluar si existían diferencias significativas en género.

Tabla 1:  
*Familias de Trastornos Clínicos (eje I)*

Familias de Trastornos Clínicos (eje I)	Total		Género				Chi <sup>2</sup>
	(n)	%	Femenino (n)	%	Masculino (n)	%	
Trastorno de inicio en infancia, niñez o adolescencia	7	1,5	2	0,7	5	2,6	2,535
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	11	2,4	2	0,7	9	4,7	7,353**
Trastornos del control de impulsos	21	4,6	10	3,7	11	5,7	0,982
Trastornos somatomorfos	8	1,7	8	3	0	0	5,885*
Trastornos sexuales	4	0,9	1	0,4	3	1,6	1,809
Trastornos de la identidad sexual	14	3	6	2,2	8	4,1	1,367
Trastornos del sueño	61	13,3	34	12,7	27	14	0,154
Trastornos de la conducta alimentaria	30	6,5	26	9,7	4	2,1	10,797***
Trastornos del estado de ánimo	105	22,8	64	24	41	21,2	0,473
Trastornos de ansiedad	96	20,9	47	17,6	49	25,4	4,112*
Trastornos adaptativos	222	48,3	136	50,9	86	44,6	1,824
Trastornos relacionados con sustancias	31	6,7	11	4,1	20	10,4	6,947**

Según la distribución de Trastornos del eje I observada en tabla 1, encontramos que para la población consultante, el 92% de cuadros se concentra en *trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad*. De estos cuadros, el 48,3% de los alumnos atendidos presenta trastornos adaptativos, siendo ésta la más alta incidencia encontrada. Este hallazgo indica que aquí habría una mayor incidencia de trastornos adaptativos que de otros trastornos clínicos, correspondiendo esta cifra a la mitad de la población que consulta y a más del doble de las tasas que se encuentran para otros cuadros.

*Los trastornos del ánimo* corresponden a la segunda mayor incidencia encontrada (22,8%), seguidos de *los trastornos de ansiedad* específicos (20,9%). Los trastornos del ánimo en su mayoría corresponden a diagnósticos de depresión mayor episodio único (7,0%), trastornos del ánimo en estudio (5,2%) y distimia (4,8%). De las incidencias encontradas para *trastornos de ansiedad* (ver tabla 2), un 6,1% corresponden a trastornos de ansiedad en estudio, el 3,3% a trastorno de angustia sin agorafobia y el 3,0% a fobia social.

Como se aprecia en tabla 1, en 4º lugar a *los trastornos del sueño* con un 13,3%. No obstante, de esta cifra el 12,6% corresponde a trastornos del sueño secundarios o asociados a trastornos del eje I ó II, generalmente trastornos de ansiedad o del ánimo. Es decir, sólo el 0,7% de los alumnos presentaría trastornos del sueño primarios o alteraciones endógenas en el ciclo sueño-vigilia, tales como narcolepsia, sonambulismo, etc.; lo que es congruente con la alta incidencia de trastornos adaptativos encontrados en la población estudiada. Luego, en 5º lugar aparecen *los trastornos relacionados con sustancias* con una incidencia del 6,7%, de la cual el 3,0% corresponde a trastornos relacionados con alcohol y el 2,4% a marihuana. Por último, destaca la incidencia de *trastornos de la conducta alimentaria* con un 6,5%, compuesta por un 3,0% de trastornos alimentarios en estudio, un 2,2% de bulimia nerviosa y 1,1% de anorexia.

Se aprecian diferencias significativas en género para algunos trastornos clínicos. Los hombres presentan más trastornos psicóticos [ $\chi^2(1) = 7,353, p < 0,01$ ], trastornos de

ansiedad [ $\chi^2(1) = 4,112, p < 0,05$ ] y trastornos relacionados con sustancias [ $\chi^2(1) = 6,947, p < 0,01$ ] que las mujeres. Las mujeres son las únicas que presentan trastornos somatomorfos [ $\chi^2(1) = 5,885, p < 0,05$ ]; y más trastornos alimentarios que los hombres [ $\chi^2(1) = 10,797, p < 0,001$ ].

En tabla 2, observamos que para los trastornos de ansiedad desagregados existen diferencias significativas en género para el trastorno obsesivo compulsivo; es decir, hay proporcionalmente más hombres que mujeres que presentan este trastorno [ $\chi^2(1) = 6,934, p < 0,01$ ]. Estas diferencias significativas se invierten para para el trastorno adaptativo mixto, en que hay proporcionalmente más mujeres que hombres que presentan este trastorno [ $\chi^2(1) = 4,957, p < 0,01$ ]. Para los trastornos relacionados con sustancias desagregados, se encontró diferencias significativas a favor de los hombres para los trastornos relacionados con marihuana [ $\chi^2(1) = 4,382, p < 0,05$ ]. No se encontraron diferencias significativas de género para ninguno de los trastornos del estado de ánimo desagregados.

Tabla 2:  
*Trastornos del eje I a nivel desagregado*

Trastornos del eje I a nivel desagregado		Total		Género				Chi <sup>2</sup>
		(n)	%	Femenino (n)	%	Masculino (n)	%	
Tr. de angustia sin agorafobia	Si	15	3,3	7	2,6	8	4,1	0,824
Tr. de angustia con agorafobia	Si	4	0,9	3	1,1	1	0,5	0,476
Fobia específica	Si	3	0,7	2	0,7	1	0,5	0,092
Fobia social	Si	14	3	8	3	6	3,1	0,005
Tr. obsesivo compulsivo	Si	8	1,7	1	0,4	7	3,6	6,934**
Tr. por estrés post traumático	Si	4	0,9	3	1,1	1	0,5	0,476
Tr. por estrés agudo	Si	7	1,5	4	1,5	3	1,6	0,002
Tr. de ansiedad generalizada	Si	12	2,6	4	1,5	8	4,1	3,089+
Tr. de ansiedad n/e	Si	2	0,4	2	0,7	0	0	1,452
Tr. de ansiedad en estudio	Si	28	6,1	13	4,9	15	7,8	1,652
Total Trastornos de ansiedad	No	364	79,1	220	82,4	144	74,6	
	Si	96	20,9	47	17,6	49	25,4	4,112*
Tr. adaptativo con ánimo depresivo	Si	42	9,1	24	9,0	18	9,3	0,015
Tr. adaptativo con ansiedad	Si	58	12,6	32	12,0	26	13,5	0,225
Tr. adaptativo mixto, con ansiedad y ánimo depresivo	Si	120	26,1	80	30,0	40	20,7	4,957*
Tr. adaptativo con alteración mixta emociones y conducta	Si	2	0,4	0	0,0	2	1,0	2,779+
Total Trastornos adaptativos	No	238	51,7	131	49,1	107	55,4	
	Si	222	48,3	136	50,9	86	44,6	1,824
Tr. relacionados al alcohol	Si	14	3	7	2,6	7	3,6	0,384
Tr. relacionados a la marihuana	Si	11	2,4	3	1,1	8	4,1	4,382*
Tr. relacionados a la cocaína	Si	2	0,4	0	0	2	1	2,779+
Tr. relacionados a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	Si	2	0,4	1	0,4	1	0,5	0,053
Total Trastornos relacionados con sustancias	No	429	93,3	256	95,9	173	89,6	
	Si	31	6,7	11	4,1	20	10,4	6,947**

Si adicionamos la presencia de ansiedad que contienen tanto los trastornos adaptativos mixtos (26,1%) y adaptativos ansiosos (12,6%), como los trastornos de ansiedad específicos (20,9%), encontramos que un altísimo porcentaje (59,6%) de la población consultante refiere alteraciones clínicas ligadas a ansiedad. De igual modo, un alto porcentaje

de los alumnos que consultan por salud mental presentan alteraciones clínicas asociadas a depresión (58%).

2. El segundo objetivo fue caracterizar la población de estudiantes que consulta al servicio de salud universitario en relación a incidencia de trastornos de la personalidad y evaluar si existían diferencias significativas en género.

Tabla 3:  
*Trastornos de la Personalidad (eje II)*

Trastornos de la Personalidad (eje II)	Género						Chi <sup>2</sup>	
	Total		Femenino		Masculino			
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Trastorno paranoide	3	0,7	1	0,4	2	1	0,757	
Trastorno esquizoide	10	2,2	2	0,7	8	4,1	6,075*	
Trastorno esquizotípico	2	0,4	0	0	2	1	2,779	
Trastorno antisocial	0	0	0	0	0	0		
Trastorno límite	22	4,8	18	6,7	4	2,1	5,363*	
Trastorno histriónico	32	7	25	9,4	7	3,6	5,695*	
Trastorno narcisista	10	2,2	1	0,4	9	4,7	9,689**	
Trastorno por evitación	9	2	3	1,1	6	3,1	2,302	
Trastorno por dependencia	8	1,7	6	2,2	2	1	0,961	
Trastorno obsesivo-compulsivo	9	2	2	0,7	7	3,6	4,837*	
Trastorno de la personalidad n/e	4	0,9	1	0,4	3	1,6	1,809	
Trastorno de la personalidad en estudio	118	25,7	59	22,1	59	30,6	4,216*	
	No	243	52,8	155	58,1	88	45,6	
Presenta algún Trastorno de la Personalidad (eje II)	Sí	99	21,5	53	19,8	46	23,8	7,252*
	En estudio	118	25,7	59	22,1	59	30,6	
	Total	460	100	267	100	193	100	

Según tabla 3, tenemos que un 21,5% de los estudiantes presentó un trastorno de la personalidad. Si sumamos los casos registrados como trastornos de la personalidad aplazados (APA, 1995) o categorizados aquí como trastornos de la personalidad en estudio (25,7%), llegaríamos a una cifra superior al 40%. Destacan los diagnósticos de trastorno histriónico (7%), trastorno límite (4,8%) y trastornos narcisista y esquizoide de la personalidad (2,2% c/u). Se encontró diferencias significativas para género en la incidencia de algunos trastornos de la personalidad. Así, hay proporcionalmente más hombres que mujeres que presentan *trastorno esquizoide* [ $\chi^2(1) = 6,075$ ,  $p < 0,05$ ], *trastorno narcisista* [ $\chi^2(1) = 9,689$ ,  $p < 0,01$ ], y *trastorno obsesivo-compulsivo*

*de la personalidad* [ $\chi^2(1) = 4,837$ ,  $p < 0,05$ ]. Por su parte, hay proporcionalmente más mujeres que hombres que presentan *trastorno límite* [ $\chi^2(1) = 5,363$ ,  $p < 0,05$ ] y *trastorno histriónico de la personalidad* [ $\chi^2(1) = 5,695$ ,  $p < 0,05$ ]. Además, al analizar *los trastornos de personalidad en estudio* se observa que hay proporcionalmente más hombres que mujeres en esta situación (30,6% y 22,1%, respectivamente) [ $\chi^2(1) = 4,216$ ,  $p < 0,05$ ]. Asimismo, al analizar las diferencias entre los que presentan *algún trastorno de personalidad* (sin importar cual) se observa que hay proporcionalmente más hombres que mujeres (23,8% y 19,8%, respectivamente) [ $\chi^2(1) = 7,252$ ,  $p < 0,05$ ].

Tabla 4:  
*Trastorno en el eje I*

Trastorno en el eje I		No		Si		Total	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%
	No	24	58,5	219	52,3	243	52,8
Trastornos de la Personalidad (eje II)	Si	9	22,0	90	21,5	99	21,5
	En estudio	8	19,5	110	26,3	118	25,7
	Total	41	100,0	419	100,0	460	100,0

Se indagó la relación existente entre trastornos del eje I y trastornos de la personalidad (eje II). Para ello se creó una variable que indicaba la presencia o ausencia de trastorno en el eje I. En tabla 4, se aprecia que de los jóvenes que si presentan algún trastorno en el eje I, el 21.5 % tiene un trastorno de personalidad ya diagnosticado y el 26.3% está en estudio. De manera análoga, de los jóvenes que presentan

un trastorno de la personalidad ya diagnosticado, el 90,9% posee un trastorno a nivel de eje I.

3. El tercer objetivo fue caracterizar la población de estudiantes que consulta al servicio de salud universitario en relación a antecedentes de conducta suicida y evaluar si existían diferencias significativas en género.

Tabla 5:  
*Antecedentes de conducta suicida (CS)*

Antecedentes de conducta suicida (CS)		Total		Género		Chi <sup>2</sup>		
		(n)	%	Femenino (n)	%		Masculino (n)	%
CS actual (últimos 6 meses)	No hay	390	84,8	231	86,5	159	82,4	8,361 <sup>+</sup>
	Ideas de muerte	39	8,5	23	8,6	16	8,3	
	Ideación sin plan	24	5,2	9	3,4	15	7,8	
	Ideación con plan	4	0,9	1	0,4	3	1,6	
	Intentos suicidas	3	0,7	3	1,1	0	0	
	Total	460	100	267	100	193	100	
CS no reciente (antes de 6 meses)	No hay	381	82,8	220	82,4	161	83,4	2,392
	Ideas de muerte	23	5	16	6	7	3,6	
	Ideación sin plan	21	4,6	10	3,7	11	5,7	
	Ideación con plan	6	1,3	4	1,5	2	1	
	Intentos suicidas	29	6,3	17	6,4	12	6,2	
	Total	460	100%	267	100	193	100	

La tabla 5 muestra que un alto porcentaje de alumnos no ha presentado *ideación o conducta suicida* en los últimos 6 meses ni tampoco antes de ese período (84,8% y 82,8% respectivamente). Cuando se explora Ideación suicida con o sin plan, encontramos que en un periodo no reciente esta cifra alcanza al 5,9% de los casos y al 6,1% para los últimos 6 meses. La cifra más preocupante observada es *intentos suicidas* en alumnos consultantes. Tenemos que en un periodo anterior a los 6 meses de la consulta, el 6,3% de los estudiantes había realizado algún intento suicida. Cabe destacar que la presencia de *intentos suicidas en familiares o personas cercanas*, estaba presente para el 7,2% de los alumnos. El 21,1% de los alumnos que presentan ideas de muerte o ideación suicida sin plan, tienen como antecedente previo intentos suicidas en familiares o cercanos. Además, según se aprecia en tabla 6, el 75% de los jóvenes que en los últimos 6 meses ha presentado ideación suicida con plan, realizó algún intento suicida en un periodo no reciente. De los alumnos que actualmente presentan ideación suicida sin plan, el 16,7% presentó algún intento suicida en el pasado no reciente. No se encontraron diferencias significativas por género para antecedentes de conducta suicida.

4. El último objetivo fue evaluar si la variable demográfica género se relacionaba con la presencia de sintomatología clínica. Para ello, se utilizó estadística relacional, estimando

la razón de riesgo ó desventaja de presentar determinados cuadros clínicos ante la variable género. Se encontró relación para 5 categorías del eje I:

La variable "*esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*" se asocia con la variable "género", de manera que la proporción de jóvenes con algún trastorno psicótico es mayor entre los hombres que entre las mujeres, con un Chi-cuadrado de 7,353 ( $p < 0,01$ ). La fuerza de esta asociación es de 6,481, que representa el riesgo que tienen los hombres frente a las mujeres de presentar algún trastorno psicótico. Es decir, los hombres tienen un riesgo 6 veces mayor que las mujeres de presentar un trastorno psicótico.

La variable "*trastornos somatomorfos*" se asocia con la variable "género", con un Chi-cuadrado de 5,885 ( $p < 0,05$ ). Más específicamente, los trastornos somatomorfos sólo son presentados por mujeres.

La variable "*trastornos de la conducta alimentaria*" se asocia con la variable "género", de manera que la proporción de jóvenes con algún trastorno alimenticio es mayor entre las mujeres que entre los hombres, con un Chi-cuadrado de 10,797 ( $p = 0,001$ ). La fuerza de esta asociación es de 0,196, que representa el riesgo que tienen los hombres frente a las mujeres de presentar algún trastorno en la conducta alimentaria. Es decir, los hombres tienen un riesgo 5 veces menor que las mujeres de presentar este tipo de trastorno.



Tabla 6:  
*Antecedentes conducta suicida (CS) actual v/s no reciente*

Antecedentes conducta suicida actual v/s no reciente		CS no reciente (antes de 6 meses)					Total
		No hay	Ideas de muerte	Ideación sin plan	Ideación con plan	Intentos suicidas	
CS actual (últimos 6 meses)	N	344	14	14	3	15	390
	%	88,2%	3,6%	3,6%	0,8%	3,8%	100%
No hay	N	22	5	3	2	7	39
	%	56,4%	12,8%	7,7%	5,1%	17,9%	100%
Ideas de muerte	N	12	4	3	1	4	24
	%	50,0%	16,7%	12,5%	4,2%	16,7%	100%
Ideación sin plan	N	1	0	0	0	3	4
	%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	100%
Ideación con plan	N	2	0	1	0	0	3
	%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100%
Intentos suicidas	N	381	23	21	6	29	460
	%	82,8%	5,0%	4,6%	1,3%	6,3%	100%

La variable “*trastornos de ansiedad*” se asocia con la variable “género”, de manera que la proporción de jóvenes con algún trastorno ansioso es mayor entre los hombres que entre las mujeres, con un Chi-cuadrado de 4,112 ( $p < 0,05$ ). La fuerza de asociación es de 1,593, que representa el riesgo que tienen los hombres (1,6 veces mayor) frente a las mujeres de presentar algún trastorno de ansiedad.

La variable “*trastornos relacionados con sustancias*” se asocia con la variable “género”, de manera que la proporción de jóvenes con algún trastorno por consumo de sustancia es mayor entre los hombres que entre las mujeres, con un Chi-cuadrado de 6,947 ( $p < 0,01$ ). La fuerza de esta asociación es de 2,690, que representa el riesgo que tienen los hombres (casi 3 veces mayor) frente a las mujeres de presentar trastorno por consumo de sustancia.

## Discusión

El presente estudio indica altas incidencias de psicopatología en esta población universitaria específica, resultados que son congruentes con los estudios reportados para este segmento y que avalarían la visión de que los problemas de salud mental en universitarios, a nivel nacional y mundial, constituyen una problemática de relevancia actual. De los hallazgos más significativos de esta investigación, es posible relevar:

1. Los *trastornos adaptativos* corresponden a la prevalencia más alta encontrada en este grupo de sujetos, cifra que considera a la mitad de la población estudiada. Las investigaciones a nivel mundial señalan que los cuadros depresivos y ansiosos reactivos en universitarios superan las

tasas de la población general y su grupo etario correspondiente, lo que se confirma en este estudio. Estas incidencias también superan las encontradas en universidades chilenas. Se encontraron diferencias por género para el trastorno adaptativo mixto, en favor de las mujeres.

2. Los trastornos específicos de ansiedad y depresión si bien comparten la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva con los trastornos adaptativos, constituyen categorías diagnósticas diferenciables (APA, 1995). Los alumnos consultantes presentan *trastornos del estado del ánimo* en cifras que superan las prevalencias encontradas en universidades chilenas. Los datos recogidos se podrían comparar fiablemente con el estudio ECPP nacional que utilizó entrevista clínica estructurada, siendo la tasa superior a la encontrada para el grupo etario equivalente y a la población general. También se confirma la evidencia de que los trastornos depresivos en universitarios consultantes presentan tasas superiores a la población nacional y que los tipos de cuadros más incidentes corresponden a depresión mayor episodio único, trastornos del ánimo en estudio y distimia. Esto es congruente con las cifras a nivel nacional, en que depresión mayor y distimia son (después de la agorafobia) los más prevalentes, siendo el grupo juvenil semejante a la población general. No se encontraron diferencias significativas por género para trastornos del ánimo, pese a referencias superiores en mujeres.

3. Por su parte, los *trastornos específicos de ansiedad* también presentaron tasas altas en la población estudiada, siendo superiores a las encontradas para el grupo etario equivalente, la población general nacional y para otros estudios en universitarios, en quienes se reportaba mayor frecuencia en mujeres (excepto el trastorno obsesivo compulsivo y la

fobia social, cuyas tasas son semejantes). No obstante, aquí se registraron diferencias significativas en género a favor de los hombres para trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo. El Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica, EEPP, identificó a la población chilena entre 15 y 24 años con tasas cercanas a la población total para trastornos afectivos y ansiosos, con mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel nacional general y de trastornos del ánimo, en población juvenil. Esto es congruente con los hallazgos de este estudio, apareciendo una mayor incidencia de ambos trastornos en esta población universitaria.

4. Respecto al *consumo problemático de alcohol y drogas* los hallazgos en jóvenes universitarios a nivel nacional sitúan a este segmento como un grupo de riesgo importante, reportándose elevadas tasas de consumo para marihuana y alcohol, alta intensidad de uso, baja percepción de riesgo, presencia de tráfico en los campus y diferencias significativas por género. No obstante, los hallazgos en la población estudiada no confirman estas altas incidencias, indicando tasas bajas e inferiores a las referidas. Esto podría indicar que la población consultante no consigna incidencias significativas para estos trastornos o que la población estudiantil con consumo abusivo no consulta en este servicio médico. Los resultados del presente estudio sólo confirmaron las diferencias de género para el consumo de marihuana, con un riesgo en hombres casi tres veces mayor, no así para alcohol como se esperaba.

5. Se destaca la incidencia de *trastornos de la conducta alimentaria* en los estudiantes, particularmente para trastornos alimentarios en estudio, bulimia y anorexia nerviosa. Dado que el contexto universitario puede propiciar estrés y posibles cambios en los hábitos alimentarios de jóvenes, este segmento aparece como grupo de riesgo. Si bien, la prevalencia observada es relativamente baja y son escasos los estudios en universitarios chilenos, las tasas que se han registrado para el riesgo de generar un trastorno alimentario y de conductas propias del trastorno (vómitos y uso de laxantes o diuréticos) son altas (9-14%), con diferencias en favor del género femenino. En este sentido, la incidencia encontrada (6,5%) resulta considerable y cercana a las tasas de otras universidades, considerando además que el cuadro evoluciona desde conductas y actitudes de riesgo hasta un trastorno clínico propiamente tal. Congruente con otras investigaciones, encontramos una mayor incidencia en mujeres.

6. Un hallazgo interesante correspondió a la alta incidencia de *trastornos de la personalidad* con casi un tercio de los jóvenes consultantes. Esta cifra es congruente con estudios de universitarios que indican tasas superiores a las de jóvenes y adultos en población general, superando incluso a la estimada para la población chilena. Si adicionamos los casos registrados “en estudio” llegaríamos a una preocupante incidencia que supera el 40%, dato que sería

congruente con rango estimable del 30-50% en consulta psiquiátrica y psicológica; y cuya tasa mayor sería esperable dado el carácter clínico de la población que consulta. Si bien la emergencia de desordenes de la personalidad en la etapa juvenil podría no ser infrecuente, esta alta incidencia debe ser mirada con cautela, dada la complejidad de precisar un diagnóstico de este tipo y sobre todo porque esta etapa del ciclo de vida supone la compleja tarea de consolidar la identidad. Destaca en particular el trastorno histriónico, límite, narcisistas y esquizoide de la personalidad. La incidencia de trastornos límite también sería congruente con lo reportado por otros estudios en universitarios.

Se encontraron diferencias significativas por género para los trastornos esquizoide, narcisista y obsesivo-compulsivo de la personalidad en favor de los hombres y de los trastornos límites e histriónico, para las mujeres. Es interesante destacar que de los portadores de un trastorno de personalidad, casi la totalidad presenta además un trastorno a nivel del eje I, lo que posiblemente motiva su consulta al servicio. De forma análoga, tenemos que quienes presentan algún trastorno en el eje I, cerca del tercio poseen además un trastorno de personalidad.

7. Como se señaló, el suicidio constituye un importante problema de salud individual y pública. Las tasas Chilenas registran un importante aumento en adultos jóvenes de ambos sexos, sumado a que los límites y riesgos son difíciles de precisar dada la alta relación entre suicidio consumado e intentos previos. Los resultados observados en la población estudiada son superiores a los reportados para ideación suicida en universitarios extranjeros, pero inferiores a las tasas encontradas en universitarios chilenos. A diferencia de otros estudios que indicaban mayores tasas de muerte en hombres e índices de intento suicida superiores en mujeres, en esta población específica no se encontró diferencias significativas por género. El hallazgo que resulta más preocupante son los intentos suicidas en alumnos consultantes, ya que la cifra obtenida para un periodo no reciente dobla a las encontradas en otros estudios en universitarios. Esta cifra se potencia, si adicionamos como variable de riesgo la presencia de intentos suicidas en familiares o personas cercanas, la que aparece en casi un tercio de los que refieren “ideas de muerte” o “ideación suicida sin plan”. Además al indagar condición de riesgo a través del cruce de variables, encontramos que 3/4 de los jóvenes que han presentado ideación suicida con plan recientemente, también realizaron algún intento suicida en un periodo no reciente.

En síntesis, los resultados obtenidos para la población consultante al servicio de salud universitario indican incidencias consistentemente altas con hallazgos en poblaciones universitarias extranjeras y nacionales. Se encontraron tasas significativas para trastornos adaptativos, del ánimo, de ansiedad, desordenes de la personalidad, trastornos alimentarios y antecedentes de conducta suicida. Cabe resaltar que un alto porcentaje de la población consulta presenta

alteraciones clínicas ligadas a ansiedad y depresión. Se encontraron diferencias significativas según género, en favor de los hombres para trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos relacionados con sustancias en general y con cannabis; y para los desordenes de personalidad esquizoide, narcisista y obsesivo-compulsivo. Se encontró mayor incidencia en mujeres para trastornos adaptativos mixtos, somatomorfos, trastornos alimentarios y desordenes de la personalidad límite e histriónico. Finalmente, se encontraron asociaciones significativas entre la presencia de sintomatología clínica y género.

Un hallazgo importante del presente estudio, es que la mayor incidencia de cuadros clínicos corresponde a trastornos adaptativos. La evidencia teórica y empírica sugiere que tanto las características propias del ciclo vital como las demandas de la vida universitaria, hacen esperable la emergencia de cuadros adaptativos como señal sintomática de tránsito a la vida adulta. Los trastornos adaptativos se caracterizan por el desarrollo de síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos en respuesta a un estresor psicosocial identificable, tales como conflictos familiares o de pareja, cambios de ciudad, conflictos interpersonales, etc. Muchos de estos factores de estrés se asocian a tareas de la adolescencia, pero también el ingreso a la educación universitaria aporta exigencias y desafíos particulares. El tránsito por la universidad representa para muchos jóvenes una experiencia compleja, donde se ponen en juego diversas competencias y habilidades para alcanzar los objetivos de carrera. Los alumnos se enfrentan a estresores diversos como el responder a mayores exigencias académicas, cambios en la red de apoyo social, demandas de mayor autonomía y protagonismo, fracaso vocacional o académico, desarraigo y vivir solos si provienen de provincia, etc., todos factores que podrían aumentar el riesgo de generar sintomatología clínica.

Sabemos que las características particulares de un determinado contexto se combinan con las características individuales de un joven, para predisponer o facilitar conductas de riesgo o cuadros de salud mental. Por ello, resulta fundamental atender a la calidad de los contextos sociales y el rol que ellos juegan en modular, prevenir o reducir las conductas de riesgo, así como en facilitar la emergencia de salud o enfermedad. El hecho de que la mitad de la población consultante presentara algún trastorno adaptativo, sugiere que los síntomas clínicos aparecieron como reacción a estresores identificables del medio ambiente. En este sentido, este contexto universitario podría estar desempeñando un rol en la generación de sintomatología de sus estudiantes, así como también ofrecer posibilidades de intervención preventiva.

Los resultados obtenidos, sin duda constituyen una oportunidad para diseñar un contexto social universitario que permita prevenir o reducir las conductas de riesgo,

facilitando la emergencia de mayor salud en estos jóvenes. En este marco, los programas destinados a la prevención de la salud mental cobran relevancia, así como la incorporación de terapias destinadas a trastornos de carácter más adaptativo para este grupo etario (terapias focales, breves e intervenciones en crisis), y el foco en psicoterapias específicas para trastornos depresivos, ansiosos, y de la personalidad. Este estudio espera contribuir a un mayor conocimiento sobre problemáticas de salud mental en poblaciones universitarias chilenas y sistematiza la gran cantidad de información disponible en el servicio estudiantil. Permite además establecer un diagnóstico basal para la población que consulta, a fin de estudiar su evolución en el tiempo e ir ajustando las estrategias de prevención e intervención que se diseñan.

Una limitación es que estos hallazgos sólo son generalizables a la población que consulta, la cual tiene un claro sesgo clínico, y por tanto, no representan a la población general estudiantil de la universidad. Se sugiere incrementar los estudios sobre salud mental en población estudiantil general, que permitan comparar los resultados que se han obtenido.

## Referencias

- ADAA, Anxiety Disorders Association of America (2007). Anxiety Disorders on Campus: The Growing Need for College Mental Health Services. Recuperado en Marzo 20, 2008, de: <http://www.adaa.org/Bookstore/Publications/ADAA%20Report%20FINAL%20embargoed.pdf>
- Al Nakeeb, Z., Alcázar, J., Fernández, H., Malagón, R., & Molina, B. (2004). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado en Marzo 20, 2008, de: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html>.
- Amézquita, M.E., Gonzalez, R., & Zuluaga, D. (2000) Prevalence of depression, anxiety and suicidal behavior among pregraduate. Students in the University of Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 341- 356.
- American Psychiatric Association (1995): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Editorial Masson, España.
- Arias G. (2004) En Czernik (2006). Evaluación de los síntomas depresivos según el intervalo de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la facultad de Farmacia y Bioanálisis. En G. Cernik, S. Giménez, M. Mora & L. Almirón (2006) Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicoechea, V., & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios En G. Cernik, S. Giménez, M. Mora & L. Almirón (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
- Bagladi, V. (2003). *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de San Luis, Argentina.
- Bagladi, V., & Opazo, R. (2006). La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Revista Psiquiatría.com*, 10, 1-28. Recuperado en julio 15, 2009 de: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26173/?++interactivo>

- Benítez, C., Quintero, J., & Torres, R. (2001). Incidencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile*, 129, 173-178.
- Calvo, J.M., Sánchez, R., & Tejada, P. (2003). Incidencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Salude Pública*, 5, 123-143.
- Camacho, I., Cortés, L., Daza, V., López, S., Muñoz, J., Montejo, E., & Sánchez, L. (2005). Incidencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la escuela de medicina "José María Vargas". Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. *Acta Científica Estudiantil*, 5, 14-32.
- Chabrol, H., Rousseau, A., Callahan, S & Hyler, S. (2007). Frequency and structure of DSM-IV personality disorder traits in college students. *Personality and Individual Differences*, 42, 1767-1776.
- CONACE (2007). *Construyendo contextos preventivos en educación superior*. Orientaciones para la formulación de políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol. Santiago: Andros.
- Cova, F., Alvial, W., Arod, M., Bonitette, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Mental health problems in students from the university of concepción. *Terapia Psicológica*, 25, 105-112.
- CSE, Consejo Superior de Educación, índices 2008 (2008). Evolución matrícula primer año pregrado 2002-2007. Extraído en octubre 13, de 2007, de: [http://www.cse.cl/public/Secciones/seccionestadisticas/estadisticas\\_home.aspx](http://www.cse.cl/public/Secciones/seccionestadisticas/estadisticas_home.aspx)
- Czernik, S., Jiménez, S., Morel, M. & Almirón L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
- Donoso, S., & Cancino, V. (2007). Caracterización socioeconómica de los estudiantes de educación superior por tipo de institución. Consejo Superior de Educación, CSE. Extraído en octubre 13, 2007 de: [http://www.cse.cl/public/Secciones/seccionestudios/estudios\\_y\\_documentos\\_de\\_la\\_SecTec.aspx](http://www.cse.cl/public/Secciones/seccionestudios/estudios_y_documentos_de_la_SecTec.aspx)
- Florenzano, R. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Florenzano, R (2006) Salud mental y características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile. *Revista Calidad de la Educación*, 23, 103-114.
- Gomberoff, L. (2003). Hacia la construcción final de la personalidad durante la adolescencia. Algunas configuraciones psicopatológicas. *Psiquiatría y Salud Mental*, XIX, 1, 22-35.
- Jerez, S., Alvarado, L., & Paredes, A. (2001). Programa de trastornos de personalidad de la clínica psiquiátrica universitaria: Un enfoque multidisciplinario. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39, 69-77.
- Kessler, R.C., McGonagle K.A., Blazer, D.G., & Nelson, C.B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. En G. Czernik, S. Giménez, M. Mora & L. Almirón (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13, 64-73.
- Martínez, L. (2007). Mirando al futuro: Desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psyche*, 16, 3-14.
- 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)
- MINSAL. (2007). *Tasas de mortalidad ajustadas por edad 1985-1999 y proyecciones de la mortalidad 2000-2010 según causas específicas y sexo*. Extraído en octubre 13, 2007 de Disponible en Web: <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>
- Núñez, A. (2007, noviembre). *Rol de las autoridades en la prevención del consumo de drogas*. Ponencia presentada en el Primer Seminario Nacional de Prevención del consumo de drogas en el ámbito de la educación superior, Casa Central Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Ortiz, L., López, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde*, 23, 1255-1272.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM*, 10, 91-175.
- Rojas, I. (2008, abril). *Plan nacional de prevención del suicidio. Departamento de salud mental. MINSAL Chile*. Ponencia presentada en Seminario sobre Suicidio, Centro de extensión Universidad Católica, Santiago, Chile.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22, 407-416.
- Santander, S. (2004) *Cómo afectan los problemas de salud y factores y conductas de riesgo el rendimiento académico en alumnos universitarios*. Tesis para optar al grado de magíster en Psicología, Escuela de Psicología Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- Sepúlveda R; Gandarillas A; & Carboles J.A. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatría.com*. Extraído en octubre 28, 2008 de: <http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/revista/130/14984/?++interactivo> Abstract.
- Vicente, P., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002) Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-536.
- Vicente, P., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005) Incidencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV, 506-514.