

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y FACTORES RELACIONADOS EN
ESTUDIANTES DE PRE Y POSTGRADO EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**MIGUEL ANGEL SIMANCAS PALLARES
JOHN EDWARD GIRALDO SILVA
KELDYS KHATRINIS MARTÍNEZ VERGARA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARTAGENA – BOLIVAR
2016**

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y FACTORES RELACIONADOS EN
ESTUDIANTES DE PRE Y POSTGRADO EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

PROYECTO DE INVESTIGACION

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
MIGUEL ANGEL SIMANCAS PALLARES**

Odontólogo. Universidad de Cartagena
Especialista en Estadística Aplicada. Universidad Tecnológica de Bolívar
Magíster en Epidemiología Clínica. Universidad Nacional de Colombia

**CO- INVESTIGADORES ESTUDIANTES
JOHN EDWARD GIRALDO SILVA
KELDYS KATHRINIS MARTINEZ VERGARA**

Estudiantes de Odontología. Universidad de Cartagena

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
INVESTIGACIÓN APLICADA III
CARTAGENA, BOLÍVAR
2016**

CONTENIDO

| | Pag. |
|---|------|
| RESUMEN..... | 8 |
| INTRODUCCION..... | 10 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 13 |
| 2. JUSTIFICACION..... | 16 |
| 3. OBJETIVOS..... | 17 |
| 3.1. General | |
| 3.2. Específicos | |
| 4. MARCO TEORICO..... | 18 |
| 5. METODOLOGIA..... | 26 |
| 5.1. Tipo de estudio. | |
| 5.2. Tipo de muestra y muestreo. | |
| 5.3. Selección de la población. | |
| 5.3.1. Criterios de inclusión. | |
| 5.3.2. Criterios de exclusión. | |
| 5.4. Técnica e instrumentos para la recolección de datos. | |
| 5.5. Consideraciones éticas. | |
| 5.6. Procesamiento y análisis de los datos. | |

| | |
|-------------------------|----|
| 6. RESULTADOS..... | 29 |
| 7. DISCUSION..... | 54 |
| 8. CONCLUSION..... | 58 |
| 9. RECOMENDACIONES..... | 59 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 60 |
| ANEXOS..... | 63 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Nivel profesional..... | 29 |
| Tabla 2. Frecuencia de género..... | 29 |
| Tabla 3. Estrato socioeconómico..... | 30 |
| Tabla 4. Estado civil..... | 30 |
| Tabla 5. Ciclo de la carrera..... | 31 |
| Tabla 6. Programa de postgrado..... | 31 |
| Tabla 7. Estado laboral..... | 32 |
| Tabla 8. Ingresos..... | 32 |
| Tabla 9. Cambios economicos..... | 33 |
| Tabla 10. Conflictos..... | 33 |
| Tabla 11. Abandono..... | 34 |
| Tabla 12. Situaciones..... | 34 |
| Tabla 13. Abuso..... | 35 |
| Tabla 14. Enfermedades sistémicas..... | 35 |
| Tabla 15. Enfermedades psiquiátricas..... | 36 |
| Tabla 16. Estado de salud..... | 36 |
| Tabla 17. Condición académica..... | 37 |
| Tabla 18. Hijos..... | 37 |
| Tabla 19. Amigos..... | 38 |
| Tabla 20. Esparcimiento..... | 38 |
| Tabla 21. Tabaco..... | 39 |
| Tabla 22. Alcohol. | 39 |
| Tabla 23. Consumo problemático de alcohol..... | 39 |

| | |
|---|----|
| Tabla 24. Sustancias psicoactivas..... | 40 |
| Tabla 25. Deporte..... | 40 |
| Tabla 26. Presencia de TMC..... | 41 |
| Tabla 27. TMC asociado a sexo..... | 41 |
| Tabla 28. TMC asociado a ciclo de la carrera..... | 42 |
| Tabla 29. TMC asociado a estrato socioeconómico..... | 42 |
| Tabla 30. TMC asociado a nivel educativo..... | 43 |
| Tabla 31. TMC asociado a estado civil..... | 44 |
| Tabla 32. TMC asociado a estado laboral..... | 44 |
| Tabla 33. TMC asociado a ingresos..... | 45 |
| Tabla 34. TMC asociado a cambios económicos..... | 45 |
| Tabla 35. TMC asociado a conflictos..... | 46 |
| Tabla 36. TMC asociado a abandono..... | 47 |
| Tabla 37. TMC asociado a situaciones..... | 47 |
| Tabla 38. TMC asociado a abuso..... | 48 |
| Tabla 39. TMC asociado a enfermedades sistémicas..... | 48 |
| Tabla 40. TMC asociado a condición académica..... | 49 |
| Tabla 41. TMC asociado a hijos..... | 49 |
| Tabla 42. TMC asociado a estado de salud..... | 50 |
| Tabla 43. TMC asociado a presencia de amigos..... | 51 |
| Tabla 44. TMC asociado a esparcimiento..... | 51 |
| Tabla 45. TMC asociado a consumo de alcohol..... | 52 |
| Tabla 46. TMC asociado a consumo de sustancias..... | 52 |
| Tabla 47. TMC asociado a la práctica de deporte..... | 53 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|--|------|
| 1. Consentimiento informado..... | 64 |
| 2. Instrumento para la recolección de datos..... | 66 |

RESUMEN

Problema. Los trastornos mentales son afecciones o síndromes psíquicos y comportamentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y al comportamiento social adaptativo. Se describieron a través de la historia y en todas las culturas, pese a la vaguedad y dificultades de definición de este tipo de trastornos.

Objetivo. Estimar la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) y factores relacionados en estudiantes de pre y postgrado de la facultad de Odontología de la universidad de Cartagena.

Metodología. Se realizó un estudio de corte transversal en la mayoría de los estudiantes de pre y postgrado de Odontología de la universidad de Cartagena. La medición de los TMC se realizó empleando el instrumento General Health Questionnaire (GHQ-12) a través de una encuesta autoadministrada. Una vez recogida la información, se tabuló y analizó empleando estadística descriptiva e inferencial a través de X y análisis multivariado con regresión logística. El análisis se realizó en el paquete STATA para Windows.

Resultado. La recolección de la muestra estuvo integrada por un total de 377 estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena, entre el primer y el décimo semestre de pregrado y postgrado de Estomatología, Endodoncia y Odontopediatria, con un predominio del sexo femenino, con una edad que oscila 16 y 45 años, con predominio de estratos socioeconómicos de 1, 2 y 3, la mayoría eran solteros, la variable más común dentro de la muestra fueron los recientes cambios económicos, la variable estado de salud general los resultados que más presentó fueron regular, son pocos los que presentan patologías físicas o psicológicas diagnosticadas, bajo consumo de tabaco y sustancias psicoactivas y alto consumo de alcohol, la mayoría de la muestra arroja en el total del puntaje de instrumento *General Health Questionnaire (GHQ-12)* puntajes que nos permiten interpretar que presentan TMC.

Conclusión. Los resultados obtenidos en esta investigación confirman la alta prevalencia que tienen los trastornos mentales comunes en los estudiantes de pre y post grado de Odontología en la universidad de Cartagena, y la relación del padecimiento con respecto a los factores como el estrés, la sobrecarga académica, el trabajo; entre otros.

PALABRAS CLAVES. Odontología, trastorno mental, estrés, depresión, ansiedad, psicosis, estudiantes de Odontología. (Fuentes: DeCS - Bireme)

INTRODUCCION

Según la OMS la salud se define como, el estado de completo bienestar físico, mental y social; no solamente la ausencia de enfermedad. En la salud como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"¹. Por otro lado la salud mental es definida como, un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad².

Se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u

¹. VARGAS JOHNNY. Promoción de la Salud Mental. En: Revista electrónica Psyconex. 2015; vol. 7no

² WHO (2011). World Health Organization. Retrieved on June 15, 2011, of http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

otros), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto. Muchos son los signos o síntomas que dan muestra de que alguien está sufriendo un trastorno mental. Entre los mismos se encuentran trastornos del sueño, tristeza, ansiedad, alteraciones en lo que es la memoria, dificultad palpable para pensar con absoluta claridad, conducta de tipo agresivo o incluso cambios y problemas en lo que es tanto la percepción visual como la auditiva.

Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. Sin embargo, la definición de trastorno mental sufrió variaciones con el paso del tiempo. Hasta 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluía a la homosexualidad y la transexualidad en su listado de trastornos mentales.

Varios informes indican que los estudiantes de medicina, odontología, enfermería y farmacia presentan altos niveles de estrés y perturbación psicológica durante el curso de sus estudios, a menudo en niveles que son perjudiciales. Presentan altos niveles de angustia psicológica la cual se encuentra relacionada con una amplia gama de resultados negativos tales como el rendimiento académico, conducta no profesional, el agotamiento y, puede incluso predisponer a la discapacidad mental y física³. Sin embargo otros estudios muestran que al momento de comparar los resultados de un estudiante de odontología con uno de medicina, revela que a medida que pasan los años el estudiante de medicina va disminuyendo la predisposición o los factores de

³ . DIVARIS KIMON et al.: Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. En: BMC Medical Education 2013 13:91.

riesgo de presentar un TMC mientras que en el último año de Odontología es donde más factores de riesgo presenta el estudiante⁴. Por tal motivo se investigó sobre los trastornos mentales comunes a los que están predispuestos los estudiantes de Odontología de pre y postgrado en la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

⁴ . HUMPHRIS GERRY, BLINKHORN ANDY, FREEMAN RUTH, GORTER RONALD, HOAD-REDDICK GILLIAN, MURTOMAA HEIKKI, O'SULLIVAN ROBIN, SPLIETH CHRISTIAN: Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. En: Eur J Dent Educ 2002, 6:22–29

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación en Odontología es desafiante y en muchas ocasiones demanda recursos mentales de sus estudiantes extendiendo su residencia psicológica haciéndolos susceptibles entonces a estados de salud física y mental negativos.^{5,6} En 1978 Wexler evidencian que ciertas áreas tiene problemas inherentes y se hacen notar a través de síntomas psicológicos como ansiedad y en ocasiones pánico.

En comparación con la población general, los estudiantes de Odontología reportan experimental niveles de ansiedad y depresión en algunas ocasiones superiores a los niveles vistos en pacientes psiquiátricos^{7, 8}. En Colombia Divaris, Mafla y Villatorres et al en 2013, evidenciaron niveles alarmantes de malestar psicológico en estudiantes de Odontología través de un estudio multicentrico. Así mismo describieron múltiples factores relacionados y desencadenantes (sexo, estrato, fuentes de ingresos, currículo) de este malestar psicológico⁹. Por otro lado algunos factores como tener hijos y trabajar

⁵ SCHELE IA, HEDMAN LR, HAMMARSTRÖM A. A model of psychosocial work environment, stress, and satisfaction among dental students in Sweden. En: Journal of dental education. 2012; 76(9):1206-17.

⁶ ABU-GHAZALEH SB, RAJAB LD, SONBOL HN. Psychological stress among dental students at the University of Jordan. En: Journal of dental education. 2011; 75(8):1107-14.

⁷ DIVARIS K, LAI C, POLYCHRONOPOULOU A, ELIADES T, KATSARON C. Stress and burnout among Swiss dental residents. Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin= Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie. En: Rivista mensile svizzera di odontología e stomatologia/SSO. 2011; 122(7-8):610-5.

⁸ GORTER R, FREEMAN R, HAMMEN S, MURTOOMA H, BLINKHORN A, HUMPHRIS G. Psychological stress and Health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with firsts year baseline results from five European.

⁹ DIVARIS K, MAFLA AC, VILLA-TORRES L, SÁNCHEZ-MOLINA M, GALLEGO-GOMEZ CL, VELEZ-JARAMILLO LF, et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. En: BMC medical education. 2013; 13(1):91

simultáneamente; pueden generar sobrecarga en estos estudiantes haciéndolos más susceptibles de desarrollar otras patologías como agotamiento, la cual evidencia alta prevalencia en estudiantes de Odontología^{10 11}.

Es evidente que un estudiante con malestar psicológico, tenga mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental común (TMC) si las fuentes de este malestar no son intervenidas a tiempo. Estos TMC abarca un espectro de desórdenes psiquiátricos que incluyen: depresión, suicidio, angustias, psicosis (neurosis), agitación, epilepsia y alcoholismo.

Las psicosis o neurosis constituyen los trastornos mentales más graves que se pueden presentar en la población. Aunque su frecuencia no es muy alta, es indispensable identificarlas precozmente e instaurar tratamiento para así evitar visitas a centros especializados a salud mental. Entre otros síntomas, estos pacientes presentan alteraciones varias que pueden incluir: ideas delirantes, incoherencia, sentimientos inapropiados, gran actividad o lentitud en los movimientos.

Aun cuando sean investigadas ampliamente las condiciones de estrés, ansiedad, depresión, agotamiento en estudiantes de Odontología, la ocurrencia de TMC tales como neurosis; las cuales no se encuentran bien documentadas. Así y conociendo la importancia de esta patología la cual puede llegar a tornarse

¹⁰ . TAKARADA T, ASADA T, SUMI Y, HIGUCHI Y. Effect of a rotation training system on the mental Health status of postgraduate dental trainees at Kyushu University Hospital, Fukuoka, Japan. En: Journal of dental education. 2014; 78(2):243-9.

¹¹ . GALAN F, RIOS-SANTOS JV, POLO J, RIOS-CARRASCO B, BULLON P. Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. En: Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal. 2014; 19(3):206.

incapacitante e incluso puede generar reincidencia de por vida en la población surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales comunes y factores relacionados en estudiantes de Odontología de pre y postgrado en Cartagena?

2. JUSTIFICACION

Dada la gravedad de este trastorno, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 propuso la utilización de un instrumento (Self Reporting Questionnaire-20) para tamizaje de pacientes con trastornos mentales comunes especialmente en países en vía de desarrollo.

Paz-Fonseca y Cols en 1999 empleando el SQR-20, estimaron una prevalencia puntual de TMC de 56.7% en población adulta en Honduras. Los trastornos más comunes fueron: ansiedad y depresión. Así mismo los hombres tuvieron mayor frecuencia de estas patologías que las mujeres. Otros estudios realizados por Harpham y Cols en 2005 en Colombia, reportaron prevalencia de TMC en población joven de 24% empleando el SQR-20 ¹²

Sin embargo, debido a la extensión de dicho cuestionario y enfrentando el miedo que la población estudio no acceda a responder de manera sensata la encuesta se recurrió al uso del *General Health Questionnaire (GHQ-12)* teniendo en cuenta que el formato no fue diseñado con el fin de realizar diagnósticos específicos, su propósito es que de una manera fácil, rápida y económica

¹² HARPHAM T, SNOXELL S, GRANT E, RODRIGUEZ C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. En: The British Journal of Psychiatry. 2005; 187(2): 61-167..

brindarnos la opción de evaluar el estado emocional de los pacientes durante el último mes¹³ .

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Estimar la prevalencia de TMC y factores relacionados en estudiantes de Odontología de Cartagena.

3.2. ESPECÍFICOS

- Describir las condiciones sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Describir la frecuencia de TMC en estudiantes de Odontología.
- Describir la frecuencia de TMC en estudiantes de Odontología de acuerdo a variables sociodemográficas y de interés de estudio.
- Describir la ocurrencia de factores relacionados a la aparición de TMC.
- Estimar la relación existente entre los factores en estudio y TMC.

¹³ ARIAS AC. Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga Colombia. En: Iatreia. 2007; 20(1).

4. MARCO TEORICO

Las enfermedades mentales o psicológicas son desórdenes o trastornos del cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse o identificarse con otros. Frecuentemente disminuyen la capacidad de una persona para afrontar las exigencias normales de la vida diaria. Todas las enfermedades mentales son causadas por desórdenes químicos del cerebro. Estas enfermedades pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica. Estas alteraciones se manifiestan en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.¹⁴

La mayoría de las personas que tienen una enfermedad mental necesitan medicamentos para ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad. La ayuda de un consejero, los grupos de auto-ayuda, el acceso a una vivienda adecuada, la rehabilitación vocacional, ayuda económica y otros servicios de la comunidad pueden ofrecerse el apoyo y la estabilidad necesarios para la recuperación de la persona que tiene una enfermedad mental.¹⁵

Existen muchas enfermedades mentales que se manifiestan en trastornos físicos o de ánimo. Dentro de las enfermedades mentales o psicológicas se clasifican la

¹⁴ CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES), SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN: Guía de Estilo, pag. 25.

¹⁵ 15. NAMI (2016). National Alliance on Mental Illness. <http://www.namihillsborough.org/las-enfermedades-mentales.html>

esquizofrenia, las enfermedades depresivas y los desórdenes de la personalidad. Dentro de estos últimos se encuentran los desórdenes obsesivos-compulsivos, la fobia social, el síndrome premenstrual y algunos otros. Las más comunes entre estas enfermedades son:

El estrés

Las personas pueden experimentar el estrés cuando se ven ante eventos importantes los cuales pueden ser peligrosos o muy difíciles de superar. Entre los síntomas psicológicos del estrés están la ansiedad y la tensión, la preocupación incontrolable, irritación, distracción, y dificultad en aprender cosas nuevas. ¹⁶

La neurosis

Son las afecciones que muestran un malfuncionamiento del sistema nervioso. En las neurosis no hay lesión física ni alteración de la personalidad. Las principales neurosis son la ansiedad, una incontrolable obsesión por evitar situaciones peligrosas y una falta de acoplarse con personas. Algunos ejemplos de neurosis son el pánico, la fobia social, el desorden compulsivo-obsesivo, y el estrés postraumático. ¹⁷

La hipocondría

La hipocondría es un desorden neurótico en el cual la persona canaliza las ansiedades, las preocupaciones y los pensamientos obsesivos para

¹⁶ ARIAS F, GONZÁLEZ M. 2009. Estrés, Agotamiento Profesional (burnout) y Salud en Profesores de Acuerdo a su Tipo de Contrato. En: Cienc Trab. JulSep; 11 (31): 172-176.

¹⁷ . VERA G, VALENCIA M. Mecanismos definitorios y vinculaciones con la realidad. En: Revista electrónica Psyconex. 2010; vol. 2 N°3.

convencerse de que tiene una enfermedad física específica (ejemplo: el cáncer del colon). Es decir que los hipocondríacos están preocupados porque padecen de una enfermedad, aunque informes médicos indiquen lo contrario. Los hipocondríacos gastan mucho tiempo y dinero visitando doctores y haciéndose varios exámenes.

Las relaciones entre estos enfermos y los doctores y enfermeras pueden en muchos casos ser conflictivas; hasta el punto en que una verdadera enfermedad puede llegar a no ser diagnosticada por aquellas personas que están cansadas de atender enfermos mentales que previamente han insistido en una enfermedad que no existe.¹⁸

El desorden de la somatización

Es un desorden muy raro, pero toma mucho tiempo controlarlo. La persona, usualmente una mujer, tiene una historia médica larga y complicada y una serie de síntomas dramáticos pero vagos que demandan la atención inmediata del doctor. Las quejas por lo general se basan en dolores gastrointestinales, ginecológicos y senso-motores. Las personalidades y vidas de estas personas son dramáticas y caóticas.¹⁹

El desorden facticio

Los individuos que sufren de esta enfermedad mental crean la apariencia de una enfermedad física para ser el centro de atención médica y/o para obtener varios tipos de droga. Las personas que sufren de este desorden por lo general se

¹⁸ ROVALETTI ML. La hipocondría: un drama en forma de preguntas. En: Revista Latinoamericana de Psiquiatría. 2012; 11(2):52-59.

¹⁹ FLORENZANO R, FULLERTON C, ACUÑA J, ESCALONIA R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. En: Revista chilena neuro-psiquiatría. 2002; 40: 47-55.

vuelven evasivas y agresivas cuando se les hacen preguntas o se les desafía a aclarar la inconsistencia de sus síntomas. Muchas se escapan de los hospitales o clínicas para ir en busca de otros centros médicos. Muchos individuos con este tipo de desorden tienden a tener un comportamiento y una personalidad similar a aquellos que sufren de somatización.²⁰

La esquizofrenia

La esquizofrenia es un conjunto de severos síntomas psicológicos los cuales hacen difícil trabajar, jugar y estar con otras personas. Síntomas "positivos" incluyen ilusiones (creencias irracionales), alucinaciones (experiencias sensoriales por falta de estímulo), pensamiento y habla incoherentes, paranoia o ansiedad intensa e incontrolable y un comportamiento extraño. Entre los síntomas negativos están la pérdida de experiencias y expresiones emocionales, pérdida de poder e iniciativa, inhabilidad de experimentar placer o de interesarse en cosas, y aislamiento de personas.²¹

La paranoia

En general esta enfermedad se refiere a altos niveles de sospecha y desconfianza, usualmente vistos en las creencias o desilusiones de que ella o él son víctimas del odio, celos y resentimientos de otras personas. La persona que sufre de la paranoia esquizofrénica tiene presentimientos de que ella o él van a ser perseguidos por otros, como el vecino, el gobierno, o un extraterrestre; o por

²⁰ CATALINA ML, DE UGARTE L, MOERNO C. Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación? En: Actas Españolas de Psiquiatría. 2009; 37(1):57-59.

²¹ ALANEN Y.O. La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. En: Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. 2003

el personas especiales tales como "el Mesías" (un presentimiento de grandiosidad).

La persona que sufre del desorden personal paranoico parece normal, pero es sospechosa, desconfiada, hostil, controladora y rápida para desarrollar resentimientos y celos. Algunos hombres que golpean a sus esposas o novias sufren de esta enfermedad mental. ²²

La depresión

La depresión es un problema emocional muy grave en el cual el individuo no deja de sentirse triste y vacío, y constantemente se siente sin ayuda o esperanza. Las personas deprimidas, usualmente sufren de ansiedad e irritabilidad, una falta de motivación, y una pérdida de placer en las cosas que antes les gustaba hacer.

También tienen problemas con el apetito, el sueño, y sufren de dolores. Muchas personas deprimidas tienen pensamientos suicidas y entre el diez y el quince por ciento terminan por quitarse la vida.²³

La manía

Es un período de tiempo (por lo general de una semana a un mes) en el cual la persona es y se siente muy feliz, habla mucho, es activa e impulsiva. En muchos casos, en los momentos de manía, a pesar de sentirse confidente y feliz, la persona puede llegar a sentirse nerviosa e irritada. Muchos maniáticos parecieran tener una energía infinita y solamente necesitan pocas horas de

²² MINGOTE JC, DEL PINO P, HUIDOBRO A, GUTIÉRREZ D, DE MIGUEL I, GÁLVEZ M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: Diagnóstico y tratamiento. En: Medicina y seguridad del trabajo. 2007; Vol LIII N°208: 00-00

²³ DÍAZ L, TORRES V, URRUTIA E, MORENO R, FONT I, CARDONA M. 2006. Factores psicosociales de la depresión. En: Revista Cubana Med Milit 2006; 35(3).

sueño, si es que duermen del todo. Con la manía en su forma intermedia —la hipomanía— el individuo puede llegar a ser muy creativo y productivo en su trabajo.

En sus diferentes formas la persona se convierte en psicótica. Es decir pierde la habilidad de pensar correctamente y hace juicios realistas a la vez que puede experimentar alucinaciones. Muchos individuos tienden a ser impulsivos, demandantes, agresivos, lo cual resulta en gastos enormes de dinero, consumo excesivo de alcohol, promiscuidad sexual y problemas con la ley. ²⁴

La manía-depresiva

Aproximadamente una a dos de cada 100 a 250 personas alrededor del mundo experimentan de una manera u otra episodios de manía intermedia o severa, junto con episodios de depresión. Si los momentos de ambos tipos de problemas emocionales son intermedios, la condición se conoce como clonimia. Si los episodios de depresión son severos, sin importar si la manía es leve o severa, entonces la condición emocional se llama desorden bipolar, comúnmente conocido como "manía-depresiva". Personas entre los 17 a 25 años de edad tienen a ser víctimas de este tipo de problema emocional, y usualmente es crónico.

Muchos individuos que sufren de estos desordenes tienden a recuperarse en medio de episodios, y hay una asociación con la creatividad y el ingenio artístico que la persona puede desarrollar. Sin embargo, el impacto que este desorden causa en la vida de una persona es devastador. El nivel de problemas

²⁴ LUQUE R, BERRIOS G. Historia de los trastornos afectivos. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011; vol. 40. pag. 120-146.

matrimoniales, abuso de sustancias, suicidio y problemas con la ley es muy alto.²⁵

El delirio

También conocido como "el rápido inicio del síndrome cerebral," el delirio es una condición psicológica asociada con graves problemas físicos (ejemplo: sobredosis de droga o envenenamiento). Entre los síntomas están la confusión y la desorientación, pérdida de conciencia, agitación, apatía e ilusiones (falta de percepción del estímulo externo, tal como escuchar el ruido de las ruedas de una camilla de hospital e imaginarse que es una máquina maquiladora que viene a despedarlo.) El delirio debe tomarse muy en serio y debe ser tratado inmediatamente, porque puede representar un grave problema físico.²⁶

La demencia

La demencia se refiere a una disminución o deterioro generalizado de las facultades intelectuales, como la pérdida de memoria, atención y pensamiento abstracto. La persona que sufre de demencia se puede perder fácilmente y puede ser incapaz de hacer cosas simples como volver a entrar a la casa después de que haya cerrado la puerta. La depresión y la paranoia usualmente son asociadas con la demencia, y algunos dementes desarrollan alucinaciones. Uno de los mejores ejemplos de demencia es la enfermedad de Alzheimer, la cual empieza típicamente a los 55 años.²⁷

²⁵ CALLEJÓN A. Análisis bibliométrico del trastorno bipolar. En: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003; Vol. 3 N°1, pág. 163-176.

²⁶ OLIVOS P. La mente delirante. Psicopatología del delirio. En: Revista chilena de neuropsiquiatría. 2009; 47(1): 67-85.

²⁷ OLAZARÁN-RODRÍGUEZ J, AGÜERA ORTIZ LF, MUÑIZ-SCHWOCHERT R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. En: Revista de Neurología. 2012; 55: 598-608

El narcisismo

La persona con este tipo de personalidad tienen una incontrolable necesidad de sentirse importante, exitosa y admirada por todo el mundo. Ellos actúan como si fueran únicos y merecedores de favores especiales. Por lo general, a los narcisistas no les importan los sentimientos y/o resentimientos de las otras personas, y están celosos de los éxitos de los demás.²⁸

²⁸ ARAGONÉS J. El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica. En: Buenos aires: Nueva visión, SAIC. 1999

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se planteó un estudio descriptivo de corte transversal en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.²⁹

5.2. TIPO DE MUESTRA Y MUESTREO

La muestra estuvo formada por la mayoría de los estudiantes de pregrado y postgrado matriculados y académicamente activos en la facultad de Odontología de la universidad de Cartagena.

5.3. SELECCIÓN DE POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 349 estudiantes de pregrado y 28 de posgrado, para un total de 377 participantes, que accedieron de manera voluntaria a participar en este proyecto, leyendo y firmando el consentimiento informado para posteriormente iniciar con el diligenciamiento de la encuesta.

5.3.1. Criterios de inclusión:

- Estar matriculado y académicamente activo en la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena en pregrado o posgrado.
- Estudiantes que voluntariamente, aceptaron participar a través de la firma de consentimiento informado.

²⁹ F. PHILIP RICE, Desarrollo humano: estudio del ciclo vital, pág. 20 y 21

5.3.2. Criterios de exclusión

- No hubo tales criterios, la única razón por la cual no se realizaba la participación era que el estudiante no accediera a esta.

5.4 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Se aplicó un instrumento tipo encuesta diseñado por el equipo de investigadores, que evalúa diversos factores que se encuentran presentes en la población encuestada que predispongan al encuestado a padecer un trastorno mental común. La medición de los TMC se realizó empleando el instrumento *General Health Questionnaire (GHQ-12)* a través de una encuesta autoadministrada. Una vez recogida la información, se tabuló y analizó empleando estadística descriptiva e inferencial a través de X y análisis multivariado. El análisis se realizó en el paquete STATA para Windows.

5.5. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la legislación para ética en investigación vigente a nivel nacional (Resolución 008430 de 1993) la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud;³⁰ e internacional (declaración de Helsinki, modificada en Edimburgo, 2000) que establece que en toda investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad

³⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD: Resolución N° 008430 De 1993 (4 De Octubre De 1993).

de la información personal de las personas que participan en investigación ³¹. El presente estudio se clasifica con riesgo menor que el mínimo. No obstante todos los participantes firmaron un consentimiento informado para autorizar su participación en donde se explicaban los riesgos, beneficios derivados de la investigación y se garantizó la confidencialidad de la información. En este sentido, el presente estudio contó con aprobación por parte del comité de ética en investigación de la universidad de Cartagena (Acta 032 de Agosto de 2014).

5.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez recogida las encuestas realizadas por la población de estudio, se tabularon en una base datos la cual fue procesada mediante la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2010.

Los datos se analizaron mediante la prueba univariado, bivariado y multivariado a través de test no paramétrico con Chi-cuadrado para la posterior comparación de los resultados de los estudiantes agrupándolos de acuerdo a la presencia o no de trastornos mentales comunes, así como también fueron agrupados de acuerdo a la edad, sexo, tipo de estudiante, programa, semestre, entre otros.

³¹ DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.

6. RESULTADOS

La recolección parcial de la muestra está integrada por un total de 377 estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena, entre el primer y el décimo semestre de pregrado y postgrado (TABLA 1), con un predominio del sexo femenino (TABLA 2), con media de edad de 21.32 (16-43) años, con predominio de estrato socioeconómico bajo y medio (TABLA 3), casi la totalidad de la muestra eran solteros (TABLA 4).

TABLA 1. NIVEL PROFESIONAL EN EL QUE SE ENCONTRABA LA POBACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| <i>Nivel</i> | <i>Pregrado</i> | <i>349</i> | <i>92.57 %</i> |
| <i>Profesional</i> | <i>Posgrado</i> | <i>28</i> | <i>7.46 %</i> |
| | <i>Total</i> | <i>377</i> | <i>100%</i> |

TABLA 2. FRECUENCIA DE GENERO PRESENTE EN LA POBACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-------------|------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Sexo</i> | <i>Masculino</i> | <i>241</i> | <i>63.93%</i> |
| | <i>Femenino</i> | <i>136</i> | <i>36,07%</i> |
| | | | <i>100%</i> |
| | <i>Total</i> | <i>377</i> | |

TABLA 3. ESTRATO SOCIO ECONOMICO EN EL QUE SE ENCONTRABA LA POBACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|----------------|--------------|-------------------|-------------------|
| <i>Estrato</i> | <i>Bajo</i> | 173 | 47.14 % |
| | <i>Medio</i> | 175 | 47.68 % |
| | <i>Alto</i> | 19 | 5.18 % |
| | <i>Total</i> | 367 | 100% |

TABLA 4. ESTADO CIVIL EN EL QUE SE ENCONTRABA LA POBACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| <i>Estado</i> | <i>Soltero</i> | 343 | 91.22 % |
| <i>civil</i> | <i>Casado</i> | 17 | 4.52 % |
| | <i>U. Libre</i> | 16 | 4.26 % |
| | <i>Total</i> | 376 | 100% |

El ciclo de la carrera en la que se encuentran los estudiantes de odontología tanto de pregrado como posgrado estuvo muy equitativos (TABLA 5).

TABLA 5. CICLO DE LA CARRERA EN EL QUE SE ENCONTRABA LA POBACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------|----------------|-------------------|-------------------|
| <i>Ciclo</i> | <i>Básico</i> | 183 | 48.54 % |
| | <i>Clinico</i> | 194 | 51.46 % |
| | <i>Total</i> | 377 | 100% |

Los participantes del estudio por parte de los diferentes programas de posgrado (Estomatología, Endodoncia, Odontopediatria y Ortodoncia) estuvieron distribuidos de la siguiente manera (TABLA 6):

TABLA 6. PROGRAMA DE POSTGRADO AL QUE PERTENECIAN LOS PARTICIPANTES

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-----------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Programa</i> | <i>Pediatría</i> | 7 | 26.92 % |
| | <i>Estomatologia</i> | 5 | 3.85 % |
| | <i>Ortodoncia</i> | 3 | 19.26% |
| | <i>Endodoncia</i> | 13 | 50.00 % |
| | <i>Total</i> | 28 | 100% |

En cuanto al estado laboral, un 12.91% de la muestra trabaja (TABLA 7); presentando un ingreso de 1 salario mínimo mensual legal vigente (TABLA 8). Añadiendo que más de la mitad de la población no percibía cambios en este aspecto (TABLA 9).

TABLA 7. ESTADO LABORAL QUE PRESENTABA LA POBLACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Programa</i> | <i>No Trabaja</i> | 317 | 87.09 % |
| | <i>Si Trabaja</i> | 47 | 12.91 % |
| | <i>Total</i> | 364 | 100% |

TABLA 8. NIVEL DE INGRESOS QUE PRESENTABA LA POBLACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-----------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Ingresos</i> | <i><1 SMMLV</i> | 25 | 50.00 % |
| | <i>1-2 SMMLV</i> | 12 | 24.00 % |
| | <i>3-4 SMMLV</i> | 8 | 16.00 % |
| | <i>4-5 SMMLV</i> | 3 | 6.00 % |
| | <i>>5 SMMLV</i> | 2 | 4.00 % |
| | <i>Total</i> | 50 | 100% |

TABLA 9. PRESENCIA DE CAMBIOS ECONOMICOS EN LOS PARTICIPANTES

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Cambios Economicos</i> | <i>Si hay cambios</i> | 150 | 40.87 % |
| | <i>No hay cambios</i> | 217 | 59.13 % |
| | <i>Total</i> | 367 | 100% |

En cuanto la presencia de conflictos con los padres o algún miembro de la familia solo el 25.33% los presentaban (TABLA 10). La variable sobre la experiencia de abandono por parte de algún familiar tuvo una frecuencia baja donde solo 48 presentaron dicha experiencia (TABLA 11), en cuanto a presentaron situaciones como: promiscuidad sexual, uso de drogas o violencia la frecuencia fue baja, solo el 7.97% las presentaron (TABLA 12). Sin embargo; la presencia de abuso o maltrato ya sea físico, mental, sexual o emocional fue más elevada llegando a un 18.87% (TABLA 13).

TABLA 10. PRESENCIA DE CONFLICTOS EN EL ENTORNO DEL PARTICIPANTE

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-------------------|---------------|-------------------|-------------------|
| <i>Conflictos</i> | <i>No hay</i> | 280 | 74.67 % |
| | <i>Si hay</i> | 95 | 25.33 % |
| | <i>Total</i> | 375 | 100% |

TABLA 11. PADECIMIENTO DE ABANDONO POR PARTE DE UN FAMILIAR HACIA EL PARTICIPANTE

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-----------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Abandono</i> | <i>No presentó</i> | 329 | 87.27 % |
| | <i>Presentó</i> | 48 | 12.73 % |
| | <i>Total</i> | 377 | 100% |

TABLA 12. PRESENCIA DE SITUACIONES PROMISCUIDAD SEXUAL, USO DE DROGAS O VIOLACENCIA EN LA POBLACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Abuso físico, mental o sexual</i> | <i>No presenta</i> | 347 | 93.03 % |
| | <i>Presenta</i> | 26 | .7.97 % |
| | <i>Total</i> | 373 | 100% |

TABLA 13. PRESENCIA DE ABUSO DE ABUSO FISICO, MENTAL O SEXUAL EN LOS PARTICIPANTES

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Presencia de abuso</i> | <i>No fue abusado</i> | 301 | 81.13 % |
| | <i>Fue abusado</i> | 70 | 18.87 % |
| | <i>Total</i> | 371 | 100% |

Fueron pocos los que presentaron enfermedades sistémicas, físicas o psiquiátricas (TABLA 14, 15). Sobre el estado de salud general la mitad de la población afirma encontrarse bien, los restantes se dividieron entre regular y malo, siendo malo solo el 2.97% (TABLA 16).

TABLA 14. ENFERMEDADES SISTÉMICAS

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Enfermedades Sistémicas</i> | <i>Presenta</i> | 336 | 90.08 % |
| | <i>No presenta</i> | 37 | 9.92 % |
| | <i>Total</i> | 373 | 100% |

TABLA 15. PRESENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS EN LA POBLACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|----------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Enfermedades</i> | <i>No Presenta</i> | 364 | 97.59 % |
| <i>Psiquiatricas</i> | <i>Presenta</i> | 9 | 2.41 % |
| | <i>Total</i> | 373 | 100% |

TABLA 16. ESTADO DE SALUD GENERAL DE LA POBLACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| <i>Estado de Salud General</i> | <i>Bueno</i> | 196 | 52.97 % |
| | <i>Regular</i> | 163 | 44.05 % |
| | <i>Malo</i> | 11 | 2.97 % |
| | <i>Total</i> | 370 | 100% |

La gran mayoría presenta una condición académica regular (TABLA17).

TABLA 17. CONDICION ACADEMICA DE LA POBLACION

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Condición</i> <i>Academica</i> | <i>Regular</i> | <i>297</i> | <i>80.05 %</i> |
| | <i>Irregular</i> | <i>74</i> | <i>19.95 %</i> |
| | <i>Total</i> | <i>371</i> | <i>100%</i> |

En cuanto a tener hijos, la frecuencia de hijos fue 42 de 376 con una media de 1.15 (0 mínimo – 3 máximo) hijos (TABLA 18).

TABLA 18. PRESENCIA DE HIJOS

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| <i>Hijos</i> | <i>No Hijos</i> | <i>334</i> | <i>88.83 %</i> |
| | <i>Si Hijos</i> | <i>42</i> | <i>11.17 %</i> |
| | <i>Total</i> | <i>376</i> | <i>100%</i> |

Con relación a los amigos (TABLA 19) y al esparcimiento por semana la mayoría de la muestra respondió positivamente a esto (TABLA 20).

TABLA 19. PRESENCIA DE AMIGOS

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Amigos</i> | <i>No tiene amigos</i> | 5 | 1.33 % |
| | <i>Tiene amigos</i> | 371 | 98.67 % |
| | <i>Total</i> | 376 | 100% |

TABLA 20. TIEMPO DE ESPARCIMIENTO

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Tiempo para esparcimiento</i> | <i>No tiene tiempo</i> | 72 | 19.67 % |
| | <i>Tiene Tiempo</i> | 294 | 80.33 % |
| | <i>Total</i> | 366 | 100% |

Se presentó bajo consumo de tabaco (TABLA 21) y sustancias psicoactivas (TABLA 24), quienes fumaban lo hacían con un promedio mínimo de 0 y máximo 5 cigarrillos al día con una media de 1.4. También se presentó alto consumo de alcohol (TABLA 22); sin embargo se encontró que solo pocas muestras consideran tener un problema con este (TABLA 23). Se encontró también la poca dedicación a la práctica deportiva (TABLA 25), y quienes lo hacían dedicaban de 0 a 7 veces por semana con una media de 2.6.

TABLA 21. CONSUMO DE TABACO

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------|----------------|-------------------|-------------------|
| <i>Fumar</i> | <i>No fuma</i> | 362 | 96.28 % |
| | <i>Si fuma</i> | 14 | 3.72 % |
| | <i>Total</i> | 376 | 100% |

TABLA 23. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Consumo problemático alcohol</i> | <i>No presenta</i> | 342 | 90.72 % |
| | <i>Presenta</i> | 35 | 9.28 % |
| | <i>Total</i> | 377 | 100% |
| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| <i>Ingiere Alcohol</i> | <i>No ingiere</i> | 168 | 45.04 % |
| | <i>Si ingiere</i> | 205 | 54.96 % |
| | <i>Total</i> | 373 | 100% |

TABLA 24. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Sustancias psicoactivas</i> | <i>No consume</i> | 367 | 98.39 % |
| | <i>Consume</i> | 6 | 1.61 % |
| | <i>Total</i> | 373 | 100% |

TABLA 25. PRACTICA DE DEPORTES

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Practica deporte</i> | <i>No practica</i> | 277 | 73.67 % |
| | <i>Si practica</i> | 99 | 26.33 % |
| | <i>Total</i> | 376 | 100% |

La muestra arroja en el total del instrumento (*GHQ-12*), puntajes que dan como resultado la presencia de TMC en el 33.42% de los encuestados, asociados al estrés y a las cargas tanto académicas como personales (TABLA 26).

TABLA 26. PRESENCIA DE TMC

| | | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>TMC</i> | <i>No hay TMC</i> | <i>251</i> | <i>66.58 %</i> |
| | <i>Hay TMC</i> | <i>126</i> | <i>33.42 %</i> |
| | <i>Total</i> | <i>377</i> | <i>100%</i> |

En el análisis bivariado, se compararon las variables más importantes con la presencia o no de trastornos mentales comunes; obteniendo que en cuanto al sexo (TABLA 27) la diferencia entre padecer o no TMC no es mucha, presentando las mujeres en una mínima diferencia más probabilidad de presentar.

TABLA 27. TMC ASOCIADO A SEXO

| <i>TMC</i> | <i>SEXO</i> | | |
|-------------------|-----------------|------------------|----------------|
| | <i>Femenino</i> | <i>Masculino</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | <i>153</i> | <i>98</i> | <i>251</i> |
| <i>%</i> | <i>63.49%</i> | <i>72.06%</i> | <i>66.58%</i> |
| <i>Hay TMC</i> | <i>88</i> | <i>38</i> | <i>126</i> |
| <i>%</i> | <i>36.51%</i> | <i>27.94%</i> | <i>33.42%</i> |
| <i>Total</i> | <i>241</i> | <i>136</i> | <i>377</i> |
| <i>%</i> | <i>100.00%</i> | <i>100.00%</i> | <i>100.00%</i> |

Con base al ciclo de la carrera en el cual se encuentra la población, se observa que dicha variable no influye en presentar o no un TMC (TABLA 28). De igual forma, los estratos socioeconómicos tuvieron una similitud de presentar TMC con un 28-37% y no presentarlo con un porcentaje entre 62 y 71% (TABLA 29).

TABLA 28. TMC ASOCIADO AL CICLO DE LA CARRERA

| <i>TMC</i> | <i>CICLO</i> | | |
|-------------------|---------------|----------------|--------------|
| | <i>Básico</i> | <i>Clínico</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 121 | 130 | 251 |
| % | 66.12% | 67.01% | 66.58% |
| <i>Hay TMC</i> | 62 | 64 | 126 |
| % | 33.88% | 32.99% | 33.42% |
| <i>Total</i> | 241 | 136 | 377 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 29. TMC ASOCIADO A ESTRATO SOCIO ECONOMICO

| <i>TMC</i> | <i>ESTRATO</i> | | | <i>Total</i> |
|-------------------|----------------|--------------|-------------|--------------|
| | <i>Bajo</i> | <i>Medio</i> | <i>Alto</i> | |
| <i>No hay TMC</i> | 108 | 125 | 13 | 246 |
| % | 62.43% | 71.43% | 68.42% | 67.03% |
| <i>Hay TMC</i> | 65 | 50 | 6 | 121 |
| % | 37.57% | 28.57% | 31.58 | 32.97% |
| <i>Total</i> | 173 | 175 | 19 | 367 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

En cuanto al nivel educativo en el que se encontraba la población, los estudiantes de pregrado presentaron más TMC en comparación con los estudiantes de postgrado (TABLA 30).

TABLA 30. TMC ASOCIADO AL NIVEL EDUCATIVO

| <i>TMC</i> | <i>PRE/POS</i> | | <i>Total</i> |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | <i>Pregrado</i> | <i>Posgrado</i> | |
| <i>No hay TMC</i> | 226 | 25 | 251 |
| <i>%</i> | 64.76% | 89.29% | 66.58% |
| <i>Hay TMC</i> | 123 | 3 | 126 |
| <i>%</i> | 35.24% | 10.71% | 33.42% |
| <i>Total</i> | 349 | 28 | 377 |
| <i>%</i> | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Según el estado civil, se encontró que las personas que estaban casadas presentaban en su minoría TMC en comparación con las que estaban solteras o en unión libre (TABLA 31).

TABLA 31. TMC ASOCIADO A ESTADO CIVIL

| <i>ESTADO CIVIL</i> | | | | |
|---------------------|----------------|---------------|-----------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>Soltero</i> | <i>Casado</i> | <i>U. Libre</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 224 | 15 | 11 | 250 |
| <i>%</i> | 65.31% | 88.24% | 68.75% | 66.49% |
| <i>Hay TMC</i> | 119 | 2 | 5 | 126 |
| <i>%</i> | 34.69% | 11.76% | 31.25% | 33.51% |
| <i>Total</i> | 343 | 17 | 16 | 376 |
| <i>%</i> | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

El estado laboral (TABLA 32) y la cantidad de ingresos (TABLA 33) no influyeron en la presencia o no de TMC. Sin embargo, casi la mitad de las personas que habían presentado cambios económicos últimamente padecían algún tipo de TMC (TABLA 34).

TABLA 32. TMC ASOCIADO AL ESTADO LABORAL

| <i>TRABAJA</i> | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>No trabaja</i> | <i>Si trabaja</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 207 | 35 | 242 |
| <i>%</i> | 65.30% | 74.47% | 66.48% |
| <i>Hay TMC</i> | 110 | 12 | 122 |
| <i>%</i> | 34.70% | 25.53% | 33.52% |
| <i>Total</i> | 317 | 47 | 364 |
| <i>%</i> | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 33. TMC ASOCIADO A INGRESOS

| | | INGRESOS | | | | | |
|---------|--|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | <1 | 1-2 | 3-4 | 4-5 | >5 | |
| TMC | | SMMLV | SMMLV | SMMLV | SMMLV | SMMLV | Total |
| No hay | | 15 | 11 | 8 | 2 | 2 | 250 |
| TMC % | | 60.00% | 91.67% | 100.00% | 66.67% | 100.00% | 66.49% |
| Hay TMC | | 10 | 2 | 5 | 1 | 0 | 126 |
| % | | 40.00% | 11.76% | 31.25% | 33.33% | 0.00% | 33.51% |
| Total | | 25 | 12 | 8 | 3 | 2 | 376 |
| % | | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 34. TMC ASOCIADO CAMBIOS ECONOMICOS

| | | TRABAJA | | |
|------------|--|----------------|----------------|---------|
| TMC | | No Hay cambios | Si hay cambios | Total |
| No hay TMC | | 115 | 130 | 245 |
| % | | 76.67% | 59.91% | 66.76% |
| Hay TMC | | 35 | 87 | 122 |
| % | | 23.33% | 40.09% | 33.24% |
| Total | | 150 | 217 | 367 |
| % | | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Se obtuvo como resultado que la mitad de las personas que habían presentado conflictos con sus padres o con algún familiar (TABLA 35), que fueron abandonados por alguien cercano (TABLA 36) o aquellos que habían sufrido algún tipo de abuso o maltrato ya sea físico, sexual o mental (TABLA 38) padecía de un TMC. De igual manera la muestra que en su entorno percibió alguna situación como: promiscuidad sexual, uso de drogas o violencia, un poco menos de la mitad de los mismo presentó algún TMC (TABLA 37).

TABLA 35. TMC ASOCIADO A CONFLICTOS

| <i>TMC</i> | <i>CONFLICTOS</i> | | |
|-------------------|-------------------|---------------|--------------|
| | <i>No hay</i> | <i>Si hay</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 211 | 39 | 242 |
| % | 75.36% | 41.05% | 66.48% |
| <i>Hay TMC</i> | 69 | 56 | 122 |
| % | 24.64% | 58.95% | 33.52% |
| <i>Total</i> | 280 | 95 | 375 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 36. TMC ASOCIADO A ABANDONO

| <i>ABANDONO</i> | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>No abandono</i> | <i>Si abandono</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 227 | 24 | 251 |
| % | 69.00% | 50.% | 66.58% |
| <i>Hay TMC</i> | 102 | 24 | 126 |
| % | 31.00% | 50.00% | 33.42% |
| <i>Total</i> | 329 | 48 | 377 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 37. TMC ASOCIADO A SITUACIONES

| <i>SITUACIONES</i> | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>No hay situaciones</i> | <i>Si hay situaciones</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 234 | 14 | 248 |
| % | 67.44% | 53.85% | 66.49% |
| <i>Hay TMC</i> | 113 | 12 | 125 |
| % | 32.56% | 46.15% | 33.51% |
| <i>Total</i> | 347 | 26 | 373 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 38. TMC ASOCIADO A ABUSO

| <i>TMC</i> | <i>ABUSO</i> | | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| | <i>No fue abusado</i> | <i>Si fue abusado</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 215 | 31 | 246 |
| % | 71.43% | 44.29% | 66.31% |
| <i>Hay TMC</i> | 86 | 39 | 125 |
| % | 28.57% | 55.71% | 33.69% |
| <i>Total</i> | 301 | 70 | 371 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Detallando los resultados según las enfermedades físicas (TABLA 39), la condición académicas (TABLA 40) y la presencia de hijos (TABLA 41); analizamos que en cuanto a la presencia o no de las variables anteriormente mencionadas no hay influencia significativa para padecer o no un TMC.

TABLA 39. TMC ASOCIADO A ENFERMEDADES FISICAS

| <i>TMC</i> | <i>EF. SISTEMICAS</i> | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|--------------|
| | <i>No hay Ef. Sis</i> | <i>Si hay Ef. Sis.</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 223 | 25 | 248 |
| % | 66.37% | 67.57% | 66.49% |
| <i>Hay TMC</i> | 113 | 12 | 125 |
| % | 33.63% | 32.43% | 33.51% |
| <i>Total</i> | 336 | 37 | 373 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 40. TMC ASOCIADO A CONDICION ACADEMICA

| <i>CONDICION ACADEMICA</i> | | | |
|----------------------------|----------------|------------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>Regular</i> | <i>Irregular</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 202 | 43 | 245 |
| % | 68.01% | 58.11% | 66.04% |
| <i>Hay TMC</i> | 95 | 31 | 126 |
| % | 31.99% | 41.89% | 33.96% |
| <i>Total</i> | 297 | 74 | 371 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 41. TMC ASOCIADO A HIJOS

| <i>HIJOS</i> | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>No tiene</i> | <i>Si tiene</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 219 | 31 | 250 |
| % | 65.57% | 73.81% | 66.49% |
| <i>Hay TMC</i> | 115 | 11 | 126 |
| % | 34.43% | 26.19% | 33.51% |
| <i>Total</i> | 334 | 42 | 376 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

En otras circunstancias, en presentar un estado de salud malo influye en un alto porcentaje el padecer TMC, mientras que el tener un estado de salud regular influye de manera media a la presencia de un TMC, en centrándose en muy bajas probabilidades de que una persona con un estado de salud general bueno se vea afectada (TABLA 42).

TABLA 42. TMC ASOCIADO A ESTADO DE SALUD

| <i>TMC</i> | <i>ESG</i> | | | <i>Total</i> |
|-------------------|--------------|----------------|-------------|--------------|
| | <i>Bueno</i> | <i>Regular</i> | <i>Malo</i> | |
| <i>No hay TMC</i> | 159 | 84 | 3 | 246 |
| % | 81.12% | 51.53% | 27.27% | 66.49% |
| <i>Hay TMC</i> | 37 | 79 | 8 | 124 |
| % | 18.888% | 48.47% | 72.73% | 33.51% |
| <i>Total</i> | 196 | 163 | 11 | 370 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

Las muestras que no contaban con la presencia de amigos padecían de algún tipo de TMC en un promedio del 60% (TABLA 43), de igual manera quienes no tenían tiempo para el esparcimiento padecían TMC en el 51,39% de los casos (TABLA 44), considerándolas unas variables predisponentes.

TABLA 43. TMC ASOCIADO A PRESENCIA DE AMIGOS

| <i>TMC</i> | <i>AMIGO</i> | | <i>Total</i> |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | <i>No tiene</i> | <i>Si tiene</i> | |
| <i>No hay TMC</i> | 2 | 248 | 250 |
| % | 40.00% | 66.85% | 66.49% |
| <i>Hay TMC</i> | 3 | 123 | 126 |
| % | 60.00% | 33.15% | 33.51% |
| <i>Total</i> | 5 | 371 | 376 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 44. TMC ASOCIADO A ESPARCIMIENTO

| <i>TMC</i> | <i>ESPARCIMIENTO</i> | | <i>Total</i> |
|-------------------|----------------------|-----------------|--------------|
| | <i>No tiene</i> | <i>Si tiene</i> | |
| <i>No hay TMC</i> | 35 | 208 | 243 |
| % | 48.61% | 70.75% | 66.39% |
| <i>Hay TMC</i> | 37 | 86 | 123 |
| % | 51.39% | 29.25% | 33.61% |
| <i>Total</i> | 72 | 294 | 366 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

El hecho de consumir o no alcohol (TABLA 45) o sustancias psicoactivas (TABLA 46); en otros casos la práctica o no de algún deporte (TABLA 47) no presenta algún resultado en el padecimiento o no de algún tipo de TMC, presentado similitud en el porcentaje de los resultados obtenidos.

TABLA 45. TMC ASOCIADO AL CONSUMO DE ALCOHOL

| <i>CONSUMO DE ALCOHOL</i> | | | |
|---------------------------|-----------------------|--------------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>No hay consumo</i> | <i>Hay consumo</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 229 | 22 | 251 |
| % | 66.96% | 62.86% | 66.58% |
| <i>Hay TMC</i> | 113 | 13 | 126 |
| % | 33.04% | 37.14% | 33.42% |
| <i>Total</i> | 342 | 35 | 377 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 46. TMC ASOCIADO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

| <i>SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</i> | | | |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| <i>TMC</i> | <i>No ingiere sus.</i> | <i>Ingiere sustan.</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 244 | 5 | 249 |
| % | 66.49% | 83.33% | 66.76% |
| <i>Hay TMC</i> | 123 | 1 | 124 |
| % | 33.51% | 16.67% | 33.24% |
| <i>Total</i> | 367 | 6 | 373 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

TABLA 47. TMC ASOCIADO A LA PRACTICA DE DEPORTE

| <i>TMC</i> | <i>DEPORTE</i> | | |
|-------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| | <i>No practica</i> | <i>Practica</i> | <i>Total</i> |
| <i>No hay TMC</i> | 183 | 68 | 251 |
| % | 66.06% | 68.69% | 66.76% |
| <i>Hay TMC</i> | 94 | 31 | 125 |
| % | 33.94% | 31.31% | 33.24% |
| <i>Total</i> | 277 | 99 | 376 |
| % | 100.00% | 100.00% | 100.00% |

7. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que gran cantidad de la muestra presento algún tipo de trastorno mental común, esto se vio expresado en el 33.42% de la población total. Se llegó a la conclusión que tanto mujeres como hombres tienen casi la misma prevalencia de presentar algún trastorno mental, teniendo las mujeres por una pequeña diferencia más predisposición que los hombres a tales padecimientos. Debido a la mayor participación de mujeres que hombres, el porcentaje de prevalencia es similar en ambos sexos, las mujeres con un 36.52% y los hombres con 27.94% del total de la muestra en cada sexo. Sin embargo Arenas y Puigcerver (2009) en su estudio concluyen que no se conoce por qué las tasas de TMC son tan elevadas en las mujeres, no conocen muy bien cuáles son los factores que la desencadenan. Se cree que podría ser por factores de vulnerabilidad ya sean bioquímicos, hormonales, sociales.³²

Además se encontró que la presencia de TMC asociado al ciclo de la carrera en el que se encontraba los estudiantes ya sea clínico o básico, o el estrato socio económico al que pertenecían; no influían de manera significativa. Sin embargo, otros estudios revelan que la carga académica, las presiones de la sociedad, los problemas familiares o el tener hijos constituyen un factor predisponente para el padecimiento de depresión o estrés. Juárez y Palacio (2010) en su estudio determinaron factores de riesgo para padecer TMC, en donde encontraron

³² ARENAS MC, PUIGCERVER A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. En: Escritos de Psicología. 2009; 3(1):20-9.

problemas laborales, en la vivienda, académicos, con algún docente, con el medio social, con el transporte o incluso con el servicio médico.^{33 34}

Arrieta, Díaz y González (2012) realizaron un estudio sobre factores asociados a la presencia de ansiedad, estrés y depresión; entre los cuales encontraron con mayor frecuencia: desempeño académico deficiente o aceptable (88,4%), apoyo de amigos (85,6%), familias disfuncionales (61,7%), tiempo para el descanso (60,9%), exceso de carga académica (58,1%) y dificultades económicas (54,5%), los cuales contribuyen a padecer un trastorno mental.³⁵

El gran paso a la adolescencia, el entrar a la universidad, asumir responsabilidades, la presión académica, la carga sociocultural, el desamor y la independización generan factores estresores en el joven. Más aun cuando el joven se ve obligado a salir bien académicamente, no tener oportunidad para fallar, el fracaso o el vivir lejos del hogar supone una gran carga emocional, lo que contribuyen a desarrollar depresión, estrés, ansiedad y en muchos casos presentar ideas suicidas.³⁶

Cabe resaltar que el GHQ-12 no se diseñó con el propósito de hacer diagnósticos clínicos específicos, como la mayoría de las escalas, sino como una forma fácil, rápida y económica de evaluar el estado emocional durante las últimas cuatro

³³ JUÁREZ F, PALACIO J. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. En: Suma Psicológica. 2010; 17(1):59-68.

³⁴ MEDINA MEA, PÉREZ REG, MEJÍA DZ. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicido en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003; 32(4):341-56.

³⁵ VERGARA KA, CÁRDENAS SD, MARTÍNEZ FG. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013; 42(2):173-81.

³⁶ BALANZA GALINDO S, MORALES MORENO I, GUERRERO MUÑOZ J. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. En: Clínica y Salud. 2009; 20(2): 177-87

semanas: lo cual limita a tener certeza, si los trastornos mentales se venían presentando antes o después de ingresar a la universidad. Para conocer los diagnósticos precisos se necesita una entrevista clínica, preferiblemente estructurada, que abarque todos los diagnósticos posibles en estas categorías diagnósticas.

Esta investigación permitió evaluar algunas de las propiedades psicométricas del instrumento, donde se observó que la presencia de trastornos mentales comunes en los estudiantes de pregrado y posgrado de odontología en Cartagena se presentó en su mayoría en el sexo femenino. Los estudiantes de pregrado tuvieron más predisposición que los de posgrado. En cuanto al estado civil 119 personas solteras presentan dicho padecimiento.

Los trastornos mentales comunes son altamente prevalentes en la población general colombiana y en personas que solicitan servicios médicos generales ambulatorios. Es importante contar con instrumentos que faciliten la identificación de estos problemas en todos los contextos, especialmente cuando el personal de salud cuenta con tiempo limitado para la evaluación cuidadosa e integral de los usuarios de los servicios médicos. Debido a su calidad de instrumentos auto-administrados y a su fácil y rápida aplicación, los usuarios pueden diligenciar el GHQ-12 en la sala de espera antes de ingresar a la consulta médica.

La aplicación de este tipo de instrumento de la misma forma incrementa la frecuencia con que los pacientes comentan los síntomas emocionales en la consulta general. La mayoría de las personas con trastornos mentales comunes no consultan fácilmente por estos trastornos. No obstante, es necesario contar con profesionales preparados para llegar al diagnóstico preciso e iniciar el

tratamiento indicado para los casos identificados. La formación de médicos generales y no psiquiatras es limitada para este tipo de evaluación y manejo general.

Los resultados obtenidos en esta investigación por medio de del instrumento *General Health Questionnaire (GHQ-12)* confirman el gran padecimiento de los trastornos mentales comunes en los estudiantes de pre y post grado de Odontología en la universidad de Cartagena, y el impacto que tienen estos en la vida del encuestado. Además se analiza la relación del padecimiento de estos con respecto a los factores predisponentes tales como la sobrecarga académica, el trabajo, la economía, problemas personales y familiares, la ausencia de amigos, los cambios hormonales; entre otros mencionados anteriormente, que hacen al encuestado más vulnerable.

8. CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que la presencia o no de TMC no está relacionada directamente con una variable específica. Por el contrario se puede dar por múltiples factores en donde la persona se encuentre diariamente en contacto con este, creándole un ambiente de preocupación y estrés, donde posteriormente se encontrará predispuesta al padecimiento de alguno de los trastornos.

Por lo tanto este estudio permite tener una visión más certera en cuanto a los factores asociados con la presencia de un TMC. Para prevenir alteraciones en la salud psicológica de la población estudio, es recomendable buscar un tipo de ayuda profesional.

9. RECOMENDACIONES O PROSPECTIVA

- Control absoluto del diligenciamiento del instrumento para así evitar la presencia de sesgos al momento de analizar la información final.

BIBLIOGRAFIA

1. VARGAS JHONY. Promoción de la Salud Mental. En: Revista electrónica Psyconex. 2015; vol. 7no
2. WHO (2011). World Health Organization. Retrieved on June 15, 2011, of http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
3. DIVARIS KIMON et al.: Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. En: BMC Medical Education 2013 13:91.
4. HUMPHRIS GERRY, BLINKHORN ANDY, FREEMAN RUTH, GORTER RONALD, HOAD-REDDICK GILLIAN, MURTOMAA HEIKKI, O'SULLIVAN ROBIN, SPLIETH CHRISTIAN: Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. En: Eur J Dent Educ 2002, 6:22–29
5. SCHELE IA, HEDMAN LR, HAMMARSTRÖM A. A model of psychosocial work environment, stress, and satisfaction among dental students in Sweden. En: Journal of dental education. 2012; 76(9):1206-17.
6. ABU-GHAZALEH SB, RAJAB LD, SONBOL HN. Psychological stress among dental students at the University of Jordan. En: Journal of dental education. 2011; 75(8):1107-14.
7. DIVARIS K, LAI C, POLYCHRONOPOULOU A, ELIADES T, KATSARON C. Stress and burnout among Swiss dental residents. Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin= Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie. En: Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia/SSO. 2011; 122(7-8):610-5.
8. GORTER R, FREEMAN R, HAMMEN S, MURTOMAA H, BLINKHORN A, HUMPHRIS G. Psychological stress and Health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with firsts year baseline results from five European de
9. DIVARIS K, MAFLA AC, VILLA-TORRES L, SÁNCHEZ-MOLINA M, GALLEGGO-GOMEZ CL, VELEZ-JARAMILLO LF, et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. En: BMC medical education. 2013; 13(1):91
10. TAKARADA T, ASADA T, SUMI Y, HIGUCHI Y. Effect of a rotation training system on the mental Health status of postgraduate dental trainees at Kyushu University Hospital, Fukuoka, Japan. En: Journal of dental education. 2014; 78(2):243-9.

11. GALAN F, RIOS-SANTOS JV, POLO J, RIOS-CARRASCO B, BULLON P. Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. En: Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2014; 19(3):206.
12. HARPHAM T, SNOXELL S, GRANT E, RODRIGUEZ C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. En: The British Journal of Psychiatry. 2005; 187(2): 61-167.
13. ARIAS AC. Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga Colombia. En: Iatreia. 2007; 20(1).
14. CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES), SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN: Guía de Estilo, pag. 25.
15. NAMI (2016). National Alliance on Mental Illness. <http://www.namihillsborough.org/las-enfermedades-mentales.html>
16. ARIAS F, GONZÁLEZ M. 2009. Estrés, Agotamiento Profesional (burnout) y Salud en Profesores de Acuerdo a su Tipo de Contrato. En: Cienc Trab. JulSep; 11 (31): 172-176.
17. VERA G, VALENCIA M. Mecanismos definitorios y vinculaciones con la realidad. En: Revista electrónica Psyconex. 2010; vol. 2 N°3.
18. ROVALETTI ML. La hipocondría: un drama en forma de preguntas. En: Revista Latinoamericana de Psiquiatría. 2012; 11(2):52-59.
19. FLORENZANO R, FULLERTON C, ACUÑA J, ESCALONIA R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. En: Revista chilena neuro-psiquiatría. 2002; 40: 47-55.
20. CATALINA ML, DE UGARTE L, MOERNO C. Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación? En: Actas Españolas de Psiquiatría. 2009; 37(1):57-59.
21. ALANEN Y.O. La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. En: Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. 2003.
22. MINGOTE JC, DEL PINO P, HUIDOBRO A, GUTIÉRREZ D, DE MIGUEL I, GÁLVEZ M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: Diagnóstico y tratamiento. En: Medicina y seguridad del trabajo. 2007; Vol LIII N°208: 00-00.
23. DÍAZ L, TORRES V, URRUTIA E, MORENO R, FONT I, CARDONA M. 2006. Factores psicosociales de la depresión. En: Revista Cubana Med Milit 2006; 35(3).

24. LUQUE R, BERRIOS G. Historia de los trastornos afectivos. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011; vol. 40. pag. 120-146.
25. CALLEJÓN A. Análisis bibliométrico del trastorno bipolar. En: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003; Vol. 3 N°1, pág. 163-176.
26. OLIVOS P. La mente delirante. Psicopatología del delirio. En: Revista chilena de neuropsiquiatría. 2009; 47(1): 67-85.
27. OLAZARÁN-RODRÍGUEZ J, AGÜERA ORTIZ LF, MUÑIZ-SCHWOCHERT R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. En: Revista de Neurología. 2012; 55: 598-608
28. ARAGONÉS J. El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica. En: Buenos aires: Nueva visión, SAIC. 1999
29. F. PHILIP RICE, Desarrollo humano: estudio del ciclo vital, pág. 20 y 21.
30. REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD: RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993).
31. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.
32. ARENAS MC, PUIGCERVER A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. En: Escritos de Psicología. 2009; 3(1):20-9.
33. JUÁREZ F, PALACIO J. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. En: Suma Psicológica. 2010; 17(1):59-68.
34. MEDINA MEA, PÉREZ REG, MEJÍA DZ. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicido en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003; 32(4):341-56.
35. VERGARA KA, CÁRDENAS SD, MARTÍNEZ FG. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013; 42(2):173-81.
36. BALANZA GALINDO S, MORALES MORENO I, GUERRERO MUÑOZ J. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. En: Clínica y Salud. 2009; 20(2): 177-87

ANEXOS



Trastornos Mentales Comunes y factores relacionados en estudiantes de pre y postgrado de Odontología en Cartagena

Consentimiento informado

Lo invitamos a que usted haga parte de un estudio llamado "Trastornos mentales comunes (TMC) y factores relacionados en estudiantes de pre y postgrado de Odontología en Cartagena" que estamos realizando para mejorar las condiciones de salud física y mental de personas como Usted que en este momento pueden padecer algún trastorno no identificado.

Su decisión de tomar parte en el estudio es enteramente voluntaria. Por favor, lea este formulario de consentimiento informado cuidadosamente y haga cuantas preguntas considere necesario, antes de decidir si quiere participar. Si usted decide participar, podrá abandonar el estudio en cualquier momento sin perder lugar a cualquier beneficio que pueda tener.

Objetivo del estudio

El propósito del estudio es estimar la prevalencia de TMC y los factores que se encuentran relacionados a la aparición de esta patología en estudiantes de Odontología de pre y postgrado de toda Cartagena.

Es muy importante realizar este estudio, debido a que se desconoce cuál la frecuencia de esta patología, los factores que se relacionan con esta patología y actualmente no se conoce mucho sobre las condiciones de salud mental de los estudiantes de Odontología.

Procedimiento del estudio

Estando en el aula de clase, Usted será invitado por uno de los miembros del equipo de investigadores a participar en este estudio para posteriormente proceder con la aplicación de una encuesta en donde se indagará sobre una serie de síntomas que puede o no haber tenido en los últimos treinta (30) días. La duración de la encuesta puede tomarle máximo diez (10) minutos.

Finalizada la encuesta, Usted deberá depositarla en una caja sellada y dispuesta para tal fin con el fin de garantizar su confidencialidad.

Una vez se evalúen estas condiciones y en caso que Usted se considere presuntivo de tener algún TMC, se remitirá al servicio de Psicología de la dependencia de Bienestar Institucional de su Universidad para atención pertinente. No obstante, será contactado personalmente por los investigadores para que conozca sus resultados.

Riesgo o incomodidades

No existen riesgos conocidos derivados del diligenciamiento de esta encuesta.

Beneficios

Sus beneficios en este estudio incluyen la posibilidad de recibir una detección precoz o temprana de algún trastorno mental común y que se le pueda brindar la atención pertinente para su caso. Esto propenderá por el mantenimiento de su calidad de vida como estudiante.

Tratamiento alternativo

En caso que usted, no desee participar, Usted seguirá su curso académico normal sin que esto traiga consecuencias negativas en su desarrollo académico al interior de la institución.

Derechos

Usted puede preguntar y solicitar la aclaración a cualquier duda que usted pueda tener acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y demás asuntos relacionados con este estudio. Además, recibirá información actualizada que se obtenga a lo largo del estudio.

Adicionalmente, usted puede abandonar libremente su participación en el estudio, sin que esto le genere algún tipo de perjuicio en su transcurso académico. No obstante, dada su participación, no se le realizará indemnización monetaria o recibirá beneficios académicos por participar.

Confidencialidad

Su confidencialidad será mantenida durante el estudio. Su información del estudio será guardada en formularios para la recolección de los datos (encuesta) y serán enviados al Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena para ser procesados y analizados.

Su nombre sólo aparecerá en los documentos de la encuesta. Toda otra información será anónima. Nadie podrá obtener esta información sin su permiso y sólo será usada para propósitos investigativos.

Si tiene preguntas ahora, por favor, háganos saber. Si tiene preguntas adicionales o desea saber los resultados de este estudio o tiene preguntas sobre sus derechos al estar en el estudio, debe contactar al Prof. Miguel Simancas Pallares, investigador principal.

Si desea participar después de haber leído este consentimiento por favor lea la siguiente página y firme en la sección correspondiente para autorizar su inclusión en el estudio.

Declaración de aceptación del consentimiento informado del paciente

Yo, voluntariamente acepto participar en el estudio “Trastornos mentales comunes (TMC) y factores relacionados en estudiantes de pre y postgrado de Odontología en Cartagena”.

He leído y entendido el contenido del consentimiento informado y los riesgos allí descritos. Entiendo que recibiré copia de este formato de consentimiento si así lo deseo. Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento. Acepto participar en el estudio.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____





1. Edad _____ Sexo _____ Semestre _____ Estrato _____
2. Estudiante de pregrado __ postgrado __ Programa académico (en caso de ser estudiante de posgrado) __
3. Estado civil: _____ Actualmente trabaja? Sí ___ No ___
4. Ingresos: <1 SMMLV ___ 1-2 SMMLV ___ 3-4 SMMLV ___ 4-5SMMLV ___ >5SMMLV ___
5. Ha sufrido en los últimos meses cambios económicos? Sí ___ No ___
6. Actualmente existen conflictos con sus padres o familiares en su hogar? Sí ___ No ___
7. Ha experimentado alguna vez abandono familiar? Sí ___ No ___
8. Tiene en su entorno alguna situación de: promiscuidad sexual, uso de drogas o violencia? Sí ___ No ___
9. Ha sufrido alguna vez abuso o maltrato (físico, mental, sexual, emocional)? Sí ___ No ___
10. Sufre de alguna enfermedad física: sí ___ no ___ En caso de sufrir alguna, cuál _____
11. Ha sido diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica? sí ___ no ___ Cuál? _____ Hace cuánto? _____
12. Alguien en su familia padece alguna enfermedad psiquiátrica diagnosticada? Sí ___ No ___
13. Actualmente, cuál es su condición académica: Regular _____ Irregular _____
14. Tiene Usted hijos? Sí ___ No ___ En caso de ser afirmativa, cuántos _____
15. Cómo evalúa su estado de salud general en los últimos 30 días? Bueno ___ Regular ___ Malo ___
16. Tiene amigos? Sí ___ No ___ Dedicar Usted entre semana espacio para su esparcimiento? Sí ___ No ___
17. Usted fuma? Sí ___ No ___ Hace cuánto _____ Cuántos cigarrillos/día _____
18. Consume alcohol (cerveza, vino, whisky, etc.)? Sí ___ No ___ . En caso de contestar sí, por favor pase a la pregunta siguiente. En caso contrario, pase a la pregunta número 19.
- ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Sí ___ No ___
- ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Sí ___ No ___
- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Sí ___ No ___
- ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Sí ___ No ___
19. Consume alguna sustancia psicoactiva (marihuana, éxtasis, cocaína, heroína, Popper, LSD, etc.). Sí ___ No ___
20. Practica Usted algún deporte? Sí ___ No ___ Con qué frecuencia semanal practica el deporte? _____

Nos gustaría saber si tiene algún problema de salud y cómo ha estado su salud en general en el último mes. A las siguientes preguntas responda lo que sea más verdadero para usted marcando con una equis (X) según corresponda.

Por favor no discuta las preguntas con nadie mientras responde este cuestionario. Si Usted no está seguro de cómo responder una pregunta o no la entiende, por favor de la mejor respuesta que pueda.

Queremos asegurarle que las respuestas que Usted entregará aquí son estrictamente confidenciales.

| | | NUNCA | A VECES | MUCHAS VECES | SIEMPRE |
|----|---|-------|---------|--------------|---------|
| 21 | ¿Ha perdido el sueño por preocupaciones? | | | | |
| 22 | ¿Se ha sentido constantemente tensionado? | | | | |
| 23 | ¿Se ha podido concentrar en lo que está haciendo? | | | | |
| 24 | ¿Siente que usted representa un papel útil en lo que está haciendo? | | | | |
| 25 | ¿Ha sido capaz de afrontar sus problemas? | | | | |
| 26 | ¿Ha sido capaz de tomar decisiones? | | | | |
| 27 | ¿Ha sentido que no puede vencer sus dificultades? | | | | |
| 28 | ¿Teniendo en cuenta todo, se ha sentido razonablemente feliz? | | | | |
| 29 | ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades diarias? | | | | |
| 30 | ¿Se ha sentido triste o deprimido? | | | | |
| 31 | ¿Ha perdido confianza en usted mismo? | | | | |
| 32 | ¿Ha estado pensando que usted no vale nada? | | | | |

¡Gracias por su tiempo!