



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

### **Tema:**

“SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y SUBCLÍNICA EN  
ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DE BECAS: CASO PUCESA”

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de  
Psicóloga Clínica**

### **Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

### **Autora:**

DIANA ELIZABETH BARRIONUEVO ORTIZ

### **Director:**

DR. PAÚL MARLON MAYORGA LASCANO

**Ambato – Ecuador**

**Enero 2017**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

“SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y SUBCLÍNICA EN ESTUDIANTES  
BENEFICIARIOS DE BECAS: CASO PUCESA”

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

DIANA ELIZABETH BARRIONUEVO ORTIZ

Marlon Paúl Mayorga Lascano, Dr. f. \_\_\_\_\_  
CALIFICADOR

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. MS. f. \_\_\_\_\_  
CALIFICADOR

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Mg. f. \_\_\_\_\_  
CALIFICADORA

Aitor Larzabal Fernández, Lcdo. Mg. f. \_\_\_\_\_  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. \_\_\_\_\_  
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Enero 2017

## **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Diana Elizabeth Barrionuevo Ortiz, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180440105-5, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación, y luego de la redacción de este documento, son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Diana Elizabeth Barrionuevo Ortiz

C.I. 180440105-5

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por brindarme experiencias, bendiciones y caídas, porque todas y cada una de ellas, me han situado en este momento.

A mis padres Marco e Hilda por su dedicación, entrega y paciencia, este logro es también suyo. A mi hermano Freddy por todo el apoyo hacia mí. A mi compañero de vida Matthias, gracias por ser la luz en mi camino, mi motivación e inspiración de cada día.

## **DEDICATORIA**

A mis cuatro pilares: mis padres, mi hermano y mi novio.

A Pame Arévalo, siempre estarás en mi corazón.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la sintomatología clínica y sub clínica en los estudiantes beneficiarios de becas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato y relacionarlos con la sintomatología de estudiantes no becados. Se realizó un estudio descriptivo-comparado de corte transversal no experimental a 70 estudiantes de primero a décimo semestre, beneficiarios de becas, por Excelencia Académica, Deporte y Cultura; y Etnia. Para ello, se utilizó uso de fichas sociodemográficas y el reactivo SCL-90-R, destinado a la evaluación de patrones de síntomas distribuidos en 9 dimensiones, con un total de 90 ítems. Los resultados mostraron la existencia de diferencias significativas entre los grupos evaluados, siendo los estudiantes becados quienes presentaban mayor intensidad de los síntomas, en las 9 dimensiones exploradas, en comparación con los no becados. Por lo que, tener una beca determina la aparición de sintomatología clínica y sub clínica. También se evidenció que, en cuanto al género, la condición de ser hombres y mujeres los coloca en riesgo con respecto a sintomatología de Obsesión – Compulsión y Psicoticismo en los primeros; y Hostilidad e Ideación paranoide en el segundo grupo. Todo ello se debería a posibles factores tanto internos, como externos; así es el caso de sobrecarga de actividades académicas y extracurriculares, exigencias académicas y estrés generado por la necesidad de obtener y/o mantener una beca. Los resultados apuntan a la importancia de generar acompañamiento y asesoría a éste tipo de grupo vulnerable.

**Palabras clave:** sintomatología clínica, estudiantes becados, SCL-90.R, exigencias académicas

## **ABSTRACT**

*The following investigation aims to establish the clinical and sub clinical symptoms of scholarship holders at Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato in order to compare them with the symptoms of non-scholarship holders. A comparative non-experimental cross-sectional descriptive study was carried out to 70 students from first to tenth semester who are scholarship recipients due to their academic excellence, sport & culture and ethnicity. To achieve this goal, a sociodemographic datasheet and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) were used in order to evaluate the symptoms' patterns which are distributed in nine dimensions with 90 items total. The results showed that there are significant differences between the groups evaluated, in which scholarship holders showed greater intensity on the symptoms within the nine explored dimensions with regards to non-scholarship students. Consequently, to have a scholarship determines the occurrence of clinical and sub clinical symptoms. It is also evident that in terms of gender; the condition of being men and women puts them in risk with obsessive-compulsive and psychoticism symptoms in men; hostility and paranoid ideation in women. All of this were due to possible internal and external factors such as overload of academic and extracurricular activities, academic demands and the stress caused by the necessity to get or/and keep a scholarship. The results point to the importance of generating support and advisement for these vulnerable group.*

**Key Words:** *clinical symptoms, scholarship holders, SCL-90.R, academic demands*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### **Preliminares**

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA .....	v
RESUMEN .....	vi
<i>ABSTRACT</i> .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	iii
CAPÍTULO I .....	3
1.1.La sintomatología psicológica en el entorno universitario .....	3
1.2.El Problema de investigación .....	6
1.2.1.Descripción del problema.....	6
1.2.2.Preguntas Básicas .....	7
1.3.Justificación:.....	8
1.4.Objetivos.....	9
1.4.1.General .....	9
1.4.2. Específicos.....	9
1.5.Hipótesis de Trabajo.....	10
1.6.Variables.....	10
1.7.Delimitación funcional .....	10
2.Sobre la Sintomatología Psicológica en los estudiantes universitarios .....	5
2.1.Conducta normal y anormal en estudiantes universitarios .....	6
2.1.1.Criterios de anormalidad .....	8

2.1.1.1.Criterio biológico.....	8
2.1.1.2.Criterio clínico.....	8
2.1.1.3.Criterio estadístico.....	9
2.1.1.4.Criterio social .....	9
2.1.1.5.Criterio de sufrimiento .....	9
2.1.2.Causas de la anormalidad .....	10
2.1.2.1.Causas Biológicas.....	10
2.1.2.2.Causas psicológicas .....	11
2.1.2.3.Causas Socioculturales .....	11
2.1.3.Principios para la clasificación del comportamiento anormal.....	12
2.2.Trastorno psicológico .....	13
2.2.1.Condiciones para el diagnóstico de los trastornos psicológicos.....	14
2.2.1.1.Disfunción Psicológica.....	15
2.2.1.2.Malestar significativo .....	15
2.2.1.3.Deterioro del funcionamiento.....	15
2.2.1.4.Exceden lo socialmente esperado (transgresión de la norma social) .....	16
2.2.2.Propiedades del fenómeno psicopatológico .....	16
2.2.3.Etapas de la enfermedad.....	18
2.3.Sintomatología Clínica .....	19
2.3.1.Síntoma.....	20
2.3.2.Signos .....	20
2.3.3.Síndrome.....	21
2.3.4.Modelo de intervención CASIC .....	21
2.3.4.1.Área conductual.....	22
2.3.4.2.Área afectiva.....	23
2.3.4.3.Área somática .....	23
2.3.4.4.Área Interpersonal .....	24

2.3.4.5.Área cognitiva .....	24
2.4.Sintomatología subclínica .....	26
2.5.Los efectos de la exigencia académica en los estudiantes universitarios .....	28
2.5.1.Exigencias académicas como factor positivo en la educación .....	29
2.5.2.Exigencias Académicas como factor negativo en el estudiante .....	29
2.5.3.Rendimiento académico en universitarios .....	33
2.5.4.Factores intervinientes del rendimiento académico .....	35
2.5.4.1.Determinantes personales .....	35
2.5.4.1.1.Competencia cognitiva .....	35
2.5.4.1.2.Motivación.....	36
2.5.4.1.3.Autoconcepto académico.....	37
2.5.4.1.4.Bienestar psicológico.....	38
2.5.4.2.Determinantes sociales del rendimiento académico .....	38
2.5.4.2.1.Entorno familiar.....	38
2.5.4.2.2.Ámbito socioeconómico y sociodemográfico .....	40
2.5.4.3.Determinantes institucionales.....	40
2.5.4.3.1.Selección de estudios por defecto del interés del estudiante.....	41
2.5.4.3.2.Condiciones y servicios institucionales.....	41
2.5.4.3.3.Relación docente-estudiante.....	42
2.6.Políticas de ayudas económicas en el Ecuador para los estudiantes universitarios .....	43
2.6.1.Sistema de Becas para estudiantes universitarios.....	43
2.6.2.Sistema de Becas en la PUCESA .....	45
2.6.3.Políticas de otorgación de becas.....	46
2.6.4.Tipos de becas .....	46
2.6.5.Causas de pérdida de beca.....	47
2.7. Psicología del Becario.....	48

<b>CAPÍTULO III</b> .....	50
MARCO METODOLÓGICO .....	50
3.1. Metodología de Investigación .....	50
3.1.1. Métodos aplicados.....	51
3.1.2. Técnicas e instrumentos .....	52
3.1.2.1. Técnicas.....	52
3.1.2.2. Instrumentos .....	53
3.1.2.2.1. Propiedades psicométricas del SCL-90-R.....	54
3.1.3. Población y muestra .....	54
3.1.4. Procedimiento metodológico .....	55
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	57
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	57
4.1. Análisis de la muestra y características sociodemográficas.....	57
4.2. Fiabilidad del instrumento.....	72
4.3. Análisis descriptivo de la sintomatología en estudiantes becados y no becados a través del test SCL – 90 – R.....	73
4.3.1. Sintomatología estudiantes becados y no becados.....	73
4.3.2. Análisis de los Índices Globales del reactivo SCL 90-R .....	76
4.3.3. Análisis comparativo entre becados y no becados en función del sexo.....	78
4.4. Sintomatología clínica y sub clínica .....	84
4.5. Modelo Explicativo de la Sintomatología de Estudiantes Becados.....	86
<b>CAPÍTULO V</b> .....	88
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
4.1. Conclusiones .....	88
4.2. Recomendaciones.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	94
<b>ANEXOS</b> .....	101

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### TABLAS

Tabla 2. 1: Principios de clasificación de la anormalidad.....	13
Tabla 2. 2: Propiedades y características del fenómeno psicopatológico .....	17
Tabla 2. 3: Evolución de la enfermedad.....	18
Tabla 2. 4: Características de las áreas del modelo CASIC .....	25
Tabla 2. 5: Características de la sintomatología sub-clínica .....	28
Tabla 2. 6: Determinantes del rendimiento académico .....	43
Tabla 4. 1: Distribución de los grupos en función de variables individuales .....	58
Tabla 4. 2: Distribución de los grupos en función de variables académicas.....	63
Tabla 4. 3: Distribución de los grupos en función de variables de antecedentes de consumo de sustancias .....	66
Tabla 4. 4: Distribución de los grupos en función de variables de actividades extracadémicas .....	69
Tabla 4. 5: Distribución de los grupos en función de variables individuales .....	71
Tabla 4. 6: Validez del instrumento a través del coeficiente Alfa De Cronbach .....	72
Tabla 4. 7: Análisis de diferencias entre Becados y no Becados .....	74
Tabla 4. 8: Distribución de los grupos becados y no becados en función del sexo ...	79
Tabla 4. 9: A Análisis comparativo de sintomatología entre becados y no becados en función del sexo .....	81
Tabla 4. 10. Tipo sintomatología en hombres.....	84
Tabla 4. 11 Tipo sintomatología en mujeres .....	85

### GRÁFICOS

Gráfico 2. 1: Modelo explicativo de la reacción ante el estrés .....	31
Gráfico 4. 1: Distribución de la población según el sexo .....	59
Gráfico 4. 2: Distribución de la población según estado civil. ....	60
Gráfico 4. 3: Distribución de la población según su situación socioeconómica .....	61
Gráfico 4. 4: Distribución de la población según el tipo de hogar.....	62
Gráfico 4. 5: Distribución de la población según la carrera que cursan .....	64
Gráfico 4. 6: Distribución de la población según el semestre que cursan.....	65

Gráfico 4. 7: Distribución de la población según estado de salud .....	66
Gráfico 4. 8: Distribución de la población según consumo de alcohol.....	67
Gráfico 4. 9: Distribución de la población según consumo de cocaína .....	68
Gráfico 4. 10: Distribución de la población según consumo de marihuana.....	69
Gráfico 4. 11: Distribución de la población según actividades extracurriculares.....	71
Gráfico 4. 12: Distribución de la población según tipo de beca .....	72
Gráfico 4. 13: Sintomatología en estudiantes becados y no becados.....	75
Gráfico 4. 14: Clave: IGS: Índice global de Síntomas; IPS: Índice positivo de los síntomas.....	77
Gráfico 4. 15: Clave: TSP: Total de los síntomas positivos .....	78
Gráfico 4. 16: Gráfico 4.16. Clave: Hombres B: hombres Becados, Hombres NB: hombres no becados .....	80
Gráfico 4. 17: Gráfico 4.17. Clave: Mujeres B: mujeres Becadas, Mujeres NB: mujeres no becadas .....	82
Gráfico 4. 18: Tipo de Sintomatología en hombres .....	85
Gráfico 4. 19: Tipo de sintomatología mujeres.....	86
Gráfico 4. 20: Modelo explicativo de la sintomatología en estudiantes becados .....	87

## INTRODUCCIÓN

Las exigencias académicas que habitualmente plantea la universidad, tales como: asistencia a clases, controles y evaluaciones de conocimientos, trabajos y talleres, exámenes finales, entre otros; influyen a nivel general en los y las estudiantes universitarios (Barraza, 2003). Los factores mencionados pese a su cotidianidad en el aspecto académico pueden funcionar también como desencadenante del fenómeno denominado ‘estrés académico’, el cual es definido por García (2005) como la situación en la que “el estudiante estima que los requerimientos de una situación exceden sus recursos y capacidades, comienza a sentirse estresado” (p. 145). En especial por la carga o el grado de exposición. Todo esto repercute tanto en el aspecto físico como psicológico (aparición de síntomas psicológicos). Cuando el fenómeno descrito se ve agravado por requerimientos específicos, como por ejemplo para mantener un promedio académico alto, se estima que la sintomatología psicológica también aumenta. De manera directa, no existe literatura acerca de la temática y población específica, pero si acerca de la salud mental, psicopatología en estudiantes universitarios, lo cual contribuyó en la elaboración del proyecto.

Por tanto, la presente investigación procura analizar y establecer la sintomatología psicológica en los estudiantes becados de la PUCESA, a fin de poder encontrar diferencias de éste aspecto con los estudiantes no becados y generar un modelo explicativo sobre la dinámica de los síntomas; para este propósito el proyecto está dividido en cinco capítulos, organizados de la siguiente manera: El primer capítulo

consta del planteamiento de la propuesta del trabajo de investigación, detallando aspectos generales del problema, antecedentes, justificación, variables y objetivos a alcanzar. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, donde se fundamentan conceptos ligados a la psicopatología, el trastorno psicológico, sintomatología clínica y subclínica, las exigencias académicas (tanto como factor negativo y positivo dentro de la educación), el rendimiento académico y los factores que intervienen en el mismo, a partir de información de la Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología SENESCYT, conceptos acerca de becas, tipos de ayudas económicas a estudiantes a nivel nacional, así como también a nivel institucional de la PUCESA. El tercer capítulo plantea la metodología, donde se explica el procedimiento, reactivos utilizados y la población. El cuarto capítulo, muestra de manera detallada el análisis e interpretación de datos obtenidos a partir de la aplicación de los reactivos y fichas de información, determinando relaciones y discusiones sobre la misma; y mediante fórmulas e inferencias estadísticas, permitieron obtener la comprobación de la hipótesis planteada. El quinto capítulo, está destinado a las conclusiones y recomendaciones obtenidas de la investigación. Finalmente, se muestran dos apartados en los cuales constan referencias y los cuales respaldan el trabajo de disertación.

# **CAPÍTULO I**

## **1.1. La sintomatología psicológica en el entorno universitario**

A nivel general, varias investigaciones han centrado su interés al estudio de psicopatología en estudiantes universitarios, a nivel internacional, en un estudio hecho por Monteiro, Pereira y Sarmiento (2015), en Portugal se examina las diferencias entre una muestra no clínica y clínica de los estudiantes de educación superior en relación con el comportamiento de riesgo y psicopatología. Una muestra clínica de 73 participantes y una muestra no clínica de 78 participantes fueron evaluadas. Las comparaciones entre grupos muestran que los estudiantes de educación superior que están recibiendo ayuda psicológica y/o psiquiátrica evidencian mayores comportamientos de riesgo a nivel sexual y síntomas psicopatológicos que la muestra no clínica. Sin embargo, se determina que un porcentaje considerable de estudiantes que pertenecen a la muestra no clínica estaba emocionalmente perturbado.

Una investigación realizada a 1623 estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM en Lima, a los cuales se les aplicó la encuesta de Salud Mental Abreviada, dio como hallazgo varios problemas de salud mental, tanto en la población de hombres y de mujeres; dichos problemas relacionados con niveles altos de estrés, prevalencia en el uso y/o abuso de cigarrillo y alcohol. De igual manera, se encontró presencia de conductas violentas y a nivel general alteraciones en los hábitos de vida, por causa de las exigencias que los

estudios de medicina producen, con la disminución de la participación en actividades de entretenimiento social (Perales, Sogi, & Morales, 2003).

A nivel de Latinoamérica, un estudio realizado por Erazo y Jiménez (2012), a 340 estudiantes de la Universidad Antonio Nariño en Colombia, a los mismos que se les aplicó los reactivos SCL-90-R (Derogatis, 1994), el cuestionario de depresión BDI-II (1996) y un cuestionario sociodemográfico, muestra que la mayor parte de los estudiantes no exhiben síntomas psicopatológicos significativos, sin embargo, se evidencia que en quienes presentan patología se destacan síntomas de ideación paranoide, hostilidad, obsesión-compulsión y depresión. A nivel general, la media de depresión es superior en la carrera de psicología, más no estadísticamente significativa en comparación con las otras facultades. En referencia al género se destaca la presencia de sintomatología depresiva mayoritariamente en mujeres que en hombres.

Así mismo, sobre la sintomatología ansiosa, depresión y estrés en el área académica, un estudio realizado por Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008), a 259 estudiantes, 87.6% mujeres en la Universidad Pontificia Bolivariana en Colombia, con el objetivo de describir las características de ansiedad y depresión, se concluye que a pesar de que la población no era de tipo clínica, los resultados muestran altos niveles de ansiedad y depresión especialmente en estudiantes de género femenino.

Resultados similares, se reflejan en la investigación realizada por Arrieta, Díaz y Gonzáles (2014), sobre depresión y ansiedad en universitarios, dirigida a 973 estudiantes universitarios de Cartagena, donde se comprueba, que a más de niveles

elevados de la sintomatología abordada, la incidencia de ciertos factores como: dificultades económicas y los problemas familiares tenían gran influencia en la aparición de la problemática.

Otro estudio, realizado a 21 estudiantes de Medicina de la universidad del Valle en Colombia a través de la escala auto aplicada para depresión y angustia de Zung (1965) y la entrevista clínica, evidenciaron sintomatología clínica; 38.1% presentó depresión, 57.1% presentaron un trastorno ansioso, 14.3% de los estudiantes habían sido reconocidos como estudiantes destacados en bachillerato de su promoción mismos que presentaron psicopatología, lo cual evidencia la asociación la presencia de psicopatología en estudiantes sobresalientes, en estudiantes con extremos de rendimiento académico (Campo & Gutiérrez , 2001).

A pesar de la existencia de literatura acerca de la psicopatología en estudiantes universitarios y de niveles de estrés o ansiedad en los mismos, no se ha encontrado literatura específica sobre sintomatología clínica en estudiantes becados, sin embargo, existen investigaciones similares a la temática investigada, como la realizada por Méndez y Fernández (2012), cuyo estudio exploratorio a 149 estudiantes de la Facultad de Formación del Profesorado y Educación de la Universidad del Norte de España, a través de la Escala de Creencias y Actitudes, evidenciaron que la sobrecarga producida por la cantidad de trabajos obligatorios, conjuntamente con la presión para realizarlos, ejerce un efecto negativo a nivel emocional y psicológico, lo que incidió en la disminución de la intensidad de creencias sobre la temática de la carrera que cursaban, en este caso, sobre la utilidad de materiales reciclables.

Debido a todo lo anterior antes abordado se vuelve importante la investigación sobre psicopatología y en especial sintomatología clínica en los estudiantes universitarios que poseen becas, dentro de nuestro contexto. Para así obtener mayor cantidad de información que beneficie a la literatura existente sobre este tema y profundizar el mismo en beneficio de la población estudiada.

## **1.2. El Problema de investigación**

### **1.2.1. Descripción del problema**

Las exigencias académicas que habitualmente plantea la universidad, tales como: asistencia a clases, controles y evaluaciones de conocimientos, trabajos y talleres, exámenes finales, entre otros; influyen a nivel general en los y las estudiantes universitarios (Barraza, 2003). Los factores mencionados pese a su cotidianidad en el aspecto académico pueden funcionar también como desencadenante del fenómeno denominado ‘estrés académico’, el cual es definido por García, Pérez y Natividad (2012), como la situación en la que “el estudiante estima que los requerimientos de una situación exceden sus recursos y capacidades, comienza a sentirse estresado” (p. 145), en especial por la carga o el grado de exposición. Así varios estudios mencionan que entre el 70% y el 80% de estudiantes han atravesado estrés académico a lo largo de su vida universitaria (Solórzano & Ramos, 2006). La incidencia del estrés académico puede repercutir tanto en el aspecto físico como psicológico (aparición de síntomas psicológicos). Cuando el fenómeno descrito se ve agravado por requerimientos específicos, como por ejemplo para mantener un

promedio académico alto, se estima que la sintomatología psicológica también puede aumentar.

En el caso de la PUCESA, la adquisición de una beca de excelencia académica dependerá del promedio del rendimiento académico. En el caso de las becas académicas se requiere un puntaje de 45/50 puntos, 41/50 en becas por etnia y de 40/50 puntos para becas de cultura y deporte conocidas como beca por cubes. Se estima que la búsqueda de becas incide en el incremento del estrés académico y por lo tanto podría llegar a generar sintomatología psicológica en los estudiantes becados, tanto a nivel subclínico como clínico. La sintomatología subclínica se refiere a los fenómenos o afecciones psicológicas que no presentan signos o síntomas detectables o visibles, pero que se puede evidenciar a través del desempeño y funcionalidad del sujeto (Mayorga, 2015). Mientras que la sintomatología clínica se refiere a los síntomas visibles y comprobables, que causan malestar clínico significativo, alteración del funcionamiento de la persona, deterioro en las relaciones social y respuesta fuera de la norma, todas estas alteraciones están relacionadas con el tiempo, frecuencia e intensidad de las mismas (López, 2002).

### **1.2.2. Preguntas Básicas**

- ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Aparece debido a las exigencias académicas se presume genera efectos pudiendo aparecer síntomas clínicos y subclínicos.

- ¿Por qué se origina?

Porque la exigencia académica de los estudiantes sobrepasan sus mecanismos y estrategias de control de los mismos, generando distintos tipos de sintomatología.

- ¿Qué lo origina?

Lo originan las altas exigencias académicas necesarias para alcanzar o mantener una beca académica.

- ¿Cuándo se origina?

Cuando el estudiante no posee las herramientas y estrategias de afrontamiento y control de situaciones provenientes de la alta exigencia académica a los que están expuestos.

- ¿Dónde se detecta?

En estudiantes beneficiarios de becas académicas de la Pontificia Universidad del Ecuador Sede Ambato.

### **1.3. Justificación:**

A pesar de que se han realizado investigaciones sobre sintomatología clínica en estudiantes de educación superior ya mencionadas anteriormente, no se ha delimitado el estudio a grupos específicos, y menos al caso de estudiantes becados, ya que generalmente se toma mayor atención a aquellos con características patológicas o problemas académicos o de adaptación al ambiente universitario.

Debido a que la literatura científica no cuenta con datos suficientes al respecto de la sintomatología clínica y subclínica que puede instalarse en población universitaria sometida a exigencias académicas particulares, la investigación en curso resulta novedosa y útil en el afán de contribuir al conocimiento y así aportar a la Escuela de Psicología de la PUCESA y a la comunidad científica.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. General**

- Establecer la sintomatología clínica y subclínica en los estudiantes beneficiarios de becas de la PUCESA.

### **1.4.2. Específicos**

- Fundamentar teóricamente la investigación mediante la compilación de información en la literatura científica sobre los temas referentes a sintomatología clínica y subclínica en estudiantes beneficiarios y no beneficiarios de becas.
- Identificar la población de beneficiarios con beca en la PUCESA a partir del sistema promedia de la institución.
- Examinar las agrupaciones de sintomatología clínica subclínica del estudiantado beneficiarios de becas académicas y quienes carecen de dicha condición.

- Establecer la relación entre la sintomatología clínica y subclínica del estudiantado beneficiarios y no beneficiarios de becas académicas de la PUCESA
- Proponer un modelo explicativo empírico que describa las diferencias del estudiantado beneficiarios de becas académicas y quienes carecen de dicha condición.

### **1.5. Hipótesis de Trabajo**

Los estudiantes beneficiarios de becas presentan sintomatología clínica y subclínica debido a las altas exigencias académicas.

### **1.6. Variables**

Variable 1: Sintomatología psicológica clínica

Variable 2: Sintomatología psicológica subclínica

Variable 3: exigencias académicas

### **1.7. Delimitación funcional**

- ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Modelo explicativo empírico de la sintomatología clínica y subclínica en beneficiarios de becas de la PUCESA.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2. Sobre la Sintomatología Psicológica en los estudiantes universitarios**

La psicopatología se define como la ciencia que explora las causas y las características de los trastornos psicológicos (Barlow & Durand, 2004). Desde una perspectiva descriptiva la psicopatología estudia el trastorno mental a través de la sintomatología, diagnóstico, clasificación; y desde la perspectiva explicativa mediante la etiopatogenia, factores de vulnerabilidad y teorías (Ortiz-Tallo, 2014; Jarne , Talarn , Armayones, Horta , & Requena, 2006). Es decir, ésta disciplina se centra en entender y explicar de manera integral, las distintas alteraciones de la psiquis, reflejada en el comportamiento humano.

Para evaluar los trastornos psicológicos, la psicopatología se basa en los recursos de la observación, descripción y explicación; por lo cual, “será necesario descubrir y conocer el fenómeno psicopatológico para poder posteriormente buscar explicaciones que den cuenta de los factores que puede predisponer, precipitar o mantener los comportamientos o las dificultades mentales alteradas” (Ortiz-Tallo, 2014, p. 23). Por lo que, a partir del conocimiento de las causas del enfermar

psíquico, se puede lograr la predicción del curso, aparición y evolución de los trastornos.

De manera general, la psicopatología centra su objeto de estudio a la enfermedad psíquica y en los elementos que alteran el funcionamiento psicológico normal, lo que genera desajuste en la adaptación del individuo con el entorno que le rodea. Así surge la necesidad de distinguir la conducta normal de la anormal.

## **2.1. Conducta normal y anormal en estudiantes universitarios**

Según el diccionario de la lengua española, el término '*normal*' es definido como la conformidad con la regla. En cuanto a la salud mental y comportamiento, lo '*normal*', son todos aquellos elementos que conforman características comunes y frecuentes del comportamiento del sujeto en aspectos determinados; de manera general se trata del comportamiento que es "propio de la mayoría de las personas de un determinado sexo y de ciertos grupos de edad dentro de una determinada esfera sociocultural en algunas situaciones" (Scharfetter, 1988, p. 37). Por lo que, la normalidad es entendida de manera multidimensional y relativa, ya que dependiendo de la sociedad y cultura en la que el sujeto se encuentre, la concepción sobre '*normal*' también cambiará.

Por consiguiente, lo anormal se configura como aquello que se encuentra desviado de la norma; de manera general Castejón y Navas (2000) lo define como la "desviación

de la conducta del individuo respecto a la media de su población de referencia lo que hace que una conducta sea anormal...lo normal y anormal no es bueno o malo en sí, sino en referencia a los demás“ (p. 21). No obstante, la anormalidad no significa necesariamente enfermedad mental, sino que las desviaciones de la norma pueden direccionarse de manera positiva o negativa:

- Positivo: aquellas desviaciones que no generan disfuncionalidad o deterioro en el sujeto, ya sea por ejemplo inteligencia superior (superdotados), habilidades superiores en el área artísticas entre otros (Scharfetter, 1988).
- Negativo: aquellas desviaciones que son consideradas patológicas porque generan disfuncionalidad y malestar al sujeto, ya sea manifestado en retraso, depresión profunda (Scharfetter, 1988).

Debido a ésta última dirección, definir normalidad/anormalidad ha sido un tema de controversia en la práctica psicopatológica. Durante varios años, el hombre ha relacionado la conducta desviada como un expresión de la lucha entre el bien y el mal, por lo que sus causas en un inicio eran meramente de origen sobrenatural, evolucionando posteriormente a causas demoniacas; enmarcados a características incontrolables que generaban temor y rechazo a quienes lo vivenciaban (Barlow & Durand, 2004). De allí que aún en nuestros días, la enfermedad mental predisponga la idea de rechazo, lo cual presupone críticas recurrentes ante la posibilidad de que el sujeto, sea rotulado bajo la denominación de un trastorno mental. En cualquier caso, es indudable la necesidad de reconocer dentro de la práctica clínica, las características de dichas conductas, para lo cual existen diferentes criterios que de manera somera, se explican a continuación.

### **2.1.1. Criterios de anormalidad**

Aunque no existe una definición aceptada de anormalidad, el reconocimiento de una persona cuando presenta un comportamiento o pensamiento fuera de la norma (anómalo), se vale de distintos criterios utilizados en la práctica clínica.

#### **2.1.1.1. Criterio biológico**

Se centra en el concepto que, los trastornos psicopatológicos tienen un origen orgánico, lo que provocaría disfunciones en estructuras y los procesos biológicos; sin embargo, ésta causa sería insuficiente para definir los trastornos ya que se ignorarían otros actores de índole psicológico o social (Ortiz-Tallo, 2014).

#### **2.1.1.2. Criterio clínico**

Se basa en la existencia de psicopatología, a partir de la presencia o ausencia de síntomas y signos clínicos, que evidencien la disfunción. Por lo que en base a criterios consensuados de la comunidad científica, se han elaborado los manuales internacionales para la clasificación de los trastornos: la clasificación internacional de enfermedades (CIE) proveniente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de psicoanálisis (APA), mismos que sistematizan en base a criterios diagnósticos y categorías los trastornos (Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena, 2006).

### **2.1.1.3. Criterio estadístico**

Las diferencias entre lo normal y anormal para Jarne et al. (2006) y Ortiz-Tallo (2014), vendrían dadas en lo cuantitativo, basándose en una distribución normal de la población, donde todos los sujetos que puntúen fuera de esta norma estadística tendrían un trastorno. De igual manera, se apoyan en los supuestos de frecuencia - anormal es lo poco frecuente- y continuidad – donde la psicopatología se da por exceso o defecto de comportamiento o características encontradas en toda la población-. Todos estos elementos conformarían los criterios estadísticos de anormalidad.

### **2.1.1.4. Criterio social**

La psicopatología se presentaría, cuando el comportamiento estaría desviado del conjunto de normas y costumbres dominantes consensuados dentro de una sociedad determinada, en un tiempo determinado (Ortiz-Tallo, 2014). Así, ciertos comportamientos serían aceptados para una población y considerados como anormales para otra, dependiendo la época en la que se produce.

### **2.1.1.5. Criterio de sufrimiento**

La psicopatología se presenta cuando el sujeto siente o manifiesta la existencia de desadecuación o malestar psíquico. Al ser subjetivo este criterio es limitante para el diagnóstico, debido a la individualidad de cada persona; ya que no todos pueden tener la capacidad de expresar su malestar y en mayor parte de los trastornos el sujeto

no tiene conciencia de sufrir malestar significativo, como es el caso de la esquizofrenia (Jarne, et al., 2006).

No obstante, ninguno de los criterios abordados debería tomarse en cuenta de manera aislada, ni como único determinante de la presencia de un trastorno, sino que la interacción o presencia de uno o más criterios y “mientras más intensos y permanentes sean, habrá mayor posibilidad de señalar una conducta como anormal; pues la diferencia entre normalidad y anormalidad, reside en el conjunto de criterios y la gradación con la cual éstos se presentan” (Mayorga, 2015, p 15). Sin que esto signifique necesariamente ser tomado de forma concluyente, ya que existirían más factores de los que dependa la dinámica en la aparición del trastorno.

### **2.1.2. Causas de la anormalidad**

Al tratar de comprender porque las personas sienten y actúan de maneras que son consideradas como anormales, se establecen tres dimensiones importantes, tomando en cuenta al sujeto como un ente integrado.

#### **2.1.2.1. Causas Biológicas**

Dentro de las causas biológicas, la herencia genética y perturbaciones en el funcionamiento físico y neuroquímico del cerebro son determinantes en la aparición del comportamiento anormal; los factores más comunes causantes de estas perturbaciones son condiciones médicas (enfermedades como la tiroides, anomalías, etc.), daño cerebral generado por un traumatismo puede desencadenar

comportamientos extraños y cambios en la emotividad; ingestión de sustancias ya sean psicotrópicas o medicamentos y la exposición a sustancias tóxicas o alérgenos, producirían cambios tanto en la esfera física y emocional respectivamente (Halgin & Krauss, 2009; Ortuño & Martín, 2010).

#### **2.1.2.2.Causas psicológicas**

Debido a que no todos los trastornos podrían ser explicados bajo las causas biológicas – ya que de hacerlo así, serían consideradas meramente enfermedades médicas – las causas psicológicas, basadas en las experiencias interpersonales e intrapsíquicas pueden desencadenar en trastornos mentales, dependiendo del sistema de asociaciones, creencias y percepción que el sujeto tenga sobre dichos eventos de vida y las emociones desprendidas de los mismos. Estos conflictos, generan patrones comportamentales que van repitiéndose en cada situación que viva la persona, sin que pueda entenderse la causa aparente de ellos (Halgin & Krauss, 2009; Ortuño & Martín, 2010).

#### **2.1.2.3.Causas Socioculturales**

Todas las relaciones e interacciones interpersonales en las que se participa constantemente, determinan nuestro comportamiento dentro de una sociedad o cultura específica, a lo cual se denomina influencia social; cada uno de los círculos sociales dependiendo si son funcionales o no pueden generar cambios o disfunción en el comportamiento de la persona, así los problemas en el ambiente familiar, escolar, religioso, económico o político puede determinar la aparición de un trastorno

psicológico debido a la influencia que el grupo circundante tiene sobre el sujeto (Ortuño & Martín, 2010).

Cabe mencionar, que ninguna de las causas abordadas debe tomarse de manera independiente, debido a que cada trastorno posee, aunque en diferente proporción, la presencia de una de ellas, por lo que, ninguna variable que permita explicar la causa de un trastorno debe ser desechada, sino explorar sus relaciones, a este Elger (1977) citado en Ortiz-Tallo (2014), planteó un modelo explicativo, bio-psico-social, donde la enfermedad y la salud tienen su fundamento en la interacción de cada uno de los factores tanto biológicos, psicológicos y sociales; donde a partir de esta interacción, el abordaje, la evaluación y tratamiento pueden encaminarse de manera más organizada, ello realizado a través de:

- Factores predisponentes
- Factores precipitantes
- Factores mantenedores.

### **2.1.3. Principios para la clasificación del comportamiento anormal**

A pesar de que existen varios trastornos englobados de manera general dentro de la psicopatología, basados en los elementos definatorios o criterios para la identificación de la conducta anormal, no existe un criterio en común para cada uno de ellos, por lo que, es importante conocer cuáles son las pautas para usar dichas definiciones en el momento de la clasificación de la conducta anormal, explicadas en la tabla 2.1.

**Tabla 2. 1:**  
**Principios de clasificación de la anormalidad**

Principio	Definición
<b>Principio 1:</b> No se requiere ningún elemento aislado que se requiera para definir la conducta anormal	No se necesita un solo criterio en concreto para determinar la existencia de anormalidad
<b>Principio 2:</b> no existe ningún elemento suficiente para definir la conducta anormal	Cada criterio debe ser valorado en referencia al contexto en el cual se produce la conducta anormal
<b>Principio 3:</b> la anormalidad de una conducta suele venir dada por la conjunción de varios criterios	Existe una interacción integral de cada criterio para que aparezca la conducta anormal
<b>Principio 4:</b> ninguna conducta es por si misma anormal	Como se abordó anteriormente, las conductas deben evaluarse en función del contexto y sociedad en la que se producen ya que cada lugar o tiempo determinado tiene su percepción sobre normalidad o anormalidad
<b>Principio 5:</b> la dimensionalidad de la conducta humana	Todas las personas comparten con menor o mayor medida cualquier atributo, pero que variaría el grado en el que se manifiesta

**Fuente:** Vásquez (1990)

Debido a que el comportamiento anormal, posee características para ser considerado un trastorno, no es siempre el caso, por lo que es necesario, establecer la definición de un trastorno psicológico, sus características y el proceso diagnóstico para el mismo.

## 2.2.Trastorno psicológico

Antes de abordar sobre los criterios para el diagnóstico base de un trastorno psicológico, se debe entender que es un trastorno mental, partiendo de que, la conducta anormal no significa necesariamente que existe un trastorno; para ello, la

Asociación Americana de Psicología APA –definición usada en el DSM- un trastorno mental se explica como:

Un síndrome o pauta conductual o psicológica clínicamente significativa que ocurre en un individuo que se asocia con angustia presente (por ejemplo un síntoma doloroso) o discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes) o con un aumento significativo del riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o na pérdida importante de libertad. Además, este síndrome o pauta no debe ser solo una respuesta esperable y sancionada culturalmente a un evento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido. (2000, p.31).

De la misma forma, es importante distinguir entre la enfermedad mental y el trastorno psíquico, aunque los dos representan aspectos psicopatológicos, el primero tiene bases y alteraciones genéticas y biológicas, “mantiene coherencia y estabilidad en los síntomas y la respuesta al tratamiento biológico es mejor que en otros trastornos psíquicos” (Ortuño & Martín, 2010, p. 4). Mientras que, en el trastorno psíquico, la base es la respuesta a reacciones ambientales y sociales, en los cuales el tratamiento psicoterapeutico muestra mejores resultados que el biológico.

### **2.2.1. Condiciones para el diagnóstico de los trastornos psicológicos**

Existen cuatro condiciones básicas para el diagnóstico psicopatológicos: disfunción psicológica, deterioro del funcionamiento, malestar significativo y exceden lo socialmente esperado; cada uno de ellos debe cumplir con un periodo de tiempo, frecuencia e intensidad determinados, dependiendo el trastorno, mismas características que ya han sido consensuadas en los manuales de clasificación.

### **2.2.1.1. Disfunción Psicológica**

Las funciones psíquicas básicas del ser humano comprenden la conciencia, atención, senso percepciones, afectividad, memoria y pensamiento. La disfunción psicológica aparece como la alteración en una o varias de las funciones psíquicas; de manera general es “una ruptura del funcionamiento cognitivo, emocional o conductual” (Barlow & Durand, 2004, p. 2). Cada una de ellas puede evaluarse a través de la observación, y del lenguaje reflejado por la persona, lo que da pautas para identificar el grado de interferencia o disfunción presente.

### **2.2.1.2. Malestar significativo**

Aunque se trate de una condición subjetiva, debido a que el malestar se presenta en dependencia de la percepción propia sobre sufrimiento y dolor, es fundamental en los trastornos psíquicos la existencia de ésta. Lógicamente, el malestar mencionado debe exceder e interferir con el funcionamiento de la persona, así como también debe prolongarse por el tiempo determinado requerido por cada trastorno y no aparecer como consecuencia a un evento estresante o agobiante pasajero (Barlow & Durand, 2004; Halgin & Krauss, 2009).

### **2.2.1.3. Deterioro del funcionamiento**

Los autores Halgin y Karuss (2009), definen deterioro del funcionamiento, como todos los aspectos que interfieren en el comportamiento normal de la persona, ya sea a nivel afectivo o social, impidiendo un estilo de vida dentro de los parámetros

esperados, mismo que dificulta el desarrollo integral de la persona, desencadenando en la aparición de malestar, tanto en la misma persona o en la sociedad que le rodea.

#### **2.2.1.4.Exceden lo socialmente esperado (transgresión de la norma social)**

Son todos aquellos comportamientos, que no sean aceptados socialmente por la comunidad en la cual el sujeto se desarrolla, así para ciertas comunidades de la India y África será común observar espíritus o entidades dentro del contexto de una sesión espiritista, mientras que en la cultura occidental se tratarían de delirios y alucinaciones provocadas por la presión de grupo bajo efectos de ciertas sustancias, por consiguiente, el trastorno será relativo al contexto social y al momento en que se produzca el mismo, por lo que, un diagnóstico debe tener en cuenta dicha condición (Halgin & Karuss, 2009).

#### **2.2.2. Propiedades del fenómeno psicopatológico**

Las condiciones abordadas anteriormente permiten la posibilidad de la existencia de un trastorno y de su posterior diagnóstico, sin embargo no es suficiente conocer el cuadro clínico de cada fenómeno en su aparición, es importante conocer varios aspectos de alteración así como los aspectos sanos, mismos que permitirán una mejor intervención, pronóstico y tratamiento (Ortiz-Tallo, 2014).

La tabla 2.2 explica la compilación de las propiedades más importantes del fenómeno psicopatológico, con sus respectivas características, con las cuales el clínico puede basarse para un mejor abordaje.

**Tabla 2. 2:**  
**Propiedades y características del fenómeno psicopatológico**

<b>Propiedades</b>	<b>Características</b>
Conciencia de anomalía	El autoconocimiento del paciente sobre sí mismos y sobre la alteración psíquica permiten un mejor análisis del fenómeno psicológico, así, cuando no existe conciencia de que algo anda mal, el paciente puede atribuir el problema a otras causas, a eventos pasajeros o no tomar conciencia de aquello, lo cual no le exige la asistencia a un clínico, sino más bien llevado por un familiar, detectándose menor grado de colaboración por parte del paciente.
Función y contenido	Es necesario la distinción del tipo de función psíquica afectada, ya sea cognitiva, motora, de la percepción. El curso y el contenido de la alteración también es fundamental su detección para el trabajo del terapeuta, mediante la cual se logra tener una mejor comprensión del cuadro psicopatológico, ya que se establece el origen de las distorsiones y así su prevención para futuras reacciones consecuentes del malestar del paciente.
Egosintonía	Existencia de sintonía entre el pensamiento, emoción y comportamiento conjuntamente con la personalidad del paciente, mismas que provocan una valoración distinta, en este caso la persona acepta esta proceso y no los considera como una alteración, sin embargo puede existir también un pensamiento egodistónico como en la obsesión donde la persona siente que la idea es ajena del mismo y le resulta molesta e intrusiva.
Intensidad y cualidad	La anormalidad va asociada además con el criterio de intensidad, aunque todas las personas pueden tener emociones parecidas a las patológicas pero en menor intensidad. Por lo que determinar cuando el malestar tiene suficiente intensidad es una tarea difícil ya que tiene que ver con el dolor subjetivo.
Dimensión cultural	En esta propiedad no se basa únicamente en la distinción del tipo de cultura o residencia en el cual el paciente se desenvuelve, sino también es de gran importancia el estilo de vida que el mismo lleva aunque se tratara de una cultura similar a la nuestra, ya que este aspecto genera también distintas percepciones y costumbres considerada como una subcultura.
Rasgos de personalidad patológicos	Los rasgos de personalidad patológicos son las principales manifestaciones para la aparición de un trastorno d personalidad, por lo cual es importante diferenciarlos de alteraciones psicopatológicas en un momento determinado de la vida del mismo. Por lo que, un trastorno de personalidad se constituye como una forma habitual de comportarse y percibir interpretar la realidad de manera permanente y en ciertos casos inflexible, todas estas características debieron haber iniciado en la edad temprana y haber persistido a lo largo de la misma.

**Fuente:** (Ortiz-Tallo, 2014).

### 2.2.3. Etapas de la enfermedad

La enfermedad presenta un proceso de aparición y establecimiento dentro del cuerpo de la persona, así desde la etapa inicial, cuando el cuerpo se encuentra sano, hasta la etapa final donde puede producirse el restablecimiento o la muerte; como se muestra en la Tabla 2.3, sobre la evolución de la enfermedad.

**Tabla 2. 3:**  
**Evolución de la enfermedad**

Etapa pre-patogénico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la salud, existe una relación equilibrada entre organismo y el ambiente, después de un periodo de desadaptación prolongado, se produce la enfermedad, las causas de esto pueden ser externas (elemento patógeno, ambiente) o interna (falta de defensas, genética)</li> </ul>
Etapa Patogénico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sub-clínica: existe salud aparente, el sujeto se desenvuelve con normalidad pero el proceso de la enfermedad se va consolidando, es una etapa asintomática por lo que no se puede diagnosticar.</li> <li>• Prodrómico: aparecen primeras manifestaciones clínicas inespecíficas anteriores a la enfermedad como tal</li> <li>• Clínica: enfermedad manifiesta, se produce desadaptabilidad, el paciente presenta síntomas y signos evidentes</li> </ul>
Etapa de resolución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se puede producir una remisión sin secuelas /con secuelas</li> <li>• Pérdida total de desequilibrio, provocando la muerte</li> </ul>

**Fuente:** (Salas & Álvarez, 2004; Álvarez , 1996).

Al igual que en la enfermedad física, el proceso de aparición de un trastorno mental es similar, donde a partir de un estado relativo de salud, el agente invasor de enfermedad, que en este caso puede ser una experiencia traumática y desbordante para la persona, así como también un resultado de un proceso genético; va a producir la respuesta anormal o psicopatológica primero subclínica donde no existe signos

evidentes del trastornos para luego hacerse visible que es cuando la persona asiste al psicólogo, para después de ello restaurar el equilibrio.

De igual manera se hace importante abordar las características del trastorno psicológico a partir de la definición ya desarrollada, como son la sintomatología, signo, síntoma, síndrome.

### **2.3.Sintomatología Clínica**

Dentro de la práctica de la psicología clínica, al igual que en la medicina, el conocer la sintomatología que presenta el paciente, se convierte en un aspecto fundamental para la exploración del trastorno, su evaluación y diagnóstico. Al respecto e este último Vallejo (2006) menciona:

Hay que distinguir entre el diagnóstico etiológico (causal) y diagnóstico descriptivo (efectuado en función de los síntomas). Este último puede ser engañoso al zanjar toda problemática del caso bajo un rótulo, sin que ello presuponga un enriquecimiento de la cuestión. Esto debe considerarse como una crítica matizada, ya que un diagnóstico descriptivo puede convertirse en etiológico en el momento que se evidencie su causa orgánica. (p. 20).

Es así que, la sintomatología se configura como el conjunto de síntomas, marcadores o indicadores de un trastorno, percibidos por el paciente en relación de su salud, mismos síntomas son subjetivos ya que provienen meramente de la descripción del sujeto, evidenciados y reflejadas a partir del comportamiento que éstos provocan (Mayorga, 2015; APA, 2010). A partir de esto, es necesario el establecimiento de definiciones y diferencias entre los términos que forman parte de la sintomatología y el proceso diagnóstico.

### **2.3.1. Síntoma**

Cuando se habla de síntoma, se establece como el término para designar cualquier fenómeno cuya expresión, percibida por el paciente revela el indicio de anomalía en el organismo o en la psiquis; es una “manifestación subjetiva que define la presencia de una afección orgánica o psicológica... reveladora de un conflicto subyacente, aun cuando no se trate de una enfermedad sino más de una contrariedad” (Cosacov , 2007, p. 296). De manera general los síntomas no pueden ser siempre observables y tienen su origen en la vivencia fenomenológica y en la experiencia de cada paciente de manera individual. Por esta razón, mediante los sistemas de clasificación de trastornos se puede realizar una clasificación de los síntomas en base a éste y mediante ello, el profesional de la salud mental, puede tomar como base para el inicio de un trabajo diagnóstico y posterior tratamiento (Ortuño & Martín, 2010; Halgin & Krauss, 2009; Colman , 2009).

### **2.3.2. Signos**

En contraposición con el síntoma, los signos son manifestaciones objetivas de la enfermedad -en el caso de la medicina- clínicamente confiables, que son percibidos y evaluados por los profesionales de la salud. A nivel psicológicos Ortuño y Martín (2010), mencionan que los signos “son atributos concurrentes y objetivos, características presentes en un momento dado entre las que se recogen todo tipo de conductas de interés clínico, susceptible de observación sistemática de análisis y de

medida a través de técnicas o escalas” (p. 51). Por lo tanto, éstos tiene su orgien en el área biológica.

### **2.3.3. Síndrome**

A nivel médico, el diccionario de la lengua española RAE (2002), un síndrome es conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado. A nivel psicológico, se entiende por síndrome al conjunto o patrón recurrente de signos y síntomas relacionados entre sí; debiéndose a una causa o conjunto de causas relacionadas, mismos que pueden evidenciar la aparición de un cuadro clínico, un origen, curso, patrón familiar común (Argente & Álvarez, 2008; Colman , 2009; Cosacov , 2007; APA, 2010).

Como se había mencionado anteriormente, el proceso diagnóstico se basa en un proceso integral, donde se toman en cuenta varias áreas de la psique humana, para lograr una exploración fiable en base la observación y evaluación, conjuntamente en base a los criterios de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales más conocidos actualmente. En el caso particular de esta investigación, se ha tomado como base el modelo de intervención CASIC, cuyas áreas son definidas continuación.

### **2.3.4. Modelo de intervención CASIC**

El modelo de intervención CASIC busca evaluar a la persona bajo cinco funciones psicológicas; para llegar a esta sistematización el modelo se basó en la terapia

multimodal de Lazarus (1984), el mismo, establece que la persona no puede ser evaluada bajo una sola modalidad, sino que los eventos problemáticos tiene implicaciones en más de un área, por lo que crea un modelo de intervención que integra no solo factores conductuales o cognitivos, sino biológicos, imaginativos, afectivos, sensitivos y sociales, los mismo que permiten una evaluación más certera de la persona, además de proporcionar un marco que facilite la selección del tratamiento sistemático de una manera amplia, integral y sin embargo altamente concentrado.

Con referencia a este modelo, Slaikeu (2000), crea una síntesis del mismo través del perfil CASIC, en el cual se elimina la categoría de drogadicción y otras sustancias como alcohol, tabaco y medicamentos del sistema de Lazarus, destinándolas a las actividades conductuales, incluye las sensaciones al área somática y agrupa las fantasías con las cogniciones bajo el mismo encabezado.

#### **2.3.4.1. Área conductual**

Esta área incluye la valoración del funcionamiento conductual, tomando en cuenta tanto excesos como carencias comparándolas con las actividades de acuerdo a su etapa vital; cuáles son sus patrones de comportamiento, causas y resultados que estos han tenido generalmente, así como reconocer tanto fortalezas como debilidades cuantificando de manera comprensible la conducta de la persona. En si lo que el individuo está haciendo y no le permite alcanzar la felicidad y bienestar personal, comportamiento no adaptativo y reacciones autodestructivas, todo ellos enmarcado

en el conjunto de hechos, las conductas observables que intervienen en fenómenos o hechos importantes en la historia del individuo.

#### **2.3.4.2. Área afectiva**

Se toma en cuenta los sentimientos y emociones que la persona puede tener en relación con diferentes fenómenos o hechos. Se analiza además, la capacidad de reacción manifestada a través de emociones y sentimientos, mediante el cual la persona responde a los estímulos del ambiente externo o interno. Al ser el afecto entendido como la subjetividad de un estado psíquico, tanto penoso o agradable (APA, 2010; Slaikeu, 2000). Por lo tanto, cuando existe desregulación en ésta área pueden presentarse manifestaciones como ansiedad, depresión, anhedonia, afectividad plana, entre otras alteraciones de los estados del ánimo; por lo cual es de gran importancia evaluar síntomas clínicos relacionados con dichas alteraciones, su respectiva expresión, duración y contexto en el cual aparecen.

#### **2.3.4.3. Área somática**

Refiere a las emociones corporales y percepción subjetiva de la persona, se realiza una evaluación general del estado físico, es decir historial de enfermedad, posibles alteraciones que las ocasionaron o enfermedades actuales, síntomas físicos, ciertas disfuncionalidades en los órganos de los sentidos, todo ello para establecer el estado de salud del sujeto. Se explora también, hábitos alimenticios, de ejercicio, consumo de sustancias tanto legales como ilícitas y la vida sexual a nivel general (Slaikeu, 2000).

#### **2.3.4.4.Área Interpersonal**

Para éste apartado Slaikeu (2000), menciona que aportan “datos sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y trabajadores” (p. 156). Donde se analiza el tipo y naturaleza de las relaciones, como la persona se relaciona, cuál es la forma en que se vincula con los demás y como esto influye en su desarrollo. Así de ésta manera, se conocen los patrones de interacción que ejerce en cada contexto en el cual se desenvuelve.

#### **2.3.4.5.Área cognitiva**

Se entiende por cognición al “proceso intelectuales que nos permiten evaluar los acontecimientos que ocurren, prever otros que podrían ocurrir y actuar acorde a la experiencia” (Cosacov , 2007, p. 65). Por lo que, esta área se centra en la exploración y valoración de las funciones mentales, cuáles son las fantasías e imágenes más predominantes en la persona, así como la forma de verse (auto imagen) tanto positivas como negativas, el tipo de experiencias traumáticas o agradables y cómo influyen estas en el desenvolvimiento normal de la persona (Slaikeu, 2000). Al ser esta la base del modelo, se basa en la valoración de ideas irracionales pensamientos, o creencias distorsionadas que alteran el funcionamiento cotidiano de la persona, pudiendo caer en patología.

Se explora de igual manera recuerdos del pasado y aspiraciones hacia el futuro, preocupaciones, ideación suicida, como enfrenta dificultades y resuelve problemas través de auto observaciones que la persona hace sobre sus propios comportamientos

sentimientos, en sí, lograr entender la dinámica del pensamiento, como se generan y las consecuencias que tienen sobre la persona (Slaikeu, 2000). A manera general, se explica en síntesis de las características y las preguntas que se realizan para recolectar información de las diferentes áreas de la persona a través del modelo CASIC (ver tabla 2.4).

**Tabla 2. 4:**  
**Características de las áreas del modelo CASIC**

Área	Características
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, hábitos de alimentación, de sueño y en el ámbito sexual.</li> <li>- Tipo de comportamiento (agresivo/pasivo)</li> <li>- Actos homicidas o suicidas</li> <li>- Conductas de tipo adictivas</li> <li>- Estrategias de afrontamiento</li> </ul>
Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos que desprenden de las conductas anteriormente explicadas</li> <li>- ¿Cómo se siente, que tipo de emociones experimenta?</li> <li>- Es capaz de expresar sus emociones (sean positivas o negativas).</li> <li>- ¿Cuáles son sus mayores temores?</li> <li>- Con que personas se siente más a gusto.</li> <li>- Que situaciones o eventos hacen que sus emociones le generen malestar.</li> </ul>
Somática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Existe historial de enfermedades médicas clínicas o mentales en su familia?</li> <li>- ¿Cuáles son las sensaciones que experimenta existen dificultades físicas que generan ansiedad?</li> <li>- ¿Cómo influye ello en la persona?</li> <li>- Dolores de cabeza, estomacales, ausencia de movimiento involuntarios (tics), alteraciones en cualquier órgano de los sentidos.</li> <li>- Estado de salud</li> </ul>
Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naturaleza de las relaciones con familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo.</li> <li>- El papel que la persona asume y el rol que tiene en dichas relaciones</li> <li>- Estilo de resolución de conflictos</li> <li>- ¿existe alteración en la esfera social?</li> <li>- ¿Qué percepción tiene de sus conocidos o familiares?</li> </ul>
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son las expectativas o metas futuras (están afectadas por algún evento)?</li> <li>- ¿Cuáles son los pensamientos retrospectivos más usuales?</li> <li>- Existe creencias irracionales o pensamiento automáticos</li> <li>- Patrones ilógicos de la percepción propia de los demás y del mundo</li> <li>- Imágenes mentales</li> <li>- Qué tipo de creencias religiosas, filosóficas son predominantes</li> <li>- Alteraciones en la cognición (alucinaciones, ideación paranoide)</li> </ul>

**Fuente:** (Slaikeu, 2000)

## 2.4.Sintomatología subclínica

Con base en la definición médica sobre las etapas de la enfermedad, ya abordados en páginas anteriores, a nivel psicológico, la sintomatología subclínica viene a presentarse como aquella alteración en la cual los síntomas aún no son evidentes para el mismo paciente, es decir se trata de una etapa asintomática; y sin embargo éstos pueden interferir y alterar la funcionalidad y desempeño subsiguiente del sujeto. Durante la etapa de presentación de síntomas subclínicos, se ha producido en el individuo un desequilibrio en el funcionamiento normal del mismo, por lo que estaría hablando de una etapa de latencia, donde dependiendo de los factores internos protectores y externos desencadenantes; podría propiciarse la consolidación de una disfunción más evidente y el ulterior trastorno psicológico en sí (Salas & Álvarez, 2004; Mayorga, 2015).

De manera similar APA (1994), menciona que éste tipo de sintomatología o cuadros clínicos sub sindrómicos, tienen síntomas similares, como enfermedades psicológicas formadas manifiestos, pero que permanezcan por debajo del umbral para un diagnóstico real. Por su parte, otra diferenciación hecha por Pincus, Davis y McQueen (1999) recalcan que, los trastornos psicológicos subliminales se definen como síndromes que no cumplan los criterios de diagnóstico, pero sí con características de importancia clínica. Dentro del mismo principio Helmchen (2001), los describe como:

ligeramente marcados, síntomas pobres, enmascarados, atípicos también en la intensidad, por lo tanto, con respecto al criterio de tiempo diagnóstico, sólo síndromes psicopatológicos de muy corta duración por debajo del umbral del diagnóstico operacional, lo que indica un principio, intermitente o residual de

enfermedades psicológicas conocidas o comórbidas, con síndromes de otras enfermedades psicológicas o físicas, o eventualmente también de enfermedad-estado independiente que los acompaña. (p. 183)

Por lo cual, recae la importancia de una identificación precoz de los mismos, que aunque resulte muy compleja, el psicólogo puede ayudarse de herramientas psicométricas y parte de la observación clínica ante el sujeto a investigar, lo cual beneficiaría no solo el diagnóstico precoz, sino facilitar el abordaje y tratamiento de los síntomas subclínicos, generando un mayor bienestar en el paciente y en medio que le rodea, ya que se establecería prevención de las secuelas del trastorno (Mayorga, 2015).

Debido a que no existe conciencia o percepción de la presencia de los síntomas su identificación resulta complicada, pudiendo afectar el normal desarrollo y funcionamiento del sujeto con secuelas a largo plazo para el mismo con consecuencias peligrosas, o bien la instauración misma del trastorno psicológico, por lo que resulta de gran importancia la identificación de las características básicas de aparición de dicha sintomatología (ver tabla 2.5.).

**Tabla 2. 5:**  
**Características de la sintomatología subclínica**

---

-	No cumplen con los criterios necesarios para establecer un diagnóstico psicopatológico específico.
-	Síntomas y los signos encontrados no cumplen los parámetros de cantidad, frecuencia y duración necesarios
-	Se evidencian de manera funcional en los sujetos que la padecen o a través de pruebas psicométricas
-	Pueden aparecer con mayor prevalencia que las expresiones clínicas o psicopatológicas

---

**Fuente:** (Mayorga, 2015)

## **2.5. Los efectos de la exigencia académica en los estudiantes universitarios**

El término exigencia, a nivel general, refiere al requerimiento imperativo la necesidad obligatoria y absoluta para que se produzca una acción o poder alcanzar una meta determinada, por lo que las características que la tarea, incluyendo la dificultad de la misma ejerce en el individuo un impacto en los procedimientos que la persona utiliza para completar la tarea (APA, 2010). Por lo que, las exigencias dentro del ámbito académico, se explicarían como todos los requerimientos o destrezas necesarias para que el estudiante alcance un determinado logro o un beneficio dentro del plano académico institucional, ya sea la aprobación de una materia, promoción al siguiente semestre, alcanzar un determinado puntaje, entre otros.

En todo caso, la exigencia académica esta también relacionada con factores positivos y negativos, tomando en cuenta las distintas variables que dichos factores pueden incluir, a continuación se aborda de manera general, los dos factores de la exigencia.

### **2.5.1. Exigencias académicas como factor positivo en la educación**

Desde un punto de vista institucional, personal y académico, la exigencia académica es una “condición controlable del proceso educativo, que está correlacionada positivamente con el aprendizaje y la persistencia estudiantil, es decir con el éxito estudiantil” (Flores, 2008, p. 9). Es así, que la exigencia es sinónimo de excelencia académica, y los resultados de la misma, están reflejados en varios factores, como el tiempo que el estudiante dedica a la universidad, el cumplimiento de normas, cumplimiento del programa académico, calificaciones, atención a clases, entre otros. Así mismo, las exigencias académicas, son vistas como parte de un requisito indispensable en cada institución educativa, y en cada una de éstas el nivel de exigencia y rigor estarán bajo las políticas institucionales propias, de las cuales, no sólo el estudiante o la institución son los protagonistas, sino de manera esencial, el docente cumple un papel fundamental, ya que la motivación y la relación que se establece con el estudiante, puede lograr resultados importantes, no solo académicos, sino también en el desarrollo personal del mismo, por lo que, a partir de ello se mejora el nivel y rendimiento académico del estudiante, formando profesionales líderes, competentes, con habilidades y destrezas indispensables en el campo laboral una vez finalizada su formación (Flores, 2008).

### **2.5.2. Exigencias Académicas como factor negativo en el estudiante**

Al contrario de lo abordado anteriormente, existe también la concepción de las exigencias académicas orientadas a generar malestar en el estudiante universitario, ocasionando un sinnúmero de alteraciones a nivel tanto físico como emocional,

desde altos niveles de estrés, a nivel académico y personal, ansiedad, depresión, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, entre otros; cada uno en dependencia de varios factores causales internos y externos (Soto, Da Cuña, Guitiérrez, & Gonzáles, 2012; Méndez & Fernández, 2012; Huaquín & Loaíza, 2004).

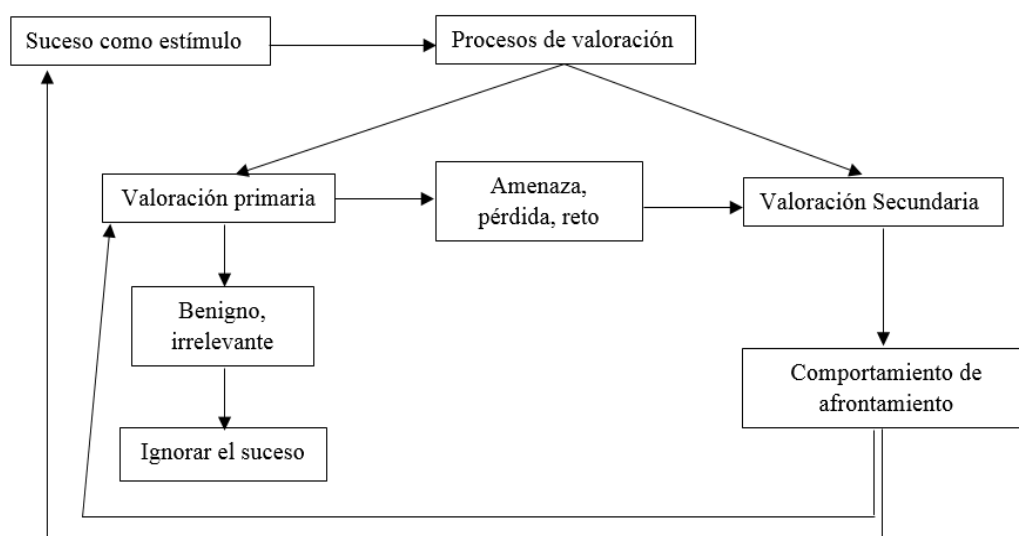
La depresión en estudiantes universitarios está intrínsecamente relacionadas con el estrés académico, donde el incremento de síntomas obsesivos y depresivos pueden aparecer incluso después de seis semanas de permanencia en el contexto universitario (Méndez & Fernández, 2012). Por otro lado, la ansiedad en la misma población esta derivada de las actividades académicas provenientes de las exigencias académicas propias de la universidad (Bedoya , Perea, & Ormeño , 2006). Por consiguiente, estos factores constituyen una influencia para la alteración del bienestar psicológico, social y físico del estudiante.

A nivel general, el estrés es una de las problemáticas que mayores estudios tiene, debido a su implicación como factor de alteración en el funcionamiento normal de la persona; el estrés como establece Lazarus y Folkman (1984), es la relación que existe entre el individuo y el entorno, mismo que puede ser amenazante o desbordante y también dependerá de las características internas de la persona, por otra parte los mismos autores también establecen el concepto de estrés como:

paralelo al concepto de la medicina moderna de la enfermedad, que ya no es visto como causa únicamente por un organismo externo; si ocurre o no la enfermedad, depende también de la susceptibilidad del organismo. De manera parecida, no hay forma objetiva de predecir el estrés psicológico como una reacción, sin hacer referencia a las propiedades de la persona. El estrés

psicológico, por lo tanto, es una relación entre la persona y el medio ambiente que es se aprecia por la persona como agotador o excesivo que superan sus recursos y pone en peligro su bienestar. El juicio de que una relación particular persona-entorno estresante depende de la evaluación cognitiva. (p. 21).

En dirección al estrés académico, se trataría del desequilibrio entre el estudiante y el ambiente universitario donde “el estudiante estima que los requerimientos de una situación exceden sus recursos y capacidades... Si el desfase es muy acusado, sus pensamientos serán poco esperanzadores y sus emociones negativas, consecuentemente, su esfuerzo y su productividad disminuirán” (Francisco & García, 2012, p. 145). Es decir, a medida que los estudiantes progresan en el itinerario académico, deben afrontar un sinnúmero de tareas, requisitos y exigencias que cada institución requieren, dichas demandas exhortan al estudiante esfuerzos para adaptarse y lograr el cumplimiento de los mismos (ver gráfico 2.1.).



**Gráfico 2. 1:** Modelo explicativo de la reacción ante el estrés

**Fuente:** (Morrison & Bennet, 2008)

A pesar de que, existen estudiantes que logran enfrentar las exigencias académicas a partir del desarrollo de estrategias adecuadas, muchos otros estudiantes no lo consiguen, lo cual llevaría a generar sentimientos de incapacidad para resolver problemas académicos, y además, desarrollar comportamientos de evitación y escape ante situaciones del mismo contexto (Caballero , Hederich , & Palacio , 2010). Por lo que, cuando el estrés académico se vuelve crónico, puede derivarse en *burnout* académico o estudiantil.

El burnout académico es un síndrome caracterizado por la presencia de no poder entregar más de sí mismo, desgaste a nivel psíquico y físico, actitud crítica negativa, sentimiento de desvalorización, sensación de haber perdido el interés por trascender, acerca del valor de estudiar y dudas sobre la capacidad propia de poder cumplirlos, conocida como autoeficacia; en referencia a el tipo de dimensiones que sobresalen cuando aparece éste sindrom, destacan eel cinismo y agotamiento (Caballero, et al, 2010; Méndez & Fernández , 2012).

De igual manera, tanto el estrés como el burnout académico tienen consecuencias sobre el comportamiento, la respuesta física, fisiológica y psíquica del estudiante y posteriormente en su rendimiento académico; a nivel comportamental se identifican síntomas como adquisición de hábitos como ingestión o consumo excesivo de cafeína, bebidas alcohólicas, alimentos, procrastinación de las tareas, dificultad para enfocarse, inquietud o nerviosismo; en el are psicológica, niveles elevados de ansiedad, irritabilidad, hostilidad; a nivel físico, trastornos del sueño, fatiga excesiva, dolor de cabeza, cuello, tensión muscular, problemas digestivos y a nivel fisiológico, decaimiento del sistema inmunológico lo que hace propenso a la persona a adquirir

enfermedades (Barraza, 2005; Figueredo-Ferraz, Cardona, & Gil-Monte, 2009; Méndez & Fernández, 2012).

Con respecto a las fuentes de estrés, Barraza (2005) y Arribas (2013), menciona como principales orígenes a la sobrecarga académica, es decir la cantidad de contenidos, el ritmo y trabajo durante clases; trabajos obligatorios, son las tareas a las cuales se les asigna una valoración o calificación y son necesarias para el promedio general del estudiantes, en los cuales interviene principalmente el plazo de entrega, la valoración del mismo; el deseo de obtener o mantener buen rendimiento; la relación entre los docentes, la motivación que éste genera, la metodología pedagógica, confianza entre ambos; y la relación entre compañeros de aula, junto con la percepción de la asignatura.

### **2.5.3. Rendimiento académico en universitarios**

Existen varias definiciones acerca del rendimiento académico, dependiendo de los factores que se estudie, así, éste término variaría solo en aspectos semánticos, estableciéndose como el nivel de conocimientos demostrados y logros alcanzados por el estudiante en una o varias asignaturas (Barceló, Lewis, & Moreno, 2006; Navarro, 2003). A nivel general, el rendimiento académico es la adición de “diferentes y complejos factores que actúan en la persona que aprende, y ha sido definido con un valor atribuido al logro del estudiante en las tareas académicas” (Garbanzo, 2007, p. 46).

El rendimiento académico es medido a través de valores numéricos asignados, mejor conocidos como calificaciones, dichas cifras determinan entonces las materias aprobadas o perdidas, el éxito académico y la deserción del estudiantado (Garbano, 2007). Las calificaciones entonces, son indicadores del conocimiento adquirido a lo largo de un ciclo académico determinado, las cuales el sistema educativo considera necesarias y suficientes para la preparación del estudiante.

Por consiguiente, el rendimiento académico, como mencionan Mayorga (2015) y Reyes (2003), determina las aptitudes y habilidades del estudiante y está relacionado con las competencias propias del mismo; donde dependiendo de éstas, se puede alcanzar el éxito o fracaso estudiantil. Factor similar es el que explica Navarro (2003), mismo que menciona que se debe hacer una distinción entre habilidades y esfuerzo del estudiante, ya que aunque el esfuerzo es más valorado en el salón, éste no garantiza el éxito académico y por su parte la habilidad significaría el uso moderado de esfuerzo con el mismo resultado de éxito en el salón.

De igual manera, existe una correspondencia de evaluación tanto del docente como del aprendizaje del estudiante, por lo tanto se establece como un sistema de interacción entre varios factores: aptitudinal, familiar, relación profesor-alumno, alumno, compañeros, metodología de enseñanza motivación escolar, auto concepto, entre otros (Mayorga, 2015; Navarro, 2003; Reyes, 2003). Es decir, los factores que influyen en el rendimiento académico, ya sea sobresaliente o deficiente, son tanto a nivel interno y externo del estudiante.

#### **2.5.4. Factores intervinientes del rendimiento académico**

Como se abordó anteriormente, varios son los factores que intervienen en el rendimiento académico, ya sea de manera positiva o negativa, tanto a nivel interno o externo del estudiante, por lo que es importante identificar qué tipo de influencia tienen éstos para el fracaso o éxito académico y poder establecer relaciones causales de los mismos. Garbanzo (2007) ha dividido estos componentes en determinantes personales, determinantes sociales y determinantes institucionales, de los cuales se basará nuestro desarrollo.

##### **2.5.4.1. Determinantes personales**

Son todos aquellos factores del ámbito personal, interna y externas, exploradas bajo distintas competencias.

###### **2.5.4.1.1. Competencia cognitiva**

Se entiende por competencias cognitivas al conjunto de destrezas y capacidades desarrolladas basadas en aprendizaje del pasado; se trata sobre “la autoevaluación de la propia capacidad del individuo para cumplir una determinada tarea cognitiva, su percepción sobre su capacidad y habilidades intelectuales” (Garbanzo, 2007, p. 47). Por lo tanto dichos procesos tienen como finalidad generar, comprender y evaluar información, solucionar problemas y tomar decisiones.

En este aspecto el entorno familiar, el afecto, las críticas positivas recibidas y los estados emocionales y somáticos son una influencia determinante para generar competencias académicas satisfactorias y percepción adecuada de las propias capacidades y habilidades para alcanzar las metas deseadas. Entonces, la construcción de las competencias cognitivas se basará en la percepción propia que cada persona tiene acerca de las características abordadas (Garbanzo, 2007).

#### **2.5.4.1.2. Motivación**

La motivación es entendida como una disposición interna para realizar una actividad, a más de los procesos implicados para la activación interna, persistencia y organización de una conducta; a nivel académico hablamos de motivación intrínseca, el deseo de alcanzar éxito académico y el genuino interés de realizar una actividad educativa; y motivación extrínseca que trata sobre el deseo de realizar una actividad en base de beneficios o reforzadores negativos externos (APA, 2010).

De esta manera, el entusiasmo, inspiración, dedicación, reto por la tarea, capacidad de compromiso y concentración constituyen características propias de la motivación, que incentivan al cumplimiento óptimo de las actividades académicas. De igual forma, una correcta atribución causal del estudiante genera mejores resultados y rendimiento académico, esto es, la percepción de que el esfuerzo propio influye en el logro y éxito académico. Por consiguiente, bajos niveles de motivación en los estudiantes, determinan un bajo rendimiento, resultados pobres en el ámbito académico, deserción escolar, no pertenencia y satisfacción con la carrera (Garbanzo, 2007; Pérez, Ramón, & Sánchez, 2000).

#### **2.5.4.1.3. Autoconcepto académico**

El autoconcepto constituye el conjunto de percepciones y creencias que una persona establece de sí mismo, es además la confianza sobre las capacidades y habilidades propias; existe una relación estrecha con las interacciones y experiencias pasadas, por lo que la persona va construyendo su imagen a partir de las impresiones de otros y de sí mismo (Garbanzo, 2007; Reyes, 2003). Con respecto al autoconcepto académico, se refiere a la percepción y creencias sobre sus habilidades cognitivas y capacidades en dicha área, de igual manera juega un papel importante la causa que el estudiante atribuya sobre los resultados académicos que alcance y sobre los futuros logros, conjuntamente con la percepción manifiesta de personas significativas para el estudiante como son padres, docentes y compañeros de clases.

A pesar de que el autoconcepto es un conjunto de percepciones subjetivas, determinadas por personas cercanas o importantes para la persona, la cultura y sociedad también son un determinante en la construcción del mismo, así, el género influye notablemente en la generación de autoconcepto, debido a que se espera un bajo desempeño en asignaturas de ciencia o tecnología, cuya dominación recae mayoritariamente en el los hombres (constructo establecido social y culturalmente), lo cual genera en las mujeres temor a el aprendizaje de dichas asignatura y por consiguiente un rendimiento menor (Costa & Taberner, 2012).

#### **2.5.4.1.4. Bienestar psicológico**

El término bienestar refiere al “estado de felicidad, satisfacción, de niveles bajos de angustia y buena salud mental y física general” (APA, 2010, p. 35). Por lo tanto, el bienestar en el estudiante sería el estado de satisfacción con la carrera que cursa, bajos niveles de estrés académico, buen estado de salud mental, autoeficacia percibida, felicidad, menor deserción escolar, todo ello contribuye a un mejor desempeño y rendimiento académico (Garbanzo, 2007).

En un estudio realizado por Salanova, Martínez , Bresó, Llorens y Grau (2005), a una población universitaria; se establece que los estudiantes con mayor nivel de bienestar eran aquellos que presentaban menores niveles de *burnout*, mayor nivel de *engagement*, tienen una mejor auto percepción en autoeficacia, a más de altos niveles de felicidad y satisfacción académica. Por consiguiente, un buen nivel de bienestar en el estudiante predispone a un mejor desempeño y rendimiento académico, conjuntamente con el hecho de mantener una buena interrelación con sus pares y con los miembros de la institución con quien tiene mayor contacto en su vida universitaria.

#### **2.5.4.2.Determinantes sociales del rendimiento académico**

##### **2.5.4.2.1. Entorno familiar**

Dentro del entorno familiar se debe tomar en cuenta a la familia desde su aspecto estructural como dinámico, dentro de lo estructural se hablaría de la conformación de

la misma, número de integrantes, situación social, económica, el tipo de familia; y dentro del aspecto dinámico, se habla de las relaciones entre sus miembros, comportamientos de cada uno de ellos, nivel de formación de los padres o tutores y el clima familiar; en si todos los aspectos funcionales de la familia.

Refiere a las relaciones interpersonales que mantiene con el grupo nuclear, ya sean estos positivos o negativos, influyen en las respuestas no solo académicas sino a nivel global del comportamiento de la persona, así cada conducta es aprendida de los padres o familiares a cargo, mismo que se reflejaría en actitudes motivacionales para estudiar, hábitos de estudio y tener un mejor rendimiento académico (Garbanzo, 2007). Por consiguiente, el entorno familiar es la base del estudiante para la adquisición y desarrollo de factores predisponentes del desempeño y éxito académico o en su defecto de un bajo o pobre rendimiento.

De esa forma, entornos familiares agresivos, sin interés por el área educativa de los hijos o que no desarrollan motivación académica, predispondrían un bajo rendimiento, por el contrario, familias estables, con estilos de crianza democráticos, que generan redes de apoyo para los hijos, generarían mejor rendimiento. De igual manera, el factor de nivel de educación de los padres juega un papel importante en la respuesta y futura percepción de la persona acerca de la educación, sobretodo el nivel de educación de la madre, ya que ésta última plantea más exigencias y tendencias a plantear altas expectativas acerca del ámbito académico (Castejón & Pérez, 1998).

#### **2.5.4.2.2. Ámbito socioeconómico y sociodemográfico**

Comúnmente, se ha establecido que el nivel socioeconómico influye en la calidad de la educación y el desempeño académico del estudiante (García & San Segundo , 2001; Garbanzo, 2007). No obstante, ésta no es una variable determinante sino que dependería de otro tipo de variables causales para un alto y bajo rendimiento, así la mismo Gregorat, Soria, García y Seco en 2009 establecieron que la relación entre nivel económico y rendimiento varía cuando se trabaja en la población de estudiantes de educación superior donde, estudiantes de nivel socioeconómico medio tienen mayor desempeño que quienes poseen un nivel bajo o alto.

Con respecto al ámbito sociodemográfico “es importante tomar en cuenta el entorno sociocultural, en cuanto al capital de la persona... los elementos sociales y culturales de la vida familiar facilitan el desarrollo intelectual de la persona” (Montero, Villalobos & Valverde, 2007, p. 220). A más de ello, variables como el sexo, la conformación familiar en el cual se desarrolla el estudiante, son factores que intervienen en la investigación del desarrollo del rendimiento académico.

#### **2.5.4.3.Determinantes institucionales**

Son todos aquellos elementos no personales del estudiante que intervienen en el desempeño académico y proceso educativo.

#### **2.5.4.3.1. Selección de estudios por defecto del interés del estudiante**

Se trata de los aspectos que intervinieron en la elección de la carrera por parte del estudiante; ya sea por decisión propia, por la dificultad de encontrar un cupo en otra carrera, por traslado, por presión familiar entre otros, son predictores del rendimiento académico en los estudiantes (Garbanzo, 2007). Por lo tanto, existe una relación positiva entre satisfacción de elección de carrera y el rendimiento académico abordado en estudios como Garbanzo (2014) y Gregorat, et. al. (2009).

#### **2.5.4.3.2. Condiciones y servicios institucionales**

La organización estructural y funcional de una institución educativa, garantiza que el entorno en el que lo estudiantes interactúan propicie un ambiente adecuado y beneficioso para el proceso de aprendizaje. Dentro de las condiciones más importantes se encuentran la infraestructura, iluminación, acondicionamiento y tamaño del lugar de estudio y de la institución en general, planificación académica, preparación de los docentes y el tipo de pedagogía; mismos que son referidos como factores que afectan el rendimiento académico del estudiante (Garbanzo, 2007; Montero, Villalobos & Valverde, 2007).

En cuanto a los servicios institucionales Garbanzo en 2007 establece como todos los servicios que la “institución ofrece al estudiantado, principalmente según su condición económica, como lo son: sistemas de becas, servicio de préstamo de libros, asistencia médica, apoyo psicológico, entre otros” (p. 58), mismos que funcionan como factores son controlables, es decir la institución puede modificarlos

dependiendo de las necesidades comunes que presenten. Por lo que dichos servicios funcionarían como herramientas útiles al estudiantado, mismas que podrían intervenir en el proceso de aprendizaje como en el rendimiento académico.

#### **2.5.4.3.3. Relación docente-estudiante**

La interacción que se establece dentro del aula, entre docente y estudiante es sin duda un determinante en el desempeño académico, así Laka-Mathebula (2004) citado en Zapata , Gómez y Rojas 2010 refiere que “los cursos con más altos resultados son aquellos donde los estudiantes confían, respetan y cuidan a su docente, porque este, a su vez, confía, respeta y espera grandes cosas de ellos” (p. 79). Refiriendo entonces, la confianza entre el docente y estudiante no solo determina un buen rendimiento, sino además mejora la eficacia en el proceso de aprendizaje, así como también la motivación hacia los estudiantes, reduciendo los niveles de deserción.

Caso similar, refiere Garbanzo (2007) acerca de cómo las perspectivas de los estudiantes acerca de los docentes influyen en los resultados académicos, y sobre todo en el ambiente universitario, los factores que más interesan al estudiante se trata sobre el dominio del docente sobre la materia que imparta y su metodología de evaluación, es decir se toma en cuenta tanto el desempeño didáctico como el emocional, mismos que generan mayor bienestar dentro del aula de clases.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de los determinantes del rendimiento académico ya desarrollados anteriormente,

**Tabla 2. 6:**  
**Determinantes del rendimiento académico**



Creación Propia

Una vez el estudiante demuestra no solo un alto rendimiento académico, sino excelencia académica y un desempeño probo en sus estudios, demostrando actitudes y/o aptitudes positivas, en dependencia de la institución educativa donde se encuentren, el estudiante puede ser beneficiario de ayudas económicas, también conocidas como becas estudiantiles.

## **2.6. Políticas de ayudas económicas en el Ecuador para los estudiantes universitarios**

### **2.6.1. Sistema de Becas para estudiantes universitarios**

Según la RAE (2002), una beca es un tipo de ayuda o asistencia que se brinda a alguien para que pueda realizar investigaciones o estudiar. De esta manera, se hablaría de un tipo de ayuda económica con la cual un aspirante puede continuar sus

estudios o completar investigaciones. De igual manera, para el Instituto de fomento al talento humano (2016), una beca consiste en:

subvenciones totales o parciales otorgadas por una institución administradora de becas, a estudiantes y profesionales nacionales que demuestren excelencia académica, para realizar estudios de formación superior, capacitación, perfeccionamiento, entrenamiento profesional e investigación en el país o en el exterior, bajo la modalidad presencial. Además de apoyar a personas con altos méritos académicos, las becas se dirigen a permitir que personas con escasos recursos económicos o con capacidades especiales puedan acceder a la educación formal.(pp. 1)

Para la Secretaria Nacional de Educación Superior Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) en 2013, las becas constituyen un financiamiento que se brinda con el objetivo de permitir realizar estudios de tercer y cuarto nivel, así como investigaciones a nivel nacional o en el exterior a partir del cumplimiento de requisitos predeterminados. Las becas otorgadas pueden ser totales (cubre todos los gastos necesarios) o parciales (cubre una parte de los estudios). Dichas becas no requieren de ningún reembolso. Dentro de los programas de la SENESCYT existen becas nacionales, becas en el exterior y Becas de Cooperación Internacional.

- Becas nacionales: se proporciona financiamiento a todos los ecuatorianos o extranjeros con residencia permanente en el Ecuador para cursar estudios de tercer nivel, técnico o tecnológico superior; éste tipo de becas están destinadas principalmente a grupos prioritarios (excluidos o discriminados históricamente) a través de inclusión social y equidad, entre los cuales constan Beneficiarios de Bono de Desarrollo Humano, Grupo de Alto Rendimiento (GAR), Movilidad Territorial, Pueblos y Nacionalidades, Deportistas de Alto

Rendimiento, Personas con Discapacidad, Héroes o Heroínas Nacionales y Solidaridad.

- Becas en el exterior: es la ayuda financiera destinada a estudios de cuarto nivel con el fin de mejorar la calidad de educación a nivel nacional destinada principalmente a docentes y a profesionales con carreras tecnológicas o de innovación.
- Becas de cooperación: son becas otorgadas en convenio con Gobiernos de Países Amigos y Organismos Internacionales cuyo objetivo es complementar el financiamiento de las diferentes carreras para que los becarios puedan culminar con éxito sus estudios de tercer y cuarto nivel en el extranjero.

### **2.6.2. Sistema de Becas en la PUCESA**

Para la PUCESA, el término beca está definido dentro del Reglamento de Becas y Ayudas Económicas, realizado en el proceso de reforma y codificación del mismo, aprobado a través del consejo directivo institucional (2013, 2014, 2016), en el artículo 1, como:

la subvención total o parcia a los aranceles y matricula en unos casos, fijados por concepto de actividades académicas semestrales, de pregrado y postgrado, para el semestre solicitado por la o el estudiante regular o escogidos por sus méritos académicos, no se considera becas para cursos intersemestrales excepto para los miembros de comunidades religiosas y de las Diócesis de la iglesia ecuatoriana.

### **2.6.3. Políticas de otorgación de becas**

La dirección de Bienestar estudiantil, es el organismo encargado de la recepción de solicitudes y manejo del proceso de becas de la institución, por lo que será la encargada de elaborar cronogramas, para la recepción, estudio, aprobación y tramite de solicitudes de beca conforme a los requisitos establecidos para cada tipo de beca ofrecida (Reglamento Becas, 2016).

### **2.6.4. Tipos de becas**

- Beca por excelencia académica: es la beca otorgada al estudiante de carrera por haber obtenido un promedio académico de 45/50 durante el semestre previo a la solicitud de la misma. Dentro de las condiciones reglamentarias para la otorgación de dichas becas los estudiantes deberán estar matriculados en al menos 20 horas de clase semanal y aprobar el mismo número de materias durante dicho periodo. Para el procedimiento de beca la dirección de bienestar estudiantil solicita a cada carrera el pase de nivel que hayan obtenido un promedio igual o mayor de 45/50 sin influencia del nivel de estudios, después se ingresa la información al sistema, para que el proceso se efectivice el día de la matrícula (Reglamento Becas, 2016).
- Beca de deporte y cultura: se otorga a los estudiantes de pregrado que conformen y asistan a agrupaciones culturales y deportivas denominadas clubes, organizadas por la dirección de estudiantes y bienestar estudiantil, con la subvención parcial del costo de los aranceles por semestre, se pretende incentivar habilidades culturales y deportivas para una formación integral del

estudiante. el puntaje necesario para obtener dicha beca es de 42/50, y debe realizar una solicitud en formulario valorado de la PUCESA, que el estudiante ha aprobado un semestre de estudio y asista a los clubes, exigencias de cumplimiento que cada club dictamina (Reglamento Becas, 2016).

- Beca por pertenecer a comunidades indígenas o afroecuatorianas: se le otorga a las personas miembros pertenecientes a las comunidades Indígenas a Afroecuatorianas, que constan en el listado de miembros de cada comunidad, para dar la oportunidad de continuar sus estudios y carreras de postgrado que oferta la PUCESA. Como requisito debe estar inscrito en la PUCESA. Debe obtener un promedio mínimo de 40/50 (Reglamento Becas, 2016).

#### **2.6.5. Causas de pérdida de beca**

Los motivos por los cuales el estudiante puede perder la beca son: el perder una o varias materias del semestre que está cursando; el estudiante no alcance el promedio académico mínimo establecido dependiendo del tipo de beca que este siendo beneficiario; cuando el estudiante no se matricule con 20 horas clase mínimo por nivel de la carrera a cursar (no plica cuando la carrera tenga menos de 20 horas); y por último, recibir alguna sanción por infringir normativa de las leyes de educación superior y el reglamento general de estudiantes regido dentro de la institución (Reglamento Becas, 2016).

## 2.7. Psicología del Becario

La literatura de manera general no evidencia información específica acerca de un perfil del estudiante que posee y mantiene una beca, sin embargo, estudios como el de Vargas, Aburto, Cortés, Álvarez y Ramírez (2010), realizados a un grupo de estudiantes de medicina pertenecientes al programa de alta exigencia académica, donde los mismos deben cumplir varias demandas dentro y fuera del horario universitario. En este estudio se concluyó que los alumnos dentro de este programa a diferencia de quienes no lo están se caracterizan por “presentar una gran energía y consolidar sus metas, ser sociables pero con poco compromiso con los demás, cuestionar el status quo y ser creativos; no obstante, se observó una tendencia a manipular a los demás para conseguir sus fines” (p. 395). Además, mostraron impulsividad en la mayoría de sus conductas y mayor control de la ansiedad; no obstante, no existieron diferencias significativas de personalidad entre los dos grupos.

Dentro del área intelectual el perfil de los estudiantes dentro de este programa presentan adecuados procesos de razonamiento, abstracción, dominio de dos o más lenguas, motivación hacia la investigación y práctica clínica. Sociodemográficamente los estudiantes eran provenientes de un hogar nuclear, tener un historial de reconocimientos académicos a lo largo de su vida académica y mayor participación en investigación.

En el caso del perfil de hábitos de estudio y de estrategias de aprendizaje en estudiantes de bachillerato, se encontró que quienes tienen un mayor rendimiento

académico tenían características como mayor nivel de motivación, mejor elaboración de la información, son mpas creativos, pensadores críticos, manejan de mejor manera su tiempo y autorregulación para preparación de tareas o exámenes, entre otros (Burgos, Canto, & González, 1999; Muñoz, Beltrán, & López , 2009).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Metodología de Investigación

La investigación tiene un alcance descriptivo ya que tiene el objetivo de caracterizar y describir un fenómeno, además busca identificar rasgos diferenciadores y peculiares que permitan profundizar la comprensión y explicación del mismo. El alcance descriptivo manifiesta Hernández y Baptista (2014), es aquel que busca “especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis... medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos a las que se refieren” (p. 92). A partir de ello, se pretende estudiar ejemplares de un mismo grupo que se diferencian en ciertos aspectos; la meta es determinar por qué los casos son diferentes y entender la estructura subyacente que genera tal variación.

Adicionalmente, el presente trabajo es de tipo comparado debido a que se compara una población con otra, en este caso, la población de becados con la de no becados, con el objetivo de establecer las diferencias sintomatológicas clínicas y subclínicas en los dos grupos (Martin, 2008). De esta manera, se establecen características de cada grupo tanto en similitudes como en diferencias.

El tipo de diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. Es no experimental debido a que el investigador no manipulará intencionalmente las variables a estudiar, sino que las investigará en su medio natural sin ejercer interferencia en el curso normal de las mismas (Hernández & Baptista, 2014). Por lo que no se genera ninguna situación sino se basa en las ya existentes, a raíz de ellos el mismo autor comenta “las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos” (Hernández & Baptista, 2014, p. 152).

### **3.1.1. Métodos aplicados**

El método usado es el método científico, mismo que refiere a un análisis psicométrico estadístico de los datos cuantificables, donde se siguen pasos organizados y sistematizados, basándose en evidencia empírica acerca del estudio, con el fin de generar nuevo conocimiento (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2007). Otro método usado es el análisis, síntesis y deducción, ya que se realizó una descomposición de las diferentes temáticas y se incorporó la información de forma sistemática relacionándola con las variables investigadas. La investigación no se restringe a la recolección de datos sino a la descripción e identificación de las relaciones que existen entre las variables, en este caso de la sintomatología clínica y subclínica en estudiantes becados, junto con el grupo de no becados.

### **3.1.2. Técnicas e instrumentos**

#### **3.1.2.1. Técnicas**

El presente proyecto empleó técnicas de investigación como la observación científica, mediante la cual se ha logrado determinar ciertos rasgos y características relacionados con la sintomatología clínica y subclínica, además de la identificación del grupo de estudiantes a investigar y de esa manera conocer las conductas de los mismos.

Se manejó la entrevista clínica, basada en un primer acercamiento con la persona, utilizando un tipo de entrevista semi – estructurada para recabar información necesaria para el proceso investigativo y sobretodo crear un entorno de rapport y confianza para que obtener datos más cercanos a la realidad. Este proceso estuvo apoyado además de instrumentos psicométricos que utilizan mediciones numéricas y valores concretos asignados a cada enunciado con respecto a la problemática investigada.

Se hizo uso también de una ficha de registro de los estudiantes que poseen beca académica, tomada de la base de datos institucional, segmentado por tipo de beca (excelencia académica, etnia, cultura y deporte), a través de la cual se realizó un control y verificación de los datos.

### 3.1.2.2. Instrumentos

*Ficha sociodemográfica:* a través de la misma se recolectó información como datos personales, conformación familiar, situación económica, estado de salud y actividades extracurriculares de los estudiantes becados y no becados de la PUCESA.

*Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988. Cuestionario de los 90 síntomas revisado:* Es un instrumento de auto informe fue creado por Leonard Derogatis y asociados en 1977, con el objetivo de explorar síntomas psicológicos del individuo y ser utilizado para lograr un diagnóstico clínico. Está compuesta de 90 ítems, agrupados en nueve dimensiones clínicas primarias: Somatización, Obsesiones-Compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, y dispone de tres índices globales: Índice de Severidad o Gravedad Global, Total de Síntomas Positivos e Índice de Malestar Positivo. Para responder el instrumento se basa en una escala de Lickert, a cual ofrece cinco opciones asignadas a un valor numérico "Nada" (0), "Muy poco" (1), "Poco" (2), "Bastante" (3) y "Mucho" (4) Gempp, & Avendaño (2008).

Con respecto al Índice de Severidad o Gravedad Global, es un indicador del nivel de severidad del malestar general actual percibido, lo cual se realiza al sumar los síntomas con el grado severidad respondida en el cuestionario. Dentro del Total de Síntomas Positivos, se obtiene al sumar todos los ítems marcados con un valor mayor

a 0. Por último el Índice de Malestar Positivo, permite detectar inconsistencias como la tendencia a minimizar o exagerar el estado de malestar (Oscar & Ledesma, 2009).

#### **3.1.2.2.1. Propiedades psicométricas del SCL-90-R**

En cuanto a la fiabilidad del instrumento, se considera en todas sus versiones dentro de una escala aceptable, presentando una consistencia interna de entre 0,69 y 0,97 (Derogatis, 1976,1992; Horowitz, 1988; Robles, 2002; Schmitz, 2000).

Caparrós, Villar, Jaume y Viñas en 2007, mencionan que el “análisis de la estructura factorial y la fuerte interdependencia entre las escalas primarias cuestionan la multidimensionalidad del SCL-90-R y refuerzan la idea de que el instrumento proporciona una medida de estrés general” (p. 790), es decir, permite identificar diferentes indicadores sobre el malestar psicológico de manera unidimensional más que dimensiones psicopatológicas en sí.

#### **3.1.3. Población y muestra**

La población a estudiar comprende un número de 70 estudiantes correspondientes a estudiantes beneficiarios de becas académicas de las categorías Excelencia Académica (19 estudiantes), cultura y deportes (41 estudiantes) y Etnias (10 estudiantes) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato; al

tratarse de una población proporcionalmente pequeña no existe la necesidad de obtener una muestra significativa, sino que se trabajó con la población total.

Con respecto al grupo de comparación (estudiantes no becados) se seleccionó un número proporcional al grupo de becados (70), distribuidos en las distintas escuelas de la institución. El tipo de muestreo para este grupo fue el no probabilístico, ya que está más orientado por las características de la investigación, que al proceso estadístico, ya que la característica fundamental que debe tener este grupo es el de no ser beneficiario de becas (Hernández & Baptista, 2014).

#### **3.1.4. Procedimiento metodológico**

Para la realización de la presente investigación se inició con la elaboración del plan de proyecto de investigación, mismo que fue sometido a aprobación por parte del consejo de la escuela de Psicología. Una vez aprobado, se inició la búsqueda bibliográfica para elaborar el marco teórico, como punto ulterior, se prepararon los materiales e instrumentos y se identificó la población que consistía en estudiantes beneficiarios de becas académicas por excelencia académica, beca por deporte y cultura y beca por etnia.

A partir de ello realizaron las evaluaciones a la población como al grupo para comparación, a través del reactivo SCL 90-R, con el objetivo de detectar las sintomatología clínica y subclínica en ambos grupos, así como la aplicación de una

ficha sociodemográfica, que permita obtener información social de los estudiantes, cada grupo estuvo distribuido en cada una de las escuelas de la universidad por lo que para su evaluación se pidió la respectiva autorización a cada director de Escuela para la realización de la misma, asistiendo a cada curso donde el estudiante se encontraba. Como paso siguiente, se ejecutó la depuración de la información mediante la tabulación de datos estadístico. Para el análisis de los datos se usó el programa SPSSv.20. Estableciendo a partir de los resultados conclusiones y recomendaciones necesarias.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de la muestra y características sociodemográficas

Las unidades de la población estuvieron constituidas por 70 estudiantes de la PUCESA, durante el período académico Marzo - Julio 2016. La población estuvo compuesta por todos los estudiantes que eran beneficiarios de becas por excelencia académica, etnia y; deporte y cultura- Así mismo, se estudió a un grupo de estudiantes ( $n= 54$ ), seleccionados de entre la población general, en base a la variable de no poseer beca, para propósitos de comparación con la población de interés.

Dentro de las variables sociodemográficas tomadas en cuenta para el estudio fueron: edad, sexo, nivel académico, escuela a la que pertenece, tipo de hogar en el que vive, situación socioeconómica, estado civil; las mismas que se encontraron pertinentes para fines de éste estudio. Las variables sexo, estado civil, nivel académico, escuela, situación socioeconómica y tipo de hogar en el que vive, se muestran a través de la frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje (%) de individuos en cada una de las categorías; por su parte, la variable edad está representada a través de la media ( $M$ ) y la desviación estándar ( $Ds$ ) (Ver tabla 4.1.)

**Tabla 4. 1:**  
**Distribución de los grupos en función de variables individuales**

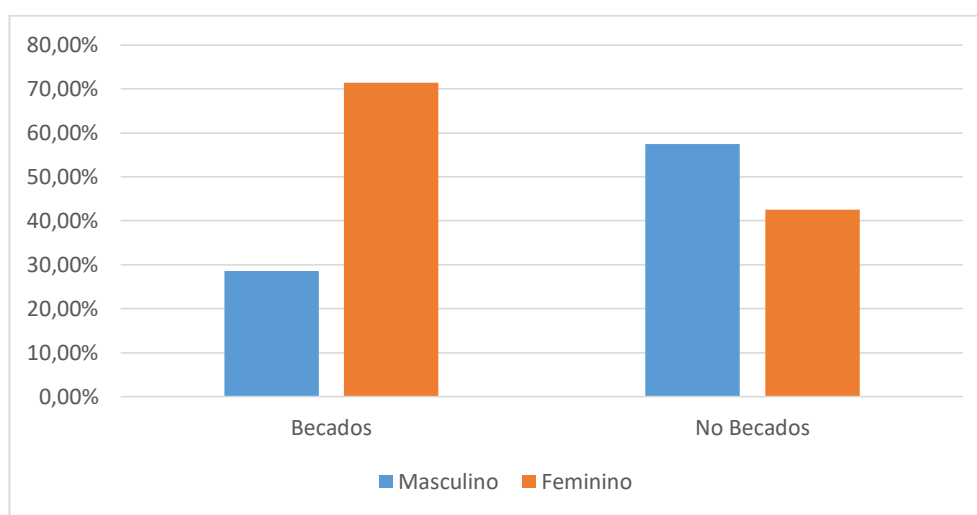
Variables	Becados: n=70		No Becados: n=54		Contraste $\chi^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	20	28,6%	31	57,4%	10,469***
Femenino	50	71,4%	23	42,6%	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	69	98,6%	51	94,4%	1,663
Casado	1	1,4%	3	5,6%	
<b>Situación socioeconómica</b>					
Alto	0	0%	3	5,6%	5,929
Medio Alto	27	38,6%	20	37,0%	
Medio Típico	31	44,3%	23	42,6%	
Medio Bajo	7	10,0%	7	13,0%	
Bajo	5	7,1%	1	1,9%	
<b>Tipo de familia</b>					
Nuclear	46	65,7%	35	64,8%	4,428
Monoparental	19	27,1%	13	24,1%	
Ensamblada	2	2,9%	2	3,7%	
Hogar propio	1	1,4%	4	7,4%	
Otros	2	2,9%	0	0%	
	<b>M</b>	<b>Ds</b>	<b>M</b>	<b>Ds</b>	<b>t</b>
Edad	20,91	2,218	21,20	2,235	12,967

**Nota:** 124 observaciones

Los participantes de la presente investigación, que constan en el grupo de Becados, en referencia a la edad, mostraron la existencia de una media de  $M_{becados} = 20,91$  años, con una desviación de  $Ds = 2,23$ , a nivel general, el grupo de estudio está constituido por jóvenes adultos con una edad normativa para encontrarse en una educación superior. Lo mismo sucede con el grupo para comparación, es decir los estudiantes no becados muestran una media de  $M_{no\ becados} = 21,20$ , con una desviación estándar de  $Ds = 2,23$ , mismo que muestra similitud en esta variable con los grupos a estudiar (ver tabla 4.1).

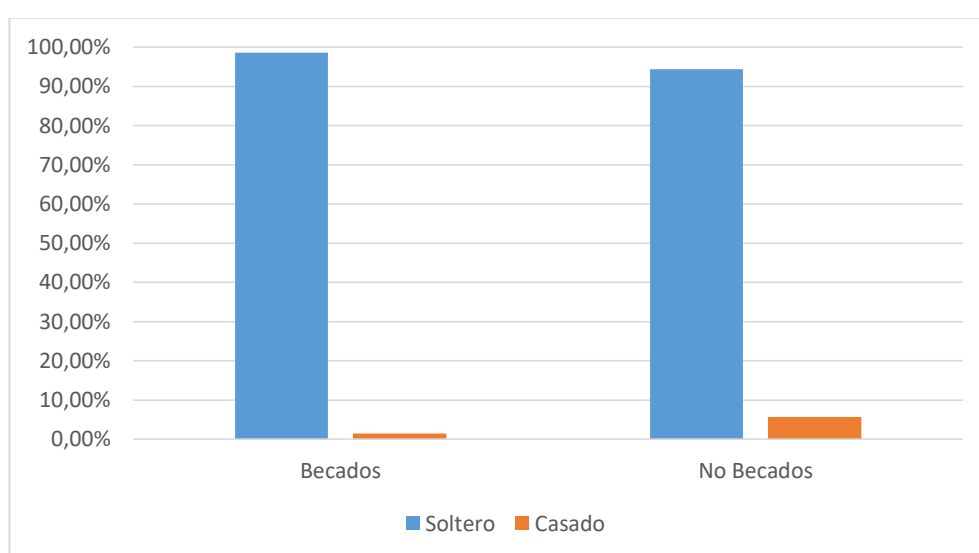
En cuanto al sexo de la población de becados, se evidencia un predominio del género femenino con un 71,4%, comparado con el género masculino con un 28,6% (ver

gráfico 4.1.). A nivel general, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de becados y no becados, debido que al tomar el grupo de comparación la única variable que se le dio importancia era de ser no becados, más no el género, edad, etc. En estudios como los de Misra, Crist y Burant (2003), se establece que las mujeres presentan un mayor manejo en la administración y organización de tiempo en tareas académicas que los hombres. Mismas características permiten que las primeras tengan un mejor índice académico que el sexo opuesto. A nivel general, ya se han realizado estudios con el objetivo de marcar las diferencias en referencia del género en cuanto a la inteligencia, sin embargo, la evidencia ha concluido que se trata de mayor dominio de ciertas habilidades que otras; las mujeres tienen mejores puntuaciones en habilidades verbales y sociales a diferencia de los hombres con mayores habilidades viso-espaciales y matemáticas (Colom & García López 2002; Weiss, Kemmler, Deisenhammer, Fleischhacker, & Delazer, 2003). Lo cual podría evidenciarse además en que la mayor parte de las becas son mujeres y pertenecen a escuelas de ciencias sociales y humanas.



**Gráfico 4. 1:** Distribución de la población según el sexo

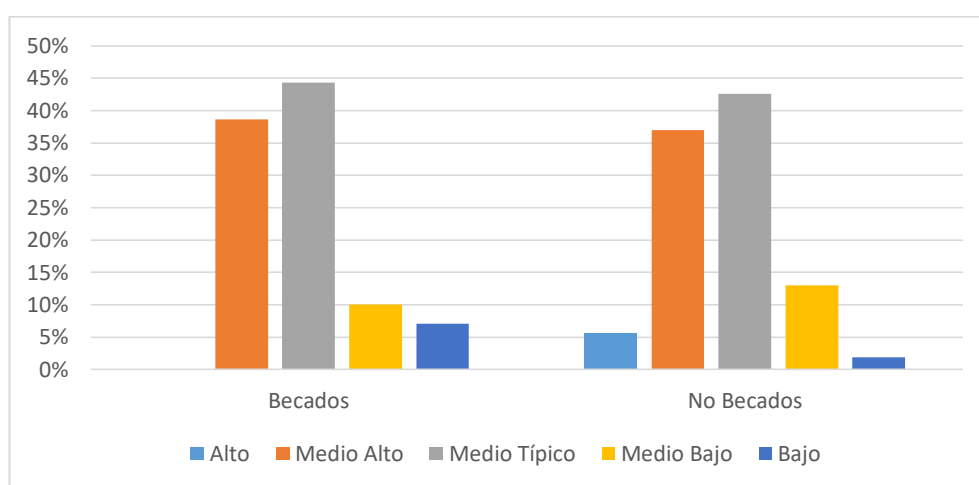
Con respecto al estado civil, existe un predominio casi total de la población que se encuentra soltera con 98,6% y solo el 1,4% se encuentra casado, según Papalia, Duskin Feldman y Martorell (2012) en la adultez temprana, los jóvenes adultos estarían postergando el matrimonio, especialmente si se encuentran cursando estudios superiores y posteriores maestrías; mismos que prefieren tener estabilidad económica antes de casarse (ver gráfico 4.2.).



**Gráfico 4. 2:** Distribución de la población según estado civil.

En cuanto a la situación socioeconómica de los estudiantes becados, el nivel alto ocupa 0%, mientras que el nivel medio alto un 38,6%, el medio bajo 10%, el nivel bajo 7,1%, en cuanto al medio típico, el cual conforma un mayor porcentaje tiene un 44,3% (ver gráfico 4.3). Lo cual determina que en la población de becados, a nivel general, se sitúan socioeconómicamente en un nivel medio típico, mismo que les permitiría tener un tipo de vida con comodidades moderadas, con la oportunidad de acceder a ayudas económicas, para poder afrontar la continuación de estudios superiores en una institución privada.

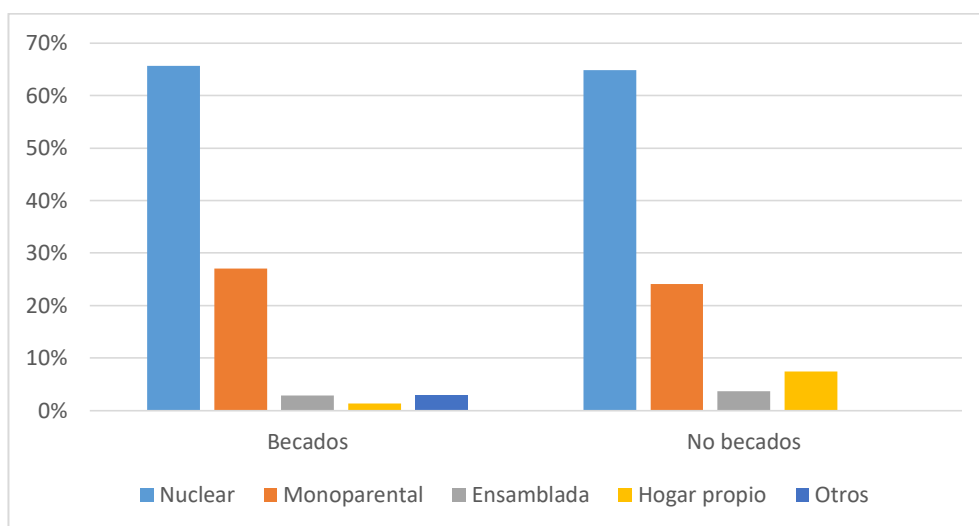
Esto concuerda con Cohen (2002) citado en Garbanzo (2007) en el cual se menciona que el alto rendimiento académico está asociado con un nivel económico cómodo. Sin embargo, estudios como Ramirez , Devia y León (2011), en el cual se evidencia que grupos de estudiantes de un nivel socioeconómico bajo, logran tener un rendimiento académico alto, debido a factores internos psicológicos y externos. En cuanto a los estudiantes no becados, encontramos proporciones similares en cuanto a la situación media alta, media típica y media baja con 37%, 42,6% y 13% respectivamente, en cuanto la situación alta existe un 5,6%, y la situación baja un 1,9% (ver gráfico 4.3.).



**Gráfico 4. 3:** Distribución de la población según su situación socioeconómica

Respecto al tipo de familia al que pertenece el grupo a investigar, se obtuvo que el 65,7% proviene de una familia nuclear, es decir formada por ambos padres e hijos, mientras que en menor proporción, los estudiantes provenientes de familias monoparentales, un 27,1%; en cuanto a familias ensambladas, quienes se conforman por uno o ambos padres con hijos de otros compromisos, constituyó el 2,9%; en menor proporción estudiantes que tiene su propio hogar, es decir con su

esposo/esposa constituyó el 1,4% (ver gráfico 4.4.). Para Garbanzo (2007), el tipo y dinámica familiar juega un papel importante en el rendimiento académico, considerando que un ambiente familiar estable está relacionado positivamente con un alto rendimiento. Respecto al grupo de no becados sucede el mismo fenómeno, en cuanto al tipo de familia nuclear, monoparental y ensamblada con un 64,8%, 24,1% y 3,7% respectivamente, en cuanto al hogar propio un 7,4% (ver gráfico 4.4.).



**Gráfico 4. 4:** Distribución de la población según el tipo de hogar

Respecto a la información académica, acerca de la Escuela a la que pertenecen y nivel que cursa (semestre), la tabla presenta la frecuencia (f), porcentaje (%) y el contraste a través del chi cuadrado  $X^2$  de cada uno de los 124 participantes entre estudiantes becados y no becados (Ver tabla 4.2).

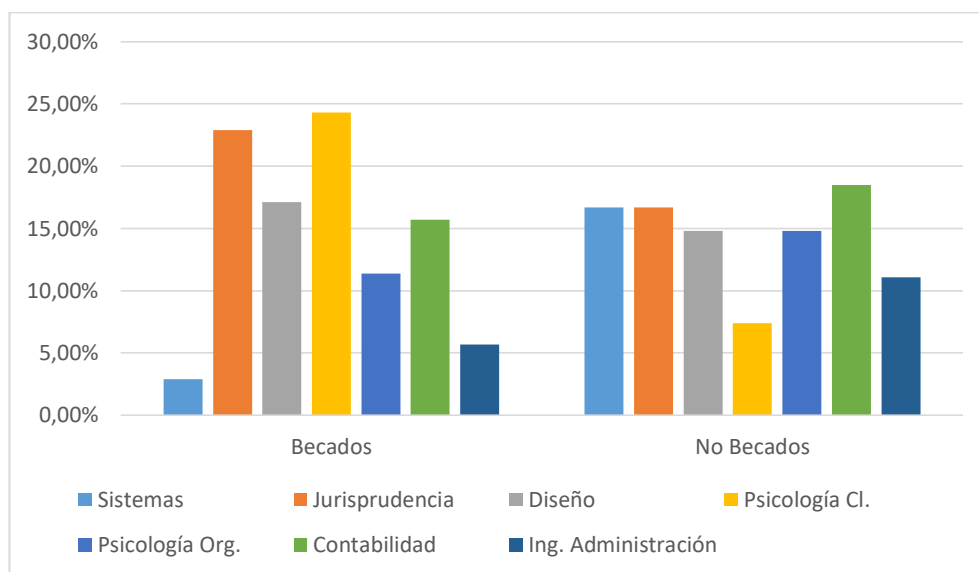
**Tabla 4. 2:**  
**Distribución de los grupos en función de variables académicas**

Variables	Becados: n=70		No Becados: n=54		Contraste $X^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Escuela</b>					
Sistemas	2	2,9%	9	16,7%	13,876 *
Jurisprudencia	16	22,9%	9	16,7%	
Diseño	12	17,1%	8	14,8%	
Psicología Cl.	17	24,3%	4	7,4%	
Psicología Org.	8	11,4%	8	14,8%	
Contabilidad	11	15,7%	10	18,5%	
Ing. Administración	4	5,7%	6	11,1%	
<b>Nivel (semestre)</b>					
Primero	8	11,4%	10	18,5%	25,413 **
Segundo	5	7,1%	0	0%	
Tercero	7	10,0%	6	11,1%	
Cuarto	11	15,7%	9	16,7%	
Quinto	7	10,0%	0	0%	
Sexto	8	11,4%	0	0%	
Séptimo	2	2,9%	9	16,7%	
Octavo	10	14,3%	9	16,7%	
Noveno	2	2,9%	0	0%	
Décimo	10	14,3%	11	20,4%	

**Nota:** 124 observaciones

En cuanto a la distribución de la población de becados, basados en la escuela a la cual pertenecen, la escuela de Sistemas posee un 2,9% de la población, Jurisprudencia un 22,9%, Diseño 17,1% Psicología Clínica 24,3%, Psicología Organizacional 11,4%, Contabilidad y Auditoría 15,7% e Ingeniería en Administración de Empresas un 5,7%, (ver tabla 4.2), lo cual evidencia que proporcionalmente existe una mayor cantidad de estudiantes becados en la carrera de Psicología especialmente en Psicología Clínica. Existen diferencias significativas en cuanto a las poblaciones comparadas, igualmente, a causa de obtención de la

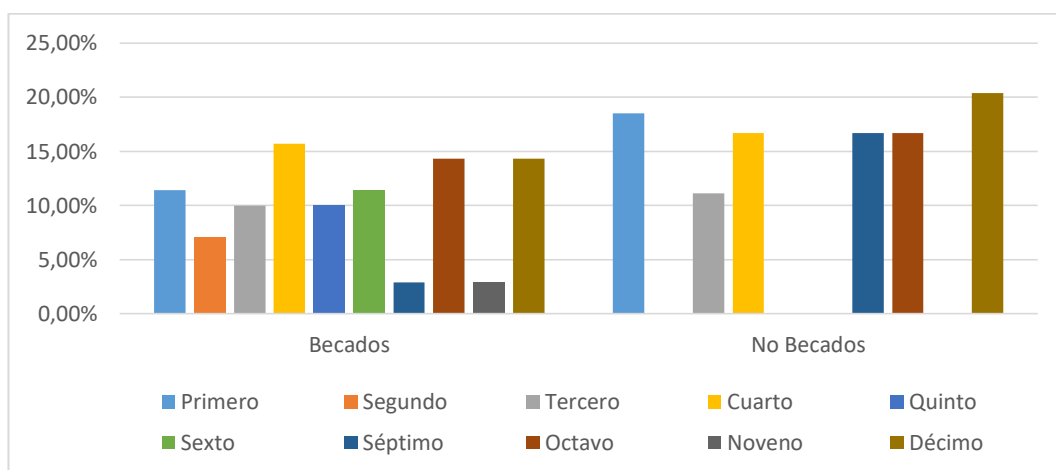
muestra, en base a un solo criterio de inclusión (ser no becados). Por lo que la distribución es más variada (ver gráfico 4.5).



**Gráfico 4. 5:** Distribución de la población según la carrera que cursan

Con respecto a la distribución de los estudiantes becados de acuerdo a los diferentes niveles que cursan, el mayor número se concentra en los que atraviesan el cuarto semestre, lo que corresponde el 15,7%, le sigue octavo y décimo semestre con el 14,3%, primero y sexto semestre con el 11,4%, tercero y quinto semestre con un 10%. El resto de niveles: séptimo y noveno se encuentran por debajo del 5% (ver gráfico 4.6). Se observa entonces, una mayor distribución de becados en niveles superiores, debido a que a mayor edad, los estudiantes adquieren mayor control y organización del tiempo y adaptación al ambiente universitario; así mismo a medida que el estudiante avanza en su formación, el rendimiento académico también aumenta (Feldman , Goncalves, Chacón , Zaragoza , & Bagés, 2008).

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas realizadas a través de la prueba del Ji cuadrado, debido a la distribución de la población en los diferentes niveles, una vez más, este fenómeno se da por el tipo de muestra no probabilística efectuada. De esta manera el grupo de estudiantes no becados estará distribuida de la siguiente manera primero 18,5%, Tercero 11,1%, Cuarto, Séptimo y Octavo 16,7%, y décimo 20,4%.



**Gráfico 4. 6:** Distribución de la población según el semestre que cursan

Otras de las variables consideradas importantes para la investigación son el de estado de salud, el consumo o haber consumido alguna vez sustancias como alcohol, cocaína y marihuana, mismas que presentan su análisis a través de frecuencias ( $f$ ), representación porcentual (%) y el contraste a través del chi cuadrado  $X^2$  (Ver tabla 4.3).

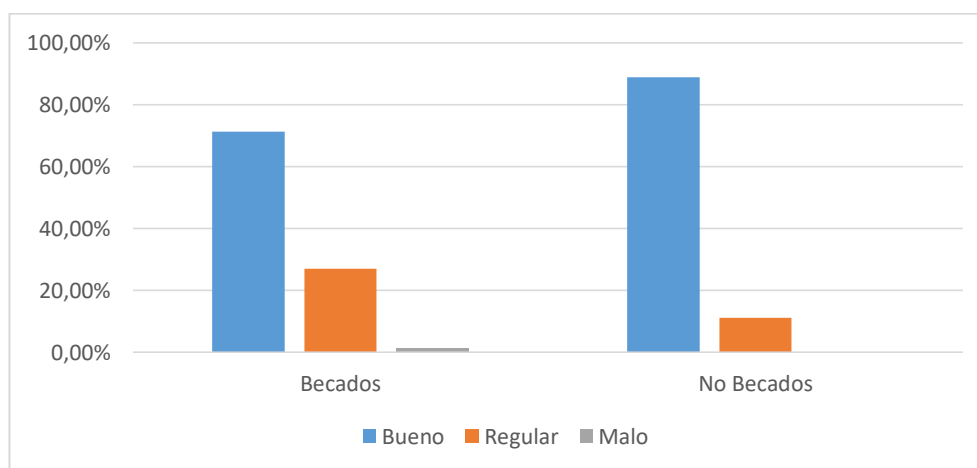
Tabla 4. 3:

## Distribución de los grupos en función de variables de antecedentes de consumo

Variables	Becados: n=70		No Becados: n=54		Contraste $\chi^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Estado de salud</b>					
Bueno	50	71,4%	48	88,9%	5,833
Regular	19	27,1%	6	11,1%	
Malo	1	1,4%	0	0%	
<b>Consumo de alcohol</b>					
Si	51	72,9%	41	75,9%	0,150
No	19	27,1%	13	24,1%	
<b>Consumo de Cocaína</b>					
Si	0	0%	2	3,7%	2,635
No	70	100%	52	96,3%	
<b>Consumo de marihuana</b>					
Si	6	8,6%	8	14,8%	1,186
No	64	91,4%	46	85,2%	

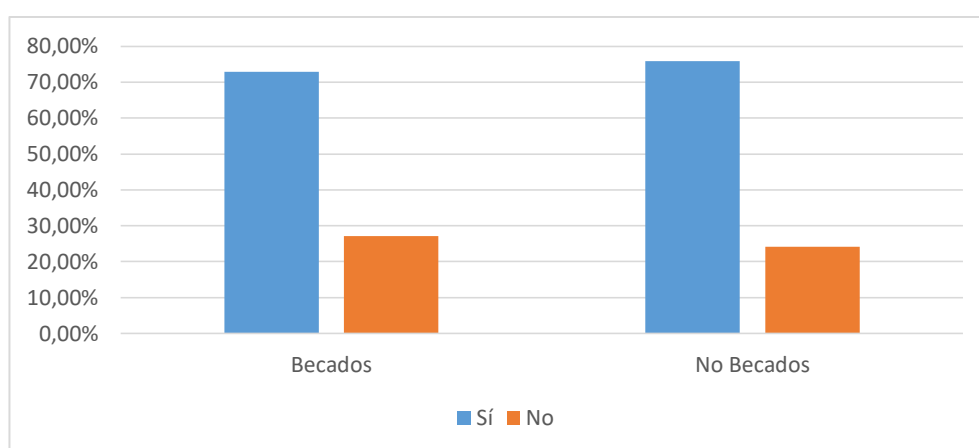
**Nota:** 124 observaciones

Al respecto de la percepción del estado de salud en estudiantes becados como se observa en la tabla 4.3; un 71,4% respondió tener un buen estado de salud, con respecto al estado regular un 27,1% y respecto a un estado malo un 1,4%, lo cual indica que la mayoría de los estudiantes becados se percibe a si mismo sano. En cuanto a lo estudiante no becados 89,9% percibe su estado de salud como bueno y 11,1% como regular (ver gráfico 4.7).



**Gráfico 4. 7:** Distribución de la población según estado de salud

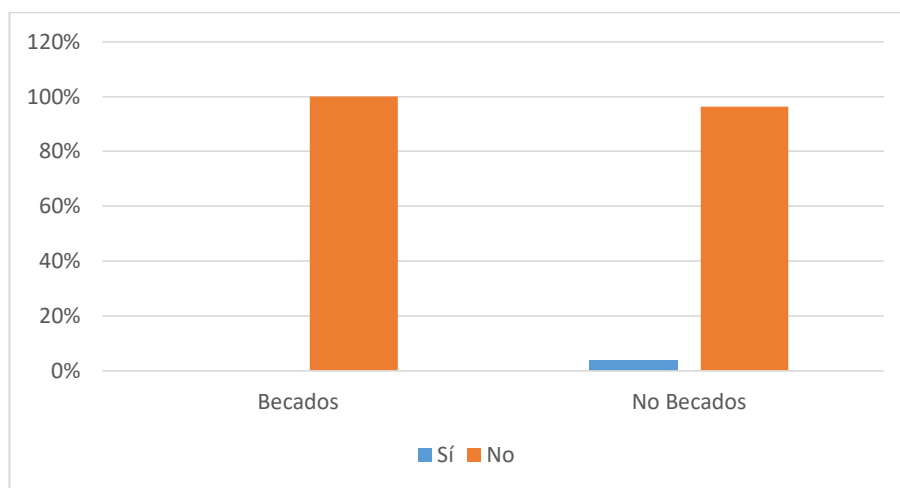
En cuanto al consumo de alcohol, ambos grupos presentan porcentajes brutos similares, los estudiantes becados que si han consumido esta sustancia puntúa el 72,9% y quienes no lo han hecho 27,1%; los estudiantes no becados que si lo han consumido son el 75,9% y quienes no el 24,1% (ver gráfico 4.8). En referencia al estudio de Velasquez y Mejía (2010), se destacó que el alcohol posee el 72% de riesgo de producir un bajo rendimiento escolar, por lo cual existía una relación inversamente proporcional con respecto al consumo de alcohol así como el de otras sustancias y el rendimiento.



**Gráfico 4. 8:** Distribución de la población según consumo de alcohol

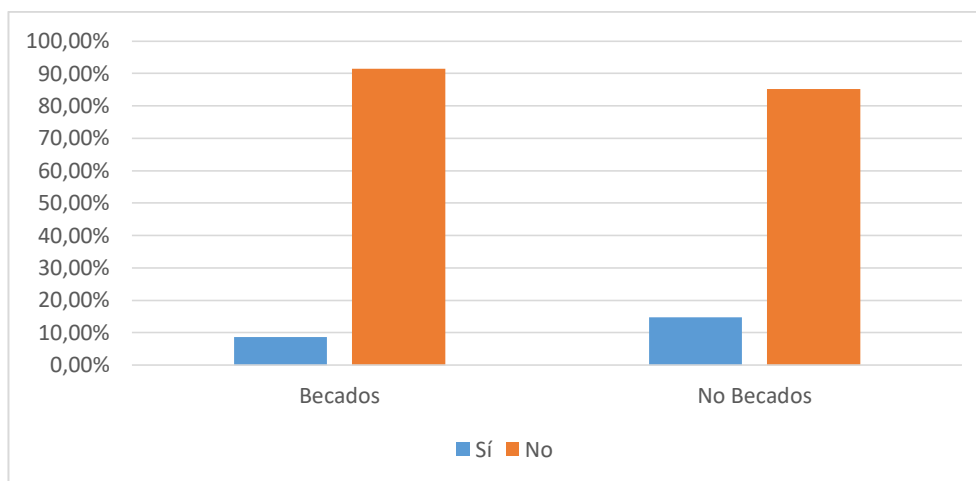
Dentro del consumo de cocaína los estudiantes becados muestran un 100% en el no consumo de esta sustancia, mientras que en el grupo de no becados un 3,7% lo ha consumido y un 96,3% no lo ha hecho. Al respecto de éste, se han demostrado ya los efectos en los procesos cognitivos generados por la cocaína (memoria, atención, funciones ejecutivas) que son fundamentales en el proceso de aprendizaje y por ende en un alto rendimiento académico (Lorea , Fernández, Tirapu, Landa & López-Goñi, 2010). A pesar de que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre

los dos grupos, existe significancia clínica, que se trata de casos particulares en los cuales la conducta de riesgo recae en el grupo de no becados (ver gráfico 4.7).



**Gráfico 4. 9:** Distribución de la población según consumo de cocaína

En el consumo de marihuana, los estudiantes becados que lo han consumido alguna vez puntúan con un 8,6% y quienes no lo han consumido un 91,4%, respecto a los estudiantes no becados un 14,8% lo ha consumido y un 85,2% no lo ha hecho (ver gráfico 4.10). A nivel general, en ninguno de estos aspectos han existido diferencias significativamente significativas evaluadas a través de la prueba de Ji cuadrado (ver tabla 4.3). Un estudio acerca del consumo de sustancias y su relación con el rendimiento académico revela que quienes consumen marihuana tiene 3 veces más posibilidades de tener bajo rendimiento, ya que los efectos secundarios de la misma, exigiría falta de concentración, motivación ante las exigencias cotidianas (Velasquez & Mejía, 2010; Botvin, Griffin, Díaz, Scheier, Williams & Epstein, 2000). Lo cual podría establecer por qué estudiantes con beca no mantienen un consumo frecuente de la misma.



**Gráfico 4. 10:** Distribución de la población según consumo de marihuana

Para efectos de control de la información, se ha investigado acerca de las actividades extracurriculares que los estudiantes becados y no becados realizan, además de si trabajan a más de estudiar, todo ello mediante de frecuencias ( $f$ ), representación porcentual (%) (Ver tabla 4.4).

**Tabla 4.4**

**Distribución de los grupos en función de variables de actividades extracadémicas**

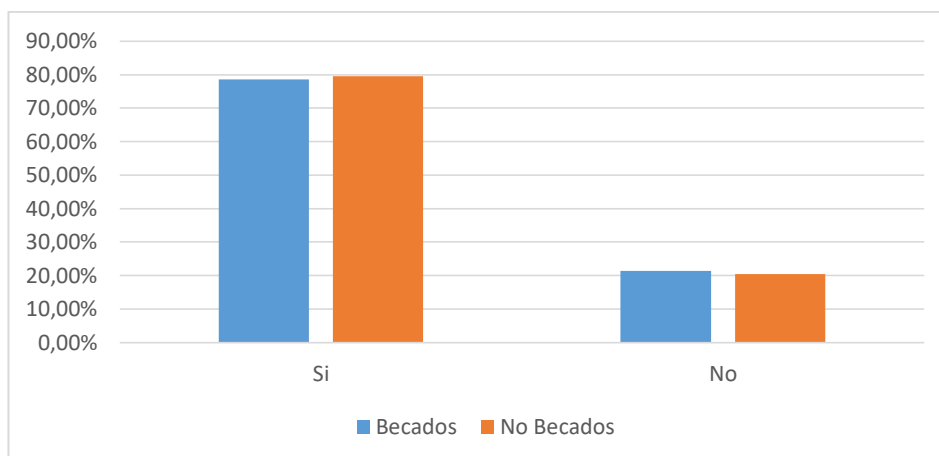
Variables	Becados: n=70		No Becados: n=54	
	Frec.	%	Frec.	%
<b>Actividades extracurriculares</b>				
Si	55	78,6%	43	79,6%
No	15	21,4%	11	20,4%
<b>Trabajo</b>				
Si	19	27,1%	18	33,3%
No	51	72,9%	36	66,7%

**Nota:** 124 observaciones

Los estudiantes becados en cuanto a la realización de actividades extracurriculares puntúan un 78,6%, dentro de este porcentaje un 27,1% se encuentra trabajando mientras estudia, ya sea durante la semana o los fines de semana. Los estudiantes no

becados por su parte puntúan un 79,6% en actividades extracurriculares y de éste un 33,3% trabajan (ver gráfico 4.11). A pesar de que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 4.4), las actividades extracurriculares tanto académicas, culturales, deportivas o de ocio, han resultado factores que contribuyen a la obtención de buenos resultados de rendimiento académico, dependiendo esencialmente de la frecuencia que se les dedican a dichas actividades (Ruiz, Herruzo, Pino, Alós, Alcalá & Moriana, 2006).

Respecto al trabajo en universitarios, la literatura no ha determinado consensuar predictores de relación entre trabajo y rendimiento escolar, Stinebrickner, R. y Stinebrickner, T. (2003), mencionan la existencia de una relación positiva entre horas de trabajo y rendimiento en cuanto a bajo número de horas pero un efecto negativo en el rendimiento con varias horas. Por otro lado, para Wang, Kong, Shan, y Vong (2010), el trabajo no tendría ningún efecto sobre el rendimiento académico en los estudiantes evaluados, mientras que Carrillo y Ríos (2013) mencionan que existe un efecto negativo en el rendimiento de los estudiantes que trabajan y la percepción de éstos es de no tener suficiente tiempo y más carga que les dificulta un buen desempeño académico.



**Gráfico 4. 11:** Distribución de la población según actividades extracurriculares

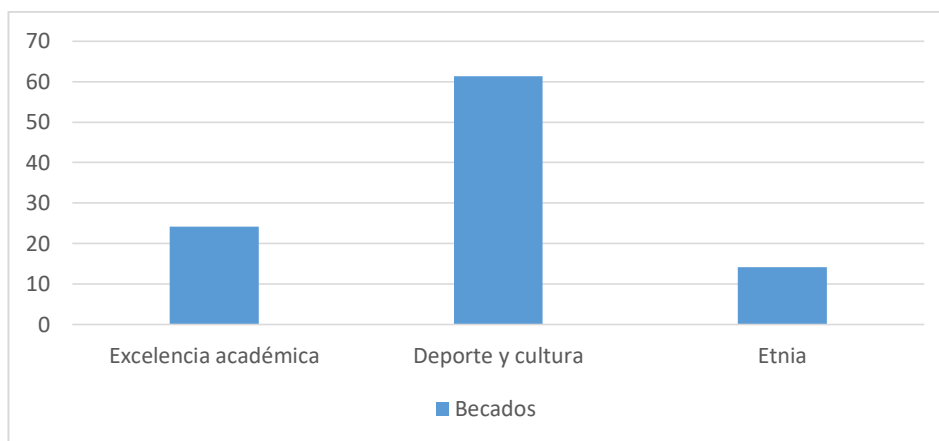
Para complementar los datos de los estudiantes becados, se presenta una tabla sobre el tipo de beca de dicho grupo a través de frecuencias (f), representación porcentual (%) (Ver tabla 4.5).

**Tabla 4. 5:**  
**Distribución de los grupos en función del tipo de beca**

Variables	Becados: n=70	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
<b><i>Tipo de Beca</i></b>		
Excelencia Académica	17	24,2%
Deporte y cultura	43	61,4%
Etnia	10	14,2%

**Nota:** 70 observaciones

La distribución de la población de becados, según el tipo de becas consta de un 24,2% a la beca por excelencia académica, la beca por deporte y cultura un 61,4% y la cultura de etnia con un 14,2% (ver tabla 4.5 y gráfico 4.12).



**Gráfico 4. 12:** Distribución de la población según tipo de beca

## 4.2. Fiabilidad del instrumento

Con el objetivo de comprobar el grado confiabilidad y consistencia interna del instrumento SCL 90-R en los participantes evaluados y conocer si la escala logró medir el constructo que pretendía medir en cuanto a los síntomas psicopatológicos. Para éste fin se hizo uso del coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), usado a nivel general del instrumento y en sus nueve dimensiones o sub factores que componen el instrumento de evaluación.

**Tabla 4. 6:**  
**Validez del instrumento a través del coeficiente Alfa De Cronbach**

<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Alfa Estadístico</i>
Somatización	12 ítems	0,893
Obsesión-compulsión	10 ítems	0,826
Sensitividad	9 ítems	0,842
Depresión	13 ítems	0,846
Ansiedad	10 ítems	0,851
Hostilidad	6 ítems	0,887
Ansiedad fóbica	6 ítems	0,776
Ideación Paranoide	6 ítems	0,780
Psicoticismo	10 ítems	0,789
<b>Total</b>	<b>90 ítems</b>	<b>0.974</b>

**Nota:** 124 observaciones

Para conocer si existe o no validez dentro de un instrumento en base al coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), éste indica que mientras el coeficiente se más cercano a uno existe mayor fiabilidad. En el factor somatización se obtuvo un resultado de  $\alpha = 0,89$ ; en el factor obsesión-compulsión  $\alpha = 0,82$ ; en sensibilidad  $\alpha = 0,84$ ; en depresión  $\alpha = 0,84$ ; ansiedad  $\alpha = 0,85$ ; hostilidad  $\alpha = 0,88$ ; ansiedad fóbica  $\alpha = 0,77$ ; ideación paranoide  $\alpha = 0,78$  y psicoticismo  $\alpha = 0,78$ . Por consiguiente, todos los factores evidencian un buen nivel de consistencia y fiabilidad, de igual manera esto nos permite establecer la existencia de una elevada validez interna. Así mismo, el índice de fiabilidad del test a nivel general (con todos sus factores en conjunto) da un total de  $\alpha = 0,97$ , lo cual muestra al cuestionario con una alta fiabilidad y consistencia interna y externa (ver tabla 4.6).

### **4.3. Análisis descriptivo de la sintomatología en estudiantes becados y no becados a través del test SCL – 90 – R**

#### **4.3.1. Sintomatología estudiantes becados y no becados**

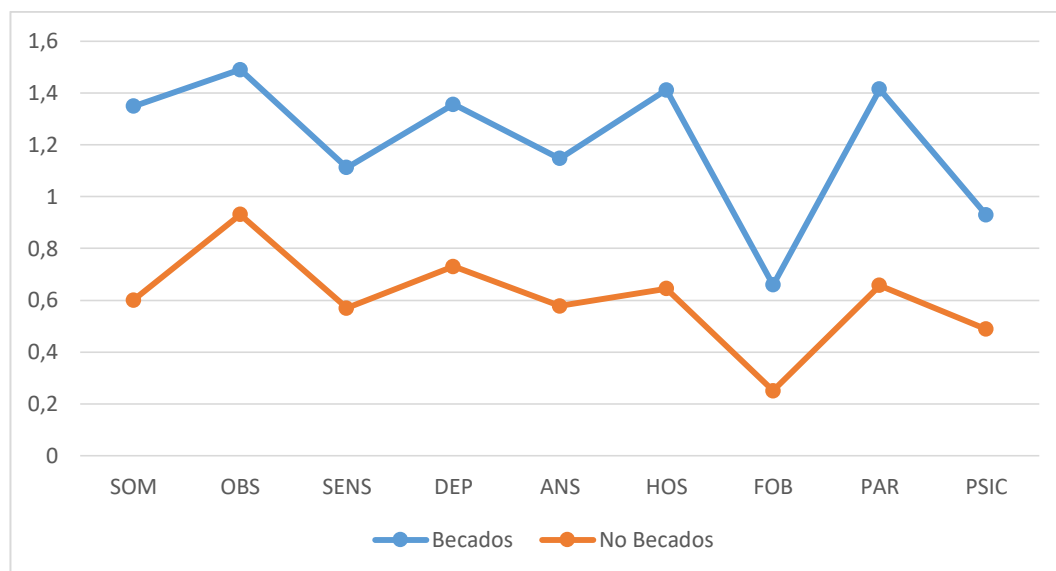
A partir de la agrupación de las muestras a comparar Becados  $n=70$  y no becados  $n=54$ , se presentan los resultados de carácter descriptivo obtenidos a través del SCL – 90 – R, en sus 9 dimensiones. Los análisis estadísticos que se presentan a continuación son la Media, la Desviación típica, el Error típico y a su vez se ha aplicado la prueba de  $t$  de student mediante la cual se pretende mostrar diferencias significativas en la comparación de ambos grupos en cuanto a los síntomas que presentan (ver tabla 4.7).

**Tabla 4. 7:**  
**Análisis de diferencias entre Becados y no Becados**

Variables	Becados: n=70			No Becados: n=54			T (122) p<0,001
	M	Ds	Err. Tp.	M	Ds.	Err. Tp.	
Somatización	1,348	0,764	0,091	0,600	0,418	0,057	6,486***
Obsesión- compulsión	1,490	0,768	0,092	0,932	0,4887	0,067	4,661***
Sensitividad	1,112	0,734	0,088	0,570	0,455	0,062	4,773***
Depresión	1,356	0,709	0,085	0,731	0,514	0,070	5,463***
Ansiedad	1,147	0,688	0,082	0,578	0,491	0,067	5,152***
Hostilidad	1,411	1,017	0,122	0,645	0,474	0,065	5,123***
Ansiedad fóbica	0,659	0,645	0,077	0,251	0,300	0,041	4,296***
Ideación Paranoide	1,414	0,830	0,099	0,657	0,483	0,066	5,964***
Psicoticismo	0,929	0,684	0,082	0,489	0,559	0,076	3,837***
Índice Global de Severidad	1,225	0,625	0,075	0,627	0,357	0,049	6,284***
Total Síntomas Positivos	56,871	18,251	2,181	36,833	16,472	2,242	6,322***
Índice Positivo de Severidad	1,847	0,486	0,058	1,468	0,329	0,045	4,929***

**Nota:** 124 observaciones

Respecto a los datos analizados, se evidencia de manera contundente la presencia significativa de sintomatología en los estudiantes becados a diferencia de los estudiantes no becados, de igual manera a través de la prueba *t* de student, se establece que existen diferencias estadísticamente significativas en cada una de las nueve dimensiones. A nivel general, los valores más altos dentro de la población de becados son las dimensiones de Obsesión y Compulsión con una media de  $M= 1,49$  y una desviación de  $Ds= 0,76$ , Ideación paranoide con  $M= 1,41$ , con una  $Ds= 0,83$ ; Hostilidad con una  $M= 1,41$  (ver tabla 4.7). En un estudio similar de Urquijo, Ané, Abraham (2013), realiza una comparación de medias de cada dimensión del reactivo SCL-90R, con dos muestras adicionales de España y Chile, dentro de éstas tres medias, se obtiene que la dimensión con mayor puntaje es de Obsesiones, depresión y sensibilidad interpersonal.



**Gráfico 4. 13:** Sintomatología en estudiantes becados y no becados

Como se observa en el gráfico 4.13 la distribución de síntomas es similar en ambos grupos, sin embargo la intensidad muestra diferencias significativas; se muestran en cada una de las dimensiones en los estudiantes becados, valores elevados significativos. En un estudio de Perales, Sogi y Morales (2003), realizado a estudiantes de medicina en Perú, a través de inventarios de depresión de Beck y el cuestionario de Salud Mental en Universitarios CSM-U, reportaban tener que cumplir altas exigencias académicas, factor que incidía en la aparición de sintomatología como la somática, depresiva, ansiosa, conductas disociales (no estadísticamente significativas pero si presentes en un grupo considerable) y poco tiempo para recreación, generando conductas de riesgo como las del consumo frecuente de alcohol, cigarrillo, ideación e intento suicida. Este fenómeno, se explicaría de igual manera, en estudios que sostienen que el estrés académico y la tensión generada por las altas exigencias del ámbito escolar, se asocian a diversos problemas psicológicos, tales como la ansiedad, la depresión y tensión somática (Feldman , Goncalves, Chacón , Zaragoza , & Bagés, 2008; Caballero, Abello, &

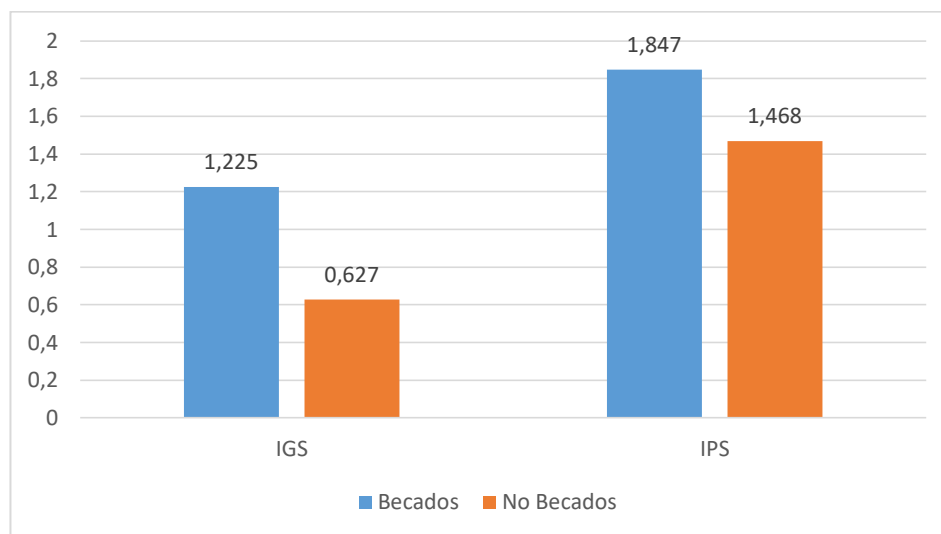
Palacios, 2007). Lo que admite la presencia de psicopatología en estudiantes sobresalientes, extremos de rendimiento y estudiantes de baja posición socioeconómica (Campo & Gutiérrez, 2001).

Por otro lado, investigaciones como las de García, Pérez, Pérez y Natividad (2011), mostraron niveles de estrés altos, su rendimiento académico era igualmente alto, y viceversa; es decir, los niveles altos de estrés no estarían asociados simplemente a efectos negativos (patología), sino también a efectos positivos, cuya posible explicación mantenía, que mientras los estudiantes se involucran más en sus estudios, pueden percibir una mayor intensidad en los estímulos estresante y a partir de ello, obtener un mayor rendimiento en base a una mayor preocupación por los mismos (Bermúdez, Durán, Escobar, Morales y Monroy, 2006).

#### **4.3.2. Análisis de los Índices Globales del reactivo SCL 90-R**

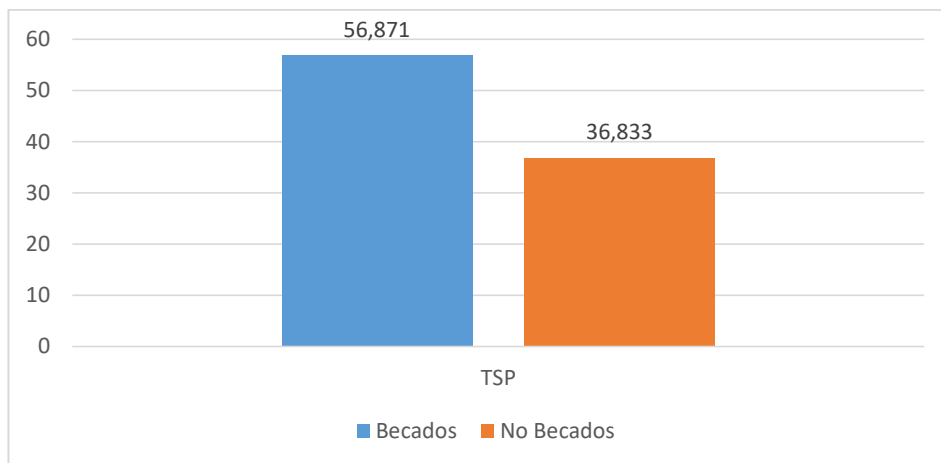
Con respecto a los índices de severidad global (IGS) indicador de la severidad del malestar manifiesto; el grupo de becados presenta una media de  $M= 1,22$ , con una  $Ds= 0,62$ ; mientras que los no becados una  $M= 0,62$ , con una  $Ds= 0,35$ . Mismos resultados, revelan diferencias estadísticamente significativas donde los alumnos becados perciben los síntomas evaluados con mayor intensidad que el grupo de no becados. Respecto al índice de malestar positivo (IMP), en el cual se pretende encontrar si existió una minimización o en su defecto una exageración de los síntomas percibidos, los estudiantes becados puntuaron una  $M= 1,84$ , con una  $Ds=$

0,48; a su vez el grupo de no becados presenta una  $M= 1,46$ , con una  $Ds=0,33$ . (Ver gráfico 4.14.).



**Gráfico 4. 14:** Clave: IGS: Índice global de Síntomas; IPS: Índice positivo de los síntomas

Dentro del total de síntomas positivos (TSP), que revela la cantidad de síntomas manifiestos por parte de los grupos estudiados, los estudiantes becados presentaron una media de  $M= 56,87$ ; mientras que el grupo de no becados una media de  $M= 36,83$ ; lo que evidencia que la condición de becado tiene relación en el incremento de los síntomas. (Ver gráfico 4.15). En términos generales, periodos de alta tensión académica generan repercusiones en la salud mental de los estudiantes (Feldman, et. al., 2008); aumentando también la disfunción social, somatización (Guarino, Gavidia , Antor, & Cabellero, 2000).



**Gráfico 4. 15:** Clave: TSP: Total de los síntomas positivos

#### 4.3.3. Análisis comparativo entre becados y no becados en función del sexo

Al no contar con baremos para diferenciar sintomatología en ambos sexos, se dividió la población por sexo masculino, analizando y comparando la presencia de sintomatología de las nueve dimensiones del reactivo en los estudiantes becados y no becados, todo esto a través de la media ( $M$ ), desviación estándar ( $Ds$ ), error típico ( $Err. Tp.$ ) y contraste con la prueba de  $t$  de student ( $t$ ) (Ver tabla 4.8).

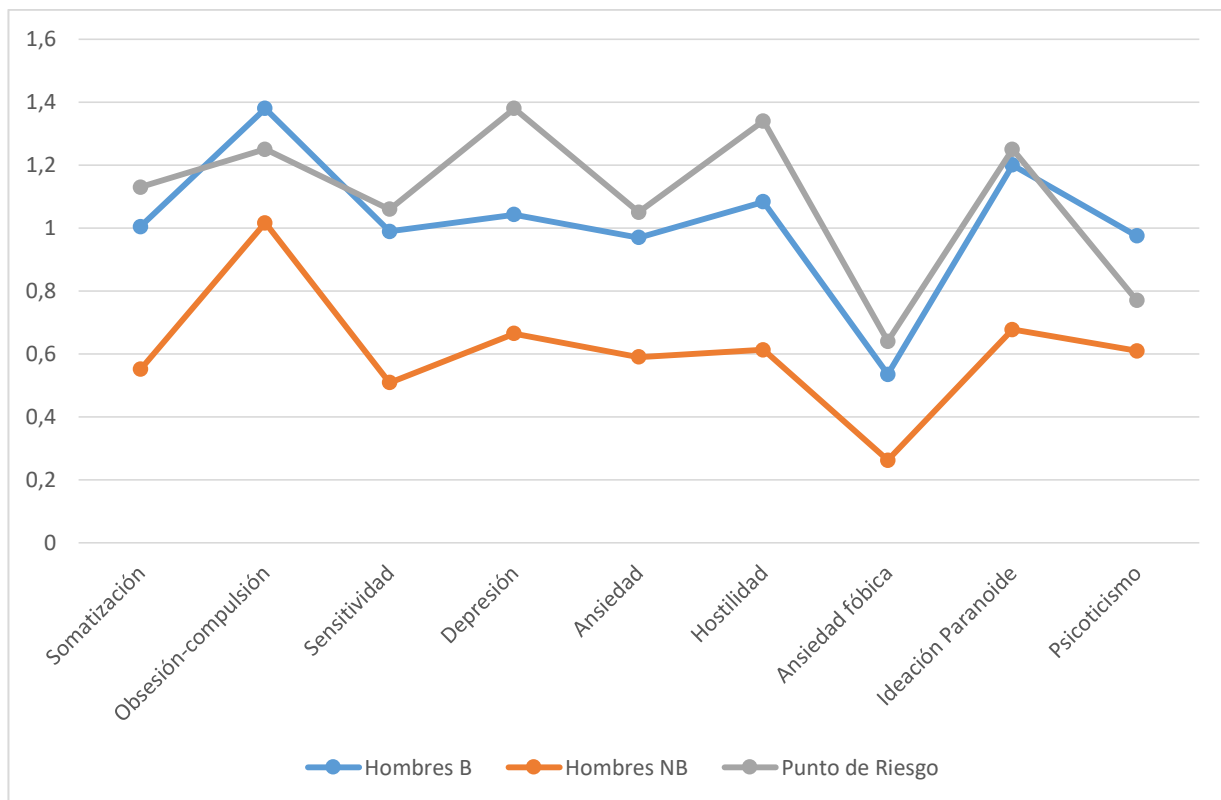
Tabla 4. 8:

## Distribución de los grupos becados y no becados en función del sexo

Variables	Hombres n=51						Contraste T (49)
	Hombres Becados n=20			Hombres No Becados n=31			
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>	
Somatización	1,004	0,642	0,144	0,551	0,465	0,084	2,922**
Obsesión- compulsión	1,380	0,789	0,176	1,016	0,489	0,088	2,038*
Sensitividad	0,989	0,785	0,176	0,509	0,461	0,083	2,756**
Depresión	1,042	0,625	0,140	0,665	0,579	0,104	2,203*
Ansiedad	0,970	0,694	0,155	0,590	0,559	0,100	2,154*
Hostilidad	1,083	0,826	0,185	0,612	0,484	0,087	2,568*
Ansiedad fóbica	0,536	0,550	0,123	0,262	0,302	0,054	2.2.87*
Ideación Paranoide	1,200	0,661	0,148	0,677	0,459	0,083	3.333**
Psicoticismo	0,975	0,611	0,137	0,610	0,670	0,120	1,966
Índice Global de Severidad	1,038	0,605	0,135	0,631	0,402	0,072	2,897*
Total	53,900	19,593	4,381	37,323	18,531	3,328	3,050**
Síntomas Positivos							
Índice Positivo de Severidad	1,642	0,4199	0,094	1,426	0,341	0,061	2,020*

**Nota:** 51 observaciones

En la tabla 4.8, se observan la comparación de medias entre la población masculina de los becados y no becados, en la cual se evidencian diferencias estadísticamente significativas en proporción media  $p < 0,01$ , en las dimensiones de somatización, sensibilidad, ideación paranoide y el total de síntomas positivos. De correlación baja con significación estadística se encontraron el resto de dimensiones a excepción de psicoticismo donde no se evidencia significación.



**Gráfico 4. 16:** Gráfico 4.16. Clave: Hombres B: hombres Becados, Hombres NB: hombres no becados

A partir de estudios sobre diferencias de género y sintomatología en estudiantes universitarios, se encuentra que los hombres a nivel general presentan menores niveles de depresión y estrés; pero asocian el menor apoyo de personas cercanas y apoyo con mayor intensidad de estrés académico (Feldman, et. al., 2008). A pesar de que la incidencia de rasgos y del trastorno obsesivo compulsivo se presenta en ambos sexos, aparece con mayor frecuencia en hombres; en el caso de estudiantes universitarios de género masculino muestra una mayor necesidad de control y rasgos de perfeccionismo (Erazo & Jiménez, 2012).

De igual manera que en análisis anterior se tomó la población femenina para contrastar las diferencias significativas en cuanto a la sintomatología de los estudiantes becados y no becados con las nueve dimensiones del reactivo, todo esto a través de la media (*M*), desviación estándar (*Ds*), error típico (*Err. Tp.*) y contraste con la prueba de *t* de student (*t*) (Ver tabla 4.8).

**Tabla 4. 9:**

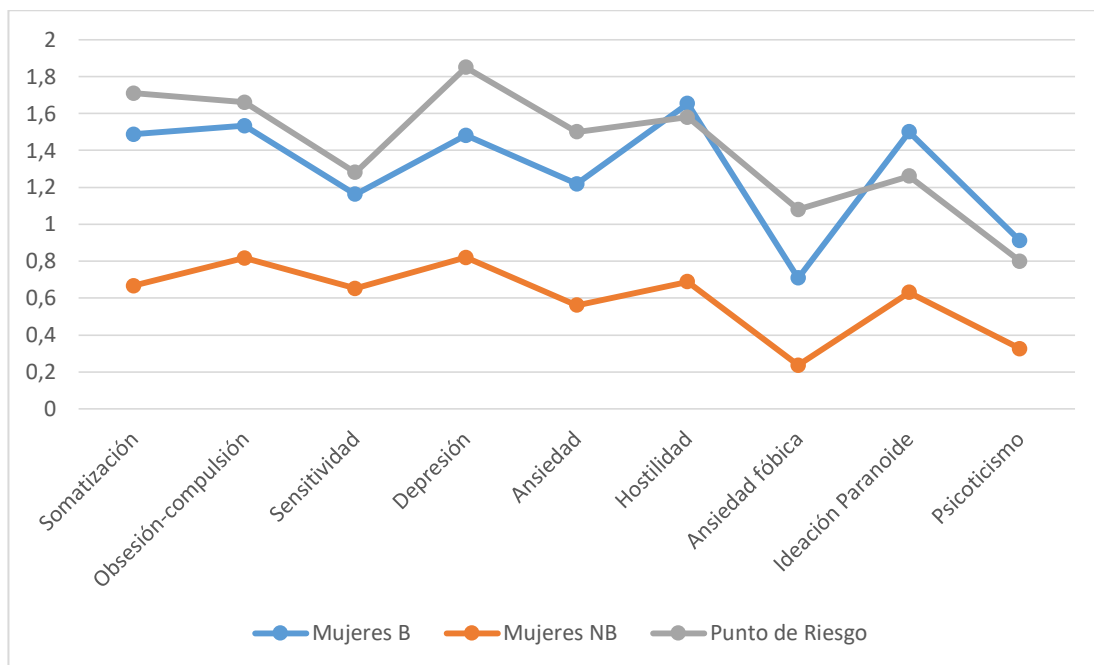
**Análisis comparativo de sintomatología entre becados y no becados en función del sexo**

Variables	Mujeres n=73						Contraste T (71)
	Mujeres Becadas n=50			Mujeres No Becadas n=23			
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>Err. Tp.</i>	
Somatización	2,000	0,771	0,109	0,667	0,342	0,071	4,871***
Obsesión-compulsión	1,5340	0,764	0,108	0,817	0,475	0,099	4,138***
Sensitividad	1,162	0,714	0,101	0,652	0,444	0,093	3,150**
Depresión	1,482	0,707	0,100	0,819	0,407	0,085	4,172***
Ansiedad	1,218	0,679	0,096	0,561	0,394	0,082	4,308***
Hostilidad	1,653	1,064	0,150	0,688	0,467	0,097	3,684***
Ansiedad fóbica	0,709	0,679	0,096	0,236	0,303	0,063	3,187**
Ideación Paranoide	1,500	0,880	0,125	0,630	0,522	0,109	4,387***
Psicoticismo	0,910	0,716	0,101	0,326	0,302	0,063	3,748***
Índice Global de Severidad	1,299	0,622	0,088	0,623	0,293	0,061	4,954***
Total Síntomas Positivos	58,060	17,753	2,511	36,172	13,587	2,833	5,241***
Índice Positivo de Severidad	1,929	0,491	0,069	1,524	0,311	0,065	3,633***

**Nota:** 73 observaciones

Con respecto a la población de mujeres becados y no becadas se encontraron correlaciones altas  $p < 0,001$  y con significancia estadística en la mayoría de dimensiones en las cuales constan: somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, Ideación Paranoide, psicoticismo, Índice Global de Severidad, Total Síntomas Positivos, Índice Positivo de Severidad, y con correlación media

$p < 0,01$  y estadísticamente significativos se encuentran la sensibilidad y ansiedad fóbica (ver tabla 4.9).



**Gráfico 4. 17:** Gráfico 4.17. Clave: Mujeres B: mujeres Becadas, Mujeres NB: mujeres no becadas

Respecto a este fenómeno Feldman , et. al, (2008) y García, Pérez, Pérez y Natividad (2011) encuentran en sus investigaciones, que las mujeres obtienen mayor intensidad en estrés académico y depresión que los hombres, mayor percepción de apoyo emocional dentro del núcleo familiar y amigos; mayor número de indicadores de problemas de salud mental en general; mayores niveles de estrés auto impuesto, reacciones fisiológicas y manejo de tiempo más eficiente (Misra, Crist & Burant, 2003).

De igual manera Ulrich (2001) realizó en Alemania una investigación en una muestra de 346 estudiantes de la universidad de Heidelberg, mediante el reactivo SCL-90-R, donde los valores más altos se encuentran las dimensiones de obsesión, sensibilidad interpersonal y depresión. Se admite además que la obsesión podría ser vista como factor que dificulta la concentración y el desempeño laboral, debido a que la atención se enfoca en el detalle y no en el probo cumplimiento del objetivo de la actividad; además de estar considerados como síntomas ansiosos. En otro estudio realizado por Sulkowski, Mariaskin & Storch (2011) 358 estudiantes universitarios no graduados en Estados Unidos, revelan la existencia de niveles clínicos significantes del trastorno espectro obsesivo compulsivo, además dichos síntomas tienen comorbilidad con la ansiedad pero no existe una relación de significancia aun con síntomas impulsivos.

Un dato importante de la presente investigación, es la presencia de mayores niveles de hostilidad en mujeres que en hombres, a pesar de que se esperaría lo contrario. La literatura coincide en que las mujeres estudiantes puntúan más alto en cuanto a la expresión de hostilidad y cólera (contenida, manifiesta y rasgo) que los hombres, mientras que éstos mostraban mayor control de la cólera, posiblemente por la necesidad de mantener dicha expresión dentro los límites aceptados socialmente (Check & Dyck, 1986; Schwenkmezger, Hodapp, & Spielberger, 1992; Menéndez, 2010).

Así mismo, estudios como el de Urquijo, Ané, Abraham (2013), realizado a 1600 estudiantes de Universidad Nacional Mar del Plata, a través del reactivo SCL 90-R, evidencia mayor prevalencia de sintomatología clínica en las mujeres, a excepción de

la dimensión de ideación paranoide que es mayor en los hombres, aunque no existe diferencia estadísticamente significativa entre los mismos.

#### 4.4.Sintomatología clínica y sub clínica

A partir de los valores IGS del ractivo, se pueden establecer los valores a través de la frecuencia (*f*), porcentaje (%) y contraste chi cuadrado ( $X^2$ ) del número de estudiantes con sintomatología clínica y sub clínica, tanto en becados como en no becados.

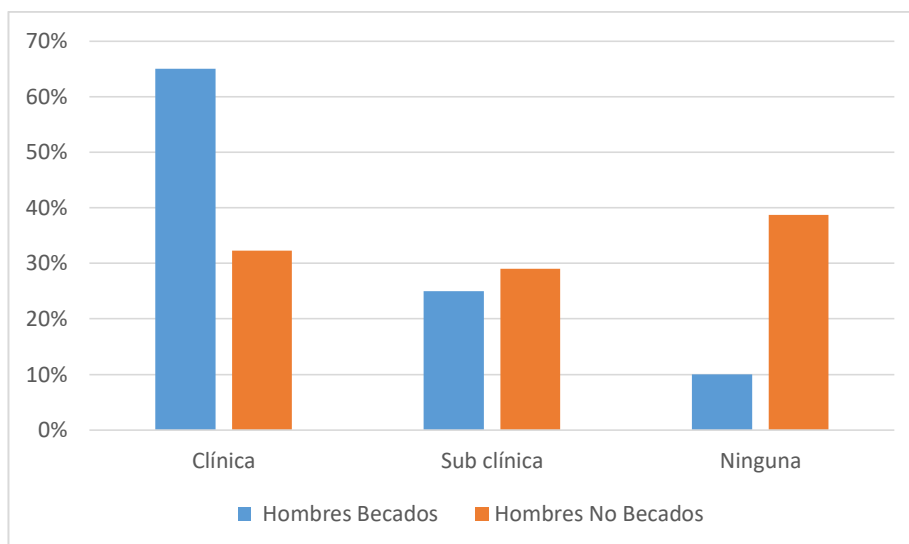
**Tabla 4. 10.**

##### Tipo sintomatología en hombres

Variables	Becados: n=20		No Becados: n=31		Contraste $X^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Sintomatología</b>					
Clínica	13	65%	10	32,26%	5,396**
Sub clínica	5	25%	9	29,03%	
Ninguna	2	10%	12	38,71%	

**Nota:** 51 observaciones

En el caso de los hombres, 65% de los estudiantes becados presenta sintomatología clínica, 25% sub clínica y el 10% no presenta sintomatología de riesgo. En cuanto a los estudiantes no becados 32,26% tienen sintomatología clínica, 29,03% sub clínica y mayoritariamente con un 38,71% no tienen síntomas de riesgo. A partir de la prueba de chi cuadrado se evidencian diferencias estadísticamente significativas con respecto a la sintomatología clínica y sub clínica entre estudiantes becados y no becados, lo cual ratifica la hipótesis sobre la presencia de síntomas en el primer grupo (ver tabla 4.10).



**Gráfico 4. 18:** Tipo de Sintomatología en hombres

De igual manera, para el grupo de mujeres se hizo uso de recursos estadísticos como la frecuencia ( $f$ ), porcentaje (%) y contraste chi cuadrado ( $X^2$ ), para establecer el tipo de sintomatología de las estudiantes.

**Tabla 4. 11**

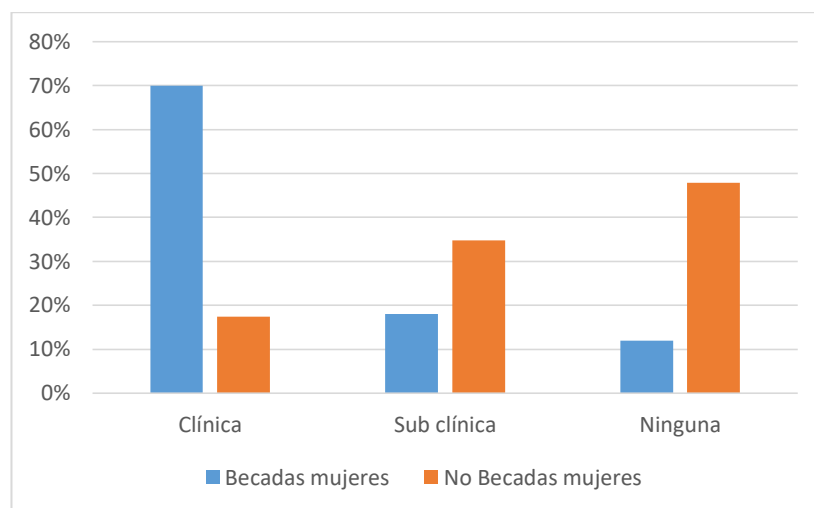
**Tipo sintomatología en mujeres**

Variables	Becados: n=50		No Becados: n=23		Contraste $X^2$
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Sintomatología</b>					
Clínica	35	70%	4	17,39%	18,749***
Sub clínica	9	18%	8	34,78%	
Ninguna	6	12%	11	47,83%	

**Nota:** 73 observaciones

Caso similar sucede con éste grupo, las mujeres becadas presentan un 70% de sintomatología clínica, un 18% de sub clínica y 12% no presentan sintomatología de riesgo. Con las estudiantes no becadas 17,39% tiene sintomatología clínica, 34,78% sintomatología sub clínica y el 47,83% no presenta síntomas de riesgo. A partir del

chi cuadrado se evidencia diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos investigados (ver tabla 4.11). Esto asevera que dentro de las mujeres, las estudiantes becadas tienen mayor sintomatología que las no becadas.



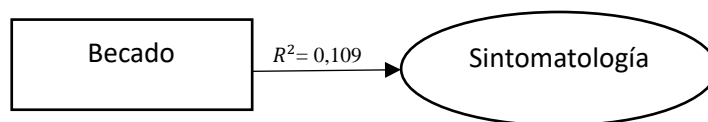
**Gráfico 4. 19:** Tipo de sintomatología mujeres

#### **4.5. Modelo Explicativo de la Sintomatología de Estudiantes Becados**

A partir del anterior análisis, se puede inferir, que la condición de ser becado, incrementa de manera significativa la sintomatología clínica y sub clínica de la población investigada, probando diferencias evidentes en comparación con la muestra de no becados. Todo ello adjudicado posiblemente a distintos factores ya mencionados, como el estrés académico que según Barraza (2008), tiene como indicadores alteraciones físicas y fisiológicas (sueño, dolor de cabeza, fatiga); psicológicas (desconcentración, bloqueo mental, ansiedad, depresión, memoria); comportamentales (aislamiento, desmotivación escolar); falencias en la administración del tiempo y sobrecarga de actividades tanto académicas como

extracurriculares. De forma similar, se constata que el estrés académico y la tensión generada por las altas exigencias académicas, generan diversos problemas psicológicos, tales como la ansiedad, la depresión y tensión somática (Caballero, Abello, & Palacios, 2007).

En el presente modelo explicativo, se puede interpretar que la condición de ser becado influye en la aparición de sintomatología con una influencia del 10% aproximadamente ( $R^2 = 0,109$ ), obtenida a través de la prueba “V de Cramer” (ver gráfico 4.18)



**Gráfico 4. 20:** Modelo explicativo de la sintomatología en estudiantes becados

En base a los datos expuestos, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa de que los estudiantes beneficiarios de becas presentan sintomatología clínica y sub clínica debido a las altas exigencias académicas.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1. Conclusiones

A partir de la realización del presente trabajo de investigación y en base al análisis de los datos obtenidos, se concluye.

- Respecto al análisis sociodemográfico, el grupo de estudiantes becados se distribuyó de la siguiente manera: 71,4% pertenecen al género femenino y el restante 28,6% al género masculino, lo que evidencia predominancia de mujeres en la adquisición de becas. La media de la edad de éste grupo corresponde a 20 años; a nivel general, dicha media es concordante a la edad normativa en los estudiantes que cursan estudios universitarios. En relación al grupo de becados y no becados, el estado civil se muestra proporcional, solteros un 98,6%; casados 1,4% en el primer grupo y 94,4%; 5,6% en el segundo grupo. La situación económica predominante en los dos grupos es medio típico con 44,3% en becados y 42,6% en no becados. Al igual que el tipo de familia proveniente, el tipo nuclear es el predominante, tanto en becados con un 65,7% como en no becados con 64,8%; es decir los

estudiantes provienen de familias conformadas por papá, mamá e hijos (ver tabla 4.1).

- Dentro de la situación académica, las escuelas de Psicología y Jurisprudencia, conforman el mayor número de becados, con 35,7% y 22,9% respectivamente y los no becados Psicología con 22,2% y Contabilidad con 18,5%. Los niveles con mayor número de becados son Cuarto, Octavo y Décimo con 15,7%; 14,3% respectivamente y en no becados Décimo y Primero con 20,4% y 18,5%. En cuanto al tipo de becas, el grupo se compone, mayoritariamente con estudiantes pertenecientes a la beca de deporte y cultura, con un 61,4%, beca de excelencia con un 24,2% y beca por etnia, 14,2% (ver tabla 4.2).
- El estado de salud en los estudiantes becados es percibido principalmente como bueno con 71,4%, y en no becados es aún mayor con un 88,9%. En cuanto al consumo de sustancias, el consumo de alcohol es mayor en no becados que en becados con 75,9% y 72,9% respectivamente. El consumo de Cocaína es relativamente superior en no becados con 3,7% en el otro grupo no existió consumo. Caso similar sucede en el registro de consumo de Marihuana, mostrando que en no becados el consumo es mayor con un 14,8% que en becados con un 8,6% (ver tabla 4.3).
- A partir de la aplicación del reactivo SCL-90-R, se evidencia diferencias significativas entre los estudiantes becados y no becados, es decir, el grupo de estudiantes becados presenta mayor intensidad en la sintomatología evaluada,

especialmente en las dimensiones de obsesión y compulsión con una media de  $M= 1,49$ , Ideación paranoide con  $M= 1,4143$  y Hostilidad con una  $M= 1,4119$ ; en comparación con el grupo de no becados (ver tabla 4.7). Como se ha mencionado anteriormente, no se encontraron indicios de sintomatología subclínica en los examinados, por lo que solo se registra sintomatología clínica.

- Dentro de los índices globales, el Índice de Severidad Global tiene un puntaje superior en los estudiantes becados  $M_{becados}= 1,225$ , que en los no becados  $M_{no\ becados}= 0,6274$ , lo que demuestra que los primeros perciben los síntomas evaluados con mayor intensidad que el segundo grupo. En cuanto al Índice de Malestar Positivo, el cual permite identificar la existencia de minimización o exageración de los síntomas percibidos; los estudiantes becados presentan un puntaje mayor  $M_{becados}= 1,8474$ , que los no becados  $M_{no\ becados}= 1,4677$  (Ver gráfico 4.13.). Del Total de Síntomas Positivos, que revela la cantidad de síntomas manifiestos, los estudiantes becados presentaron una media de 56,8714, mientras que el grupo de no becados una media de 36,8333, lo que evidencia que la condición de becado tiene relación en el incremento de los síntomas.
- En cuanto a la comparación de los estudiantes becados y no becados, en función del sexo, los hombres del grupo de becados presentan mayor sintomatología que los no becados especialmente en las dimensiones de somatización con una media  $M= 1,004$ , sensibilidad con  $M=0,989$ , ideación paranoide con  $M= 1,2$  y el total de síntomas positivos con  $M= 53,9$ ; cuyos

valores presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las puntuaciones (*t*). Respecto al punto de riesgo, los hombres del grupo de estudio puntúan sobre éste, en las dimensiones de psicoticismo y obsesión y compulsión; cercanas al punto están sensibilidad, ansiedad, ideación paranoide (ver tabla 4.8).

- Simultáneamente a la comparación de los grupos de mujeres becadas y no becadas, se evidencian diferencias estadísticamente significativas según las puntuaciones (*t*), con valores superiores en el grupo de becadas, en las dimensiones de Somatización  $M= 2$ , Obsesión-Compulsión  $M= 1,53$ ; Depresión  $M= 1,48$ ; Ansiedad  $M=1,21$ ; Hostilidad  $M= 1,653$ ; Ideación Paranoide  $M= 1,5$ ; Psicoticismo  $M= 0,9$ ; Índice Global de Severidad  $M= 1,29$ ; Total Síntomas Positivos  $M= 58,06$ ; Índice Positivo de Severidad  $1,93$ . Respecto al punto riesgo, las dimensiones sobre el punto son: Hostilidad, Ideación Paranoide y Psicoticismo; cercanas al punto están sensibilidad y obsesión compulsión (ver tabla 4.9).
- En la comparación de los dos grupos de estudio, la dinámica de los síntomas evidenciados se comporta de manera similar, pero con mayor intensidad en los estudiantes becados, lo que evidencia que las altas exigencias y demandas requeridas por el sistema académico incrementan la aparición e intensidad de la sintomatología anteriormente descrita.

- La condición de ser becado evidencia un incremento significativo en la aparición de sintomatología clínica, en comparación con el grupo de no becados  $R^2= 0,109$ .

## 4.2. Recomendaciones

- Dado que los becados exhiben sintomatología clínica significativa en todas las dimensiones evaluadas, pero con mayor intensidad en Obsesión y Compulsión, Ideación Paranoide y Hostilidad, lo que pone en riesgo la salud mental y psicosocial de los mismos, se considera necesario brindar acompañamiento y espacios de apoyo para los estudiantes que ayude a disminuir o eliminar los síntomas que generen malestar.
- Ya que los hombres becados presentan en su mayoría más sintomatología de Obsesión y Compulsión y Psicoticismo y en las mujeres mayor Hostilidad e Ideación Paranoica, el acompañamiento debería contemplar: en los hombres control de ansiedad, pensamientos, alienación social; y en las mujeres catarsis y control de ideas paranoicas como la suspicacia, necesidad de control, grandiosidad, centralismo.
- El acompañamiento que inicia principalmente como una asesoría, (posteriormente puede consolidarse en un proceso terapéutico), debería realizarse desde un espacio universitario formalmente conformado, por lo que

se considera que dicho proceso podría realizarse a través de un CPA (centro psicología aplicada), similar al que existe en la PUCE.

- Debido a que el estudio fue realizado con una población restringida, se propone ampliar el estudio, alcanzando estudiantes becados de otras instituciones superiores a fin de determinar un perfil del estudiante becado mucho más amplio y en base a ello establecer de manera más contundente la sintomatología que puede alertar riesgo psicosocial. Así mismo, se recomienda en posteriores investigaciones la aplicación de reactivos destinados a la medición de estrés académico y situaciones que generen mayor ansiedad respecto a la obtención y mantenimiento de la beca, para generar correlaciones más detalladas que permitan un mejor conocimiento de las causas de la sintomatología clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acta 588-16. Reforma y codificación del reglamento particular del sistema de becas y ayuda económica para los estudiantes de la PUCESA. Ambato, Ecuador. 7 de enero 2016
- Agudelo, D. et al. (2011). Características De Ansiedad Y Depresión En Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research*, I(1), 34 - 39.
- Álvarez , R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud*. Madrid: Ed. Díaz de Santos S.A.
- APA. (2010). *APA Diccionario conciso de psicología*. (J. Nuñez, & M. Ortiz, Trads.) Washintong D.C.: Manual Moderno.
- Argente, H., & Álvarez, M. (2008). *Semiología médica. Fisiopatología, Semiotecnia y propedéutica*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- Arribas, J. (2013). Hacia un modelo causal de las dimensiones del estrés académico en estudiantes de enfermería. *Revista de Educación*, 270-282.
- Arrieta, K., Díaz, S., & González M. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam* [revista en la Internet]. 2014 Feb [citado 2015 Nov 13]; 7(1): 14-22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2014000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>.
- Barceló , E., Lewis , S., & Moreno , M. (2006). Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios que presentan bajo y alto rendimiento académicos. *Psicología desde el Caribe*, 109-138.
- Barlow, D., & Durand, M. (2004). *Psicopatología*. Madrid: Ed. Thomson.
- Barraza, A. (2005). Características del estrés de los alumnos de educación superior. *Psicología Científica*, 15-20.
- Barraza, A. (2003). El estrés académico de los alumnos de Educación Media Superior, Hermosillo. Memoria VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- Bedoya , A., Perea, M., & Ormeño , R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana*, 15-20.

- Bermúdez, S., Durán, M., Escobar, C., Morales, A., & Monroy, S. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *Revista MedUnab*, 198-205.
- Botvin, G., Griffin, K., Diaz, T., Scheier, L., Williams, C., & Epstein, J. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors. World Journal of Preventive Medicine*, 769-774.
- Caballero, C., Abello, R., & Palacios, J. (2007). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 98-111.
- Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 131-146.
- Campo, G., & Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud - Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 351-358.
- Caparrós, B., Villar, E., Jaume, J., & Viñas, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 781-794.
- Carrillo, S., & Ríos, J. (2013). Trabajo y rendimiento escolar de los estudiantes universitarios. el caso de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista de Educación Superior*, 9 - 34.
- Castejón, C., & Pérez, S. (1998). Un modelo causal-explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. En: *Revista Bordon. Sociedad Española de Pedagogía*, 170-184.
- Castejón, J. L., & Navas, L. (2000). *Unas bases psicológicas de la Educación Especial*. Madrid: Editorial Club Universitario.
- Check, J., & Dyck, D. (1986). Hostile aggression and Type A behavior. *Personality and Individual Differences*, 819-827.
- Colman, A. (2009). *Psychological Dictionary*. New York: Oxford University Press Inc.
- Colom, R., & García-López, O. (2002). Sex Differences in Fluid Intelligence among High School Graduates. *PERGAMON*, 445- 451.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de Términos técnicos de la psicología*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Costa, S., & Taberero, C. (2012). Rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes de educación secundaria obligatoria según el género. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 175-193.

- Erazo, M., & Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 65-76.
- Feldman , L., Goncalves, L., Chacón , G., Zaragoza , J., & Bagés, N. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 739-751.
- Figueredo-Ferraz, H., Cardona, S., & Gil-Monte, P. (2009). Desgaste psíquico y problemas de salud en estudiantes de psicología. *Psicología en Estudio*, 349-353.
- Flores Juárez, José Benito (2008) Exigencia académica en el aula universitaria. Un ensayo sobre Rigor y Exigencia en universidades mexicanas. Recuperado: [www.fimpes.org.mx/phocadownload/Premios/1Ensayo2008.pdf](http://www.fimpes.org.mx/phocadownload/Premios/1Ensayo2008.pdf) (1° julio 2013).
- Francisco , P., & García, R. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 143-154.
- Garbanzo , G. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de educación superior pública. *Revista Educación*, 43-63.
- Garbanzo, G. (2014). actores asociados al rendimiento académico tomando en cuenta el nivel socioeconómico: Estudio de regresión múltiple en estudiantes universitarios. *Revista electrónica Educarte*, 119-154.
- Garbanzo, G. (2014). Factores asociados al rendimiento académico tomando en cuenta el nivel socioeconómico: Estudio de regresión múltiple en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Educare*, 119-154.
- García , R., Pérez , F., Pérez, J., & Natividad, L. (2011). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 143-154.
- García, M., & San Segundo , M. (2001). Indicadores de resultados Docentes de las universidades. *Asociación de Economía de la Educación* , 3-14.
- Gempp Fuentealba, René, & Avendaño Bravo, Cecilia. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. Recuperado en 02 de mayo de 2016, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48082008000100004.
- Gregorat, J., Soria, R., García, J. y Seco, C. (2009). Rendimiento académico y nivel socioeconómico de los alumnos del ISEF de Catamarca. Argentina: Instituto Superior de Educación Física de Catamarca. *Revista Scielo*. Recuperado de

<http://congresoeducacionfisica.fahce.unlp.edu.ar/descargables/rendimiento-academico-y-nivel-socioeconomico-de-los-alumnos-del-isefde-catamarca>

- Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M., & Cabellero, H. (2000). Estrés, Salud Mental Y Cambios Inmunológicos En Estudiantes Universitarios. *Psicología Conductual*, 57-71.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. New York: McGraw-Hill.
- Helmchen, H. (2001). Unterschwellige psychische Störungen [Subliminal psychological disorders]. *Der Nervenarzt*, 181-189.
- Hernández, G. (2013). *Psicopatología básica*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernández, R., & Baptista, P. (2014). *Fundamentos de la metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, M., & Coronado, O. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y auto-evaluación. *Acta colombiana de psicología*, 13-23.
- Huaquín, V., & Loaíza, R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la facultad de medicina de la universidad Austral de Chile. *Estudios Pedagógicos*, 39 - 59.
- Instituto de fomento al Talento Humano (2016). *Becas*. Obtenido de <http://www.fomentoacademico.gob.ec/becas/>
- Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- López, J. (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Lorea, I., Fernández, J., Tirapu, J., Landa, N., & López-Goñi, J. (2010). Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína: Una revisión crítica. *Revista Neurol*, 51(7), 412-426.
- Martin, D. (2008). *Psicología experimental: cómo hacer experimentos en psicología*. Méxic D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Mayorga, M. (2015). *Sintomatología sub-clínica y el rendimiento académico del estudiantado que presenta índice promedial condicionado: CASO PCUESA*. Ambato: Tesis no publicada.

- Méndez , A., & Fernández , F. (2012). Efecto de los estresores académicos en las creencias del alumnado de Magisterio sobre el material reciclado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 161-171.
- Méndez, A., & Fernández, F. (2012). Efecto de los estresores académicos en las creencias del alumnado de Magisterio sobre el material reciclado. *REIFOP*, 161 - 171.
- Menéndez, M. (2010). *Estrés agudo y características de cólera y hostilidad en estudiantes unversitarios de ciencias e ingeniería*. Lima: Tesis no publicada Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Misra, R., Crist, M., & Burant, C. (2003). Relationship among Life Stress, Social Support, Academic Stressors, and Reactions to Stressors of International Students in the United States. *International Journal*, 10(2), 137-15.
- Morrison, V., & Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Education S.A.
- Monteiro, S., Pereira, A., & Sarne, M. (2015). Risk Behaviours And Psychopathology Among Higher Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2018 – 2024.
- Montero, E., Villalobos, J. & Valverde, A. (2007). Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la Universidad de Costa Rica: un análisis multinivel. *Revista Relieve*, v.13,n.2. [http://www.uv.es/RELIEVE/v13n2/RELIEVEv13n2\\_5.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v13n2/RELIEVEv13n2_5.htm). Consultado en 20 de Julio de 2016.
- Muñoz, P., Beltrán, J., & López , E. (2009). Perfil En Estrategias De Aprendizaje de Estudiantes de Alto Rendimiento en Lengua Castellana y Literatura. *Faisca*, 49-75.
- Navarro , R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *REIC*, 1-15.
- Ortiz-Tallo, M. (2014). *Psicopatología Clínica Adaptada al DSM-5*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ortuño , F., & Martín, R. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana.
- Oscar , R., & Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 265-274.
- Papalia, D. E., Duskin Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A.

- Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 239 - 246.
- Pérez, A., Ramón, J., & Sánchez, J. (2000). *Análisis exploratorio de las variables que condicionan el rendimiento académico*. Sevilla: Ed. UPO.
- Pincus, H., Davis, W., & McQueen, L. (1999). Subthreshold mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *Br J Psychiatry*, 88-96.
- Ramírez, M., Devia, R., & León, R. (2011). Pobreza y rendimiento escolar: estudio de caso de jóvenes de alto rendimiento. *EDUCERE • Investigación Arbitrada*, 663-672.
- Reyes, Y. (2003). *Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM*. Lima: Tesis no publicada UNMSM.
- Ruiz, R., Herruzo, J., Pino, M., Alós, F., Alcalá, R., & Moriana, J. (2006). Actividades extraescolares y rendimiento académico en alumnos de Educación Secundaria. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 35-46.
- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S., & Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 170-180.
- Salas, C., & Álvarez, L. (2004). *Educación para la salud*. México D.F.: Pearson Educación.
- Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Stuttgart: Ediciones Morata S.A.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI) Test Manual of the German Version of the State-Trait Anger expression Inventory*. Bern Huber: Handbuch.
- Secretaría Nacional de Educación Superior SENESCYT. (2013). *¿Qué es una beca?*. Obtenido de <http://programasbecas.educacionsuperior.gob.ec/que-es-una-beca-2/>
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Slaikue, K. (2000). *Intervención en crisis Manual para la práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Solórzano, M. L. & Ramos, N. (2006). Rendimiento y estrés académico de los estudiantes de la EAP de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

- Revista de Ciencias de la Salud*, 1, 34-38. Stinebrickner, R., & Stinebrickner, T. (2003). Working During School and Academic Performance. *Journal of Labor Economics*, 21(2), 473-491.
- Soto, M., Da Cuña, I., Guitiérrez, M., & Gonzáles, A. (2012). Estrategias de Aprendizaje en estudiantes de fisioterapia. *Innovagía*, 681 - 687.
- Sulkowski, M., Mariaskin, A., & Storch, E. ((2011).). Obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 342-348.
- Urquijo, Sebastián, Ané Alejandra y Abraham, Claudia (Julio, 2013). Prevalencia de psicopatologías en estudiantes universitarios. XXXIV Congreso Interamericano de Psicología, Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología - SIP, Brasilia.
- Ulrich Soeder, R. B.-H. (2001). *Mental difficulties of students*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Vargas , I., Aburto , M., Cortés, J., Álvarez, A., & Ramírez, C. (2010). Perfil integral del candidato al Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *Salud Mental*, 389-396.
- Vallejo , J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Baelona: Masson S.A.
- Vásquez, C. (1990). El concepto de la conducta anormal. En F. Fuentenebro, & C. Vásquez, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (págs. 449-469). Madrid: Interamericana McGrill.
- Velasquez, C., & Mejía , J. (2010). Rendimiento Académico Y Abuso-Dependencia De Sustancias Psicoactivas En Los Estudiantes De La Universidad De Antioquia. *Clabes*, 23-41.
- Wang, H., Kong, M., Shan, W., & Vong, S. (2010). The Effects of Doing Part-Time Jobs on College Student Academic Performance and Social Life in a Chinese Society. *Journal of Education and Work*, 23(1), 79-94.
- Weiss , E., Kemmler , G., Deisenhammer, E., Fleischhacker, W., & Delazer, M. (2003). Sex differences in cognitive functions. *PERGAMON Elsevier*, 863–875.
- Zapata , C., Gómez , M. C., & Rojas , M. (2010). Modelado de la relación de confianza profesor-estudiante en la docencia universitaria. *Educación y Educadores*, 77-90.



Escuela: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Paralelo: \_\_\_\_\_

### 1.- DATOS PERSONALES:

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado

Civil \_\_\_\_\_

### 2.- ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Mi familia con la que vivo está formada por:

Monoparental (uno de los padres)

Ensamblada (padres con hijos de uniones anteriores)

Nuclear (ambos padres)

#### MIS PADRES MANTIENEN UNA RELACIÓN POR:

Matrimonio  Unión Libre  No están juntos

#### MIS PADRES NO ESTÁN JUNTOS POR:

Divorcio  Trabajo  Trabajo fuera del País

Fallecimiento  Otros.....

#### MI HOGAR TIENE UN NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Alto  Medio alto  Medio típico

Medio bajo  Bajo

#### MI ESTADO GENERAL DE SALUD ES:

Bueno..... Regular..... Malo.....

¿Qué problemas de salud tiene?: \_\_\_\_\_

#### Ha consumido alguna de éstas sustancias

Alcohol  Marihuana  Cocaína

### 3.- DATOS ACADÉMICOS:

¿Cuál es el tipo de beca que Ud. tiene?

Excelencia académica

Clubes

Etnia

#### Mencione las actividades extracurriculares que realiza

Trabajo  Deporte  Música  Ninguno

Cine  Arte  Otro \_\_\_\_\_

---

Si Ud. Trabaja, mencione su horario

### Anexo 3

#### Listado de estudiantes becados

1. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	ACOSTA RIVERA LILIANA GABRIELA	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO
2. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	ANDRADE VELASCO LUCIA ALEJANDRA	PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL	SEXTO
3. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	BASSANTE GUERRERO CHRISTIAN FERNANDO	PSICOLOGIA CLINICA	TERCERO
4. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	BASSANTE GUERRERO DAVID ALEJANDRO	SISTEMAS	OCTAVO
5. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	CARDENAS VARGAS MICHELLE ESTEFANIA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	QUINTO
6. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	CASTRO VACA HEIDI ELISABETH	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	SEXTO
7. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	CELI MURILLO VIVIANA MICHELLE	INGENIERIA COMERCIAL	SEXTO
8. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	CHILUISA RODRIGUEZ ASHLEY GISELL	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	QUINTO DECIMO CL.
9. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	DURAN RODRIGUEZ CAROLINA TERESA	PSICOLOGIA	OCTAVO
10. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	ERAZO LAGOS MARIA ISABEL	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	CUARTO
11. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	ERAZO TAMAYO CARLOS ALFONSO	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	QUINTO
12. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	FIALLOS FLORES JOSELYN VALERIA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	QUINTO
13. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	GANCINO VALENZUELA MARIA SOLEDAD	PSICOLOGIA CLINICA	CUARTO
14. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	GUERRERO GARCIA GABRIELA CAROLINA	PSICOLOGIA	OCTAVO CL.

15. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	JORDAN ESCOBAR PAULO GABRIEL	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	OCTAVO
16. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	JORDAN MUÑOZ MICHELLE ESTEFANIA	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	SEXTO
17. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	LLERENA MORENO JOSE LUIS	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO
18. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	MAYORGA VILLAMAR ALISSON LIZBETH	PSICOLOGIA	OCTAVO CL.
19. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	MEDINA MALDONADO VICKI MARBEL	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	CUARTO
20. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	MENA KOLPAKOVA PABLO ANTONIO	SISTEMAS	CUARTO
21. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	MESIAS GONZALEZ KAREN MICHELLE	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	TERCERO
22. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	MOLINA VALENCIA JOHANNA CAROLINA	PSICOLOGIA CLINICA	SEXTO
23. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	NAVARRETE DE LA TORRE MARIA NICOLE	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	TERCERO
24. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	NAVAS DIAZ IVONNE ELIZABETH	PSICOLOGIA	DECIMO OR
25. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	ORTIZ GRANDA YOLANDA JACQUELINE	PSICOLOGIA	SEPTIMO CL.
26. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	PAREDES MIRANDA KATHERIN VANESSA	PSICOLOGIA CLINICA	CUARTO
27. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	PEÑAFIEL MONTOYA ANA LIA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	CUARTO
28. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	PEREZ BUENAÑO ANGELA MONSERRATH	PSICOLOGIA	SEPTIMO CL.
29. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	RACINES NUÑEZ DANIELA MONSERRATH	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	QUINTO
30. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	RODRIGUEZ PEREZ YLEINE YAREZMA	PSICOLOGIA	DECIMO OR

31. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	RODRIGUEZ PONCE ANA PAULA	INGENIERIA COMERCIAL	TERCERO
32. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	SANCHEZ VELASCO KATHERINE MICHELLE	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	OCTAVO
33. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	SEVILLA LUZURIAGA FABIAN EDUARDO	PSICOLOGIA	OCTAVO CL.
34. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	SILVA CADMEN MARCELO SEBASTIAN	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	NOVENO
35. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	SUAREZ IDROVO PAMELA ELIZABETH	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	CUARTO
36. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	TORMEN HOLGUIN CLAUDIA MARIA	INGENIERIA COMERCIAL	QUINTO
37. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	TORRES REYES BRIGITTE ESTEFANIA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	QUINTO
38. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	TORRES SALAZAR CRISTINA ALEXANDRA	PSICOLOGIA	OCTAVO CL.
39. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	URRUTIA MIRANDA KARINA LIZBETH	PSICOLOGIA CLINICA	SEXTO
40. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	VALDIVIESO MAYORGA KATHERINE LISBETH	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	SEXTO
41. Beca por Clubs 100 % de descuento en aranceles de Carrera	VILLACIS CARRILLO MARIA CARIDAD	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO
42. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	GUANANGA MASABANDA ALEXANDER JAVIER	PSICOLOGIA CLINICA	PRIMERO
43. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	MASAQUIZA MASAQUIZA JUAN DANIEL	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	PRIMERO
44. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	MASAQUIZA MASAQUIZA MARLON OMAR	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	PRIMERO
45. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	MOPOSITA CHANGO ERICKA MARIBEL	INGENIERIA COMERCIAL	CUARTO

46. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	PILAMUNGA LLAMBO JIMMY EFRAIN	PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL	PRIMERO
47. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	TIGASI TIGASI SONIA TAMARA	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	PRIMERO
48. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	TIPANGUANO ASTUDILLO EDWIN ROBERTO	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	PRIMERO
49. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	TISALEMA PACARI WALTER FERNANDO	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	QUINTO
50. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	YAUTIBUG YUMISACA LUIS EDUARDO	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	PRIMERO
51. Beca por Etnia 100% descuento en aranceles y 100% descuento en matriculas	YUPANQUI GUAMAN NELLY MARLENE	CONTABILIDAD Y AUDITORIA	PRIMERO
52. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	ACOSTA MONTESDEOCA ANDREA MARISOL	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO
53. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	ARGUELLO CABRERA PAULETH ALEXANDRA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	SEGUNDO
54. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	COELLO REYES IVAN FRANCISCO	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	SEGUNDO
55. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	COKA ALVAREZ CHRISTIAN ALEJANDRO	PSICOLOGIA	OCTAVO OR.
56. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	FUERTES ESPIN VIVIAN ALEXANDRA	PSICOLOGIA CLINICA	TERCERO
57. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	MARTINEZ FLORES DANIELA	PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL	SEGUNDO
58. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	MAYORGA SORIA MARIA GRACIA	PSICOLOGIA CLINICA	TERCERO
59. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	MEDINA GOMEZ CRISTINA BELEN	PSICOLOGIA	OCTAVO OR.
60. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	MICOLTA CHICAIZA EVELYN CAROLINA	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO

61. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	MORA BASSANTE JHON ESTEBAN	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	CUARTO
62. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	NICOLA ANDRADE ANA BELEN	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	CUARTO
63. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	ORELLANA AYALA ANDREA CAROLINA	PSICOLOGIA	NOVENO OR.
64. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	PAREDES ROMAN JAVIER ADRIAN	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO
65. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	RIOS URRUTIA ANDREA PAOLA	PSICOLOGIA CLINICA	TERCERO
66. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	RIVAS PINTO PABLO ANDRES	INGENIERIA EN DISEÑO INDUSTRIAL	DECIMO
67. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	VALLE PICO MARIELA ISABEL	PSICOLOGIA CLINICA	SEXTO
68. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	VALLEJO NARANJO DANIELA ESTEFANIA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	OCTAVO
69. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	VERA SOLORIZANO ESTEFANIA ETELVINA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	CUARTO
70. Beca por Excelencia Académica 100% descuento en aranceles de Carrera	VILLAVICENCIO FRANCO ARIANNA	CARRERA DE JURISPRUDENCIA	OCTAVO

## Anexo 4

## Test SCL -90-R

**CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL – 90 – R)**

Derogatis, L., 1977

Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988

Nombres y apellidos: .....

Nº: ..... Sexo: Varón Mujer Edad: ..... Fecha de hoy: .....

Procedencia: ..... Entrevistador: .....

**Instrucciones**

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodeo con un círculo el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

**RODEE CON UN CIRCULO LA ADVERTENCIA ELEGIDA**

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4

13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando.	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpita o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4

50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores.	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4

87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

**FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS  
FRASES**

-----  
**Entrevistado:**

<b>HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA</b>				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente