



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Cova Solar, Félix; Alvial S., Walter; Aro D., Macarena; Bonifetti D., Ana; Hernández M., Marilyn;
Rodríguez C., Claudio

Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción

Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 105-112

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525201>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción*

Mental Health Problems in Students from the University of Concepción

Félix Cova Solar

Walter Alvial S., Macarena Aro D., Ana Bonifetti D.

Marilyn Hernández M., Claudio Rodríguez C.

Universidad de Concepción, Chile

(Rec: 27 de julio 2007 - Acept: 26 de octubre 2007)

Resumen

El propósito de este estudio fue dimensionar la frecuencia de problemáticas de salud mental en una muestra representativa de estudiantes de la Universidad de Concepción. A través de un muestreo por conglomerado, se evaluaron 632 estudiantes de la mayoría de las Facultades de la Universidad. Se encontró un 23.4% de síndrome ansioso y 16.4% de síndrome depresivo. La presencia de sintomatología ligada al estrés académico fue una de las problemáticas observadas más frecuentes. Se observaron cifras preocupantes relacionadas con el deseo de muerte e ideación suicida. La importancia de fortalecer estrategias tanto a nivel preventivo como clínico que permitan responder de mejor forma a estas problemáticas es una de las conclusiones que se derivan de estos resultados.

Palabras claves: Estudiantes universitarios, salud mental, ansiedad, depresión

Abstract

This study aims at assessing the frequency of mental health problems in a representative sample of students from the University of Concepción. A representative group of 632 students from most faculties were selected. The results showed that 16.4% of the students showed Anxiety Syndrome and 23.4% showed Depression. The symptoms associated to academic stress were the most frequently reported problems. An alarming percentage of students showed death and suicidal desires. One of the conclusions of the study focuses on the importance of reinforcing strategies at the prevention and clinical levels.

Key words: Undergraduate students, mental health, depression, anxiety.

Introducción

La población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental (Fritsch et al., 2006). Pese a constituir una élite en términos sociales, es frecuente que los jóvenes universitarios presenten distintas dificultades que afecten su bienestar y les impidan una adaptación apropiada. El presente estudio hace una estimación de la magnitud de diversas problemáticas de salud mental en una muestra representativa de estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción.

En términos del momento del ciclo vital en que se encuentran, la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado están cursando la adolescencia tardía. En la adolescencia tienden a emerger con particular intensidad algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y ansiosos (Harrington, 2002). También en la adolescencia se acentúan conductas de riesgo como el consumo abusivo y la dependencia a sustancias y conductas “antisociales”, se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad y existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios (Florenzano, 2005). También algunas formas de psicosis, como la esquizofrenia, tienden a irrumpir en este momento de la vida (Obiols, 1996).

Algunos investigadores han intentado identificar los factores más característicos y frecuentes de la vida universitaria que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental en los estudiantes. El interés se ha centrado en identificar qué tan a menudo y con qué intensidad los jóvenes se sienten estresados, y en reconocer cuáles son considerados por ellos mismos sus principales estresores. Mohd (2003), en un estudio realizado en una Universidad de Malasia, encontró que los principales factores que se asocian a la presencia de trastornos emocionales en estudiantes universitarios fueron: sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar y experimentar presión por parte de sus profesores. Andrews y Wilding (2004) encuentran que los principales estresores ligados con sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios ingleses son las dificultades económicas y relacionales.

Las exigencias académicas, ostensiblemente más acentuadas que las enfrentadas en la vida escolar, son reconocidas en diversos estudios, por los propios jóvenes, como uno de los factores que más los estresan, particularmente, la presión de los exámenes (Millings & Mahmood, 1999). Un factor a tener presente es que la presión académica propia de la vida universitaria se da a partir de un cambio considerable en relación al sistema de enseñanza escolar, en el que los jóvenes son mucho menos autónomos (Rioseco, Valdivia, Vicente, Vielma & Jerez, 1996).

La relación entre estrés académico y problemas emocionales no es unidireccional, sin embargo: los jóvenes que tienen problemáticas previas de salud mental son los más afectados por estos estresores (Al Nakeeb, Alcázar, Fernandez, Malagón & Molina, 2004). Por lo demás, un cierto grado de estrés no es negativo, sino que se ha observado que es positivo para el rendimiento (Andrews & Wilding, 2004). Los propios jóvenes señalan que la relajación excesiva puede ser una espada de doble filo para sus expectativas de logro académico (Huaquín & Loaiza, 2004).

Un estudio realizado en Chile, en la Universidad de los Andes, en una muestra de estudiantes de Odontología, Enfermería, Psicología, así como de primero a séptimo año de Medicina, mostró un nivel de prevalencia de estrés académico percibido de 36,3%, mayor en mujeres que en hombres. Medicina aparece como la carrera con mayores niveles de estrés, los que son acentuadamente más altos en los primeros años respecto de los últimos (Marty, Lavín, Figueroa, Larraín & Cruz, 2005). La mayor prevalencia de estrés y de trastornos emocionales en estudiantes de Medicina ha sido señalada como un tema de preocupación por diversos investigadores en distintos países, si bien los datos no son siempre concordantes al respecto (Galli, Feijoo & Roig, 2002; Hidalgo, Cendali, Cerutti, Cuenca & Kappaun, 2004; Guavita & Sanabria, 2006; Pallavicini, Venegas & Romo, 1988; Perales, Sogi & Morales, 2003).

La mayoría de las investigaciones centradas específicamente en la salud mental de los estudiantes universitarios se han focalizado en estudiar la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente, depresiva. Un estudio reciente, en una muestra amplia de estudiantes de la Universidad de Chile, mostró que un 34,8% de ellos mostraba los signos inespecíficos de malestar emocional que mide el GHQ (Fritsch et al., 2006). Andrews y Wilding (2004) investigaron si la ansiedad y la depresión aumentan después de la entrada a la universidad en 351 estudiantes de Reino Unido. Estos completaron cuestionarios un mes antes de entrar a la universidad y a mediados del primer año de pregrado. Los resultados mostraron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo. La ausencia de un grupo control impide atribuir ese incremento exclusivamente al ingreso a la Universidad, pero el alto incremento es sugerente.

Las diferencias metodológicas entre los estudios de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios dificultan la comparación entre las investigaciones. Una revisión de los principales estudios que han empleado el BDI-II en estudiantes universitarios en Europa y Estados Unidos muestra cifras que oscilan entre un 5,2% en Noruega a un 21% en USA (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). Es necesario destacar que estas cifras corresponden a sintomatología calificada de moderada o grave (puntaje de corte

superior a 19). En países no desarrollados la investigación al respecto es menor. Una investigación realizada en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali encontró una prevalencia de 30,3% de sintomatología depresiva, utilizando el BDI (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004). Ovuga, Boardman y Wasserman (2006) encontraron un índice de depresión del 16,2% entre los estudiantes de la Makerere University, en Uganda, utilizando el BDI-I.

La medición de la ansiedad presenta especiales dificultades dado que se trata de manifestaciones multicomponentes que se presentan de diferentes formas en distintas situaciones, con la complejidad añadida de no ser claros los criterios para distinguir entre ansiedad normal y patológica. Los estudios que ha empleado el Beck Anxiety Inventory para evaluar sintomatología ansiosa en estudiantes universitarios (en países desarrollados) muestran que el promedio de síntomas oscila en un rango 5,4% a 13,4% (Sanz, Navarro & Vásquez, 2003).

En Chile, Rioseco et al. (1996) realizaron un estudio en la Universidad de Concepción con una muestra de 291 estudiantes, a quienes se les aplicó un instrumento general de autoinforme de síntomas emocionales (SRQ modificado). A una submuestra se le aplicó además la entrevista CIDI, la que permite evaluar la presencia no sólo de sintomatología sino hacer diagnóstico de trastornos específicos de salud mental. Utilizando un puntaje de 5 en el SRQ, identificaron que un 53% de los estudiantes tenía una alta probabilidad de presentar un trastorno ansioso-depresivo. Esta cifra duplicaba la que este equipo de investigadores encontró en la población general. La presencia de sintomatología era mucho más acentuada en los alumnos que cursaban primer año, estabilizándose entre el segundo y quinto año y disminuyendo significativamente en el último (Rioseco et al., 1996).

El consumo abusivo de sustancias y de alcohol en los jóvenes universitarios es otro tema generalizado de preocupación. En el estudio recién citado, el 25% de los estudiantes mostró consumo de alcohol en un nivel de riesgo, indicando la alta frecuencia de esta problemática (Rioseco et al., 1996).

Además de los trastornos depresivos, ansiosos y el consumo abusivo de alcohol y sustancias, que constituyen los problemas más comunes que afectan la salud mental de los estudiantes universitarios, existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes, tienen consecuencias tanto o más graves para su bienestar. Al respecto, sólo se destacarán tres, que han sido abordadas en la presente investigación: los trastornos alimentarios; las conductas autoagresivas en los jóvenes (mutilaciones, cortes intencionales), y la ideación y conducta suicida. Estudios han mostrado que entre un 4% y 9% por ciento de las mujeres universitarias padecen trastornos alimentarios, y que un número aun mayor presenta creencias sobre su imagen corporal y sobre los alimentos similares a las de quienes tienen estos trastornos (Hesse-

Biber, Marino & Watts-Roy, 1999). En Chile, Riffó, Pérez, González y Aranda (2003) realizaron un tamizaje de conductas de riesgo de trastornos alimenticios en estudiantes de sexo femenino de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile, detectando un 15,6% de alumnas con alto riesgo de padecer trastornos de alimentación. La distribución por año de estudio fue dispar, registrándose una disminución al ascender en los años cursados.

Las conductas autopunitivas se presentan con frecuencia en pacientes de hospitales psiquiátricos, en pacientes no internados y también en poblaciones no clínicas. Se presenta aproximadamente en el 4% de la población general y el 14% de los estudiantes universitarios reporta una experiencia de conducta autopunitiva (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003). Un estudio reciente señala que al menos un 35% de los estudiantes universitarios reportan la ejecución de por lo menos un comportamiento autopunitivo en el curso de su vida (Gratz, 2001, citado en Klonsky et al., 2003).

Los datos con respecto a la ideación suicida muestran que ésta no es conducta infrecuente (Salvo, Rioseco & Salvo, 1998). Las tasas de tentativas de suicidio en adolescentes tampoco son bajas (Salvo et al., 1998; Valdivia & Condeza, 2006). En estos estudios, realizados en estudiantes de enseñanza media de nuestro país, se encontró una alarmante tasa de intento de suicidio de 25,6% (Valdivia, 2006). Las tasas de suicidio consumado en la población, y entre jóvenes en particular, muestran aumentos respecto de décadas anteriores en diversos países, incluyendo al nuestro. Según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud de Chile desde 1985 a 1999 (Minsal, 2007), las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en el periodo observado. Este crecimiento se observa en particular en la población masculina, la que posee por su parte una tasa de suicidios entre 3 a 10 veces más alta que la femenina.

Método

Participantes

Se realizó un muestreo por conglomerado. El total de Facultades de la Universidad, campus Concepción, es de 16 y el número total de alumnos es 15.309. De cada Facultad se seleccionaron al azar las carreras y los cursos para conformar la muestra. La muestra fue obtenida en 10 Facultades, incluyendo un total de 632 alumnos de ambos sexos. En la Tabla 1 se describe la distribución por Facultades de los participantes. Las edades de los participantes oscilan entre los 18 y 32 años, con una edad promedio de 21 años ($DE=2.16$). Las mujeres representan un 50,3% y los hombres un 49,7%. Estos porcentajes conservan la proporción de mujeres y hombres de la Universidad.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck, 2da edición (BDI-II): El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítemes diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en personas de 13 años y más (Beck, Steer & Brown, 1996). Es uno de los instrumentos más utilizados para este propósito internacionalmente dadas sus excelentes propiedades psicométricas, tanto de la versión original inglesa como de sus traducciones, entre éstas, al español (Beck et al., 1996; Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). En Chile, el instrumento ha mostrado discriminar en forma efectiva entre población clínica y no consultante. La consistencia interna (0.91), y la estructura factorial observada son semejantes a las de otros estudios (Cova, Melipillán, Rincón & Valdivia, en preparación). Este último estudio mostró que el puntaje de corte de 19 propuesto por Beck et al. (1996) era también apropiado en nuestro contexto. Este valor fue el utilizado en la presente investigación.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Es un inventario de autoinforme de 21 ítemes. Fue desarrollado con el propósito de contar con un instrumento para valorar ansiedad que discrimine lo mejor posible entre ésta y la sintomatología depresiva (Beck & Steer, 1993). Si bien fue diseñado para ser usado fundamentalmente en población clínica, el estudio realizado por Sanz y Navarro (2003) de la versión española del BAI en una muestra de universitarios ibéricos mostró resultados positivos tanto respecto a su consistencia interna (coeficiente alfa de 0.88), como a su capacidad de identificar ansiedad patológica en la población no clínica. Un estudio realizado en Chile en adolescentes (Cova et al., en preparación), junto con mostrar resultados análogos, permitió estimar que el puntaje de corte de 16 sugerido por Beck et al. (1993) resulta adecuado para discriminar efectivamente entre población con ansiedad normal y patológica. Este valor fue el utilizado en la presente investigación.

Cuestionario de Salud Mental en Universitarios CSM-U: Este instrumento fue diseñado por los investigadores con el objetivo de identificar la prevalencia de indicadores de conductas desadaptativas. El cuestionario diseñado consta de 23 ítemes que abarcan los siguientes aspectos: conductas autopunitivas (2 ítemes), conductas relacionadas con ideación y conducta suicida (4 ítemes), indicadores de trastornos alimenticios (4 ítemes), indicadores de consumo abusivo o dependencia al alcohol (3 ítemes), indicadores de consumo abusivo o dependencia a la marihuana u otras drogas ilícitas (3 ítemes), síntomas de estrés (3 ítemes) y percepción de necesidad de ayuda psicológica (2 ítemes). Dos ítemes adicionales exploran la historia de consultas pasadas y presentes por problemas de salud mental.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.5.

Resultados

Los resultados fueron ponderados para reflejar de modo más exacto la proporcionalidad de cada Facultad respecto al Universo. La ponderación no afectó los resultados de modo relevante, por lo que se presentan los resultados originales.

Los valores promedio obtenidos en el BDI-II fueron de 11.95 (DS=8.60) y en el BAI de 11.31 (DS=9.39). Al estimar la prevalencia de síndromes depresivo y ansioso en base a los puntos de corte establecidos para cada instrumento, se obtuvo un valor de 16,4% de síndrome depresivo y de 23,7% de prevalencia de síndrome ansioso. En la Tabla 2 se muestran estos resultados en detalle.

TABLA 2
Media, Desviación Estándar y prevalencia de
sintomatología ansiosa y depresiva.

	M	DS	Prevalencia
BDI	11.95	8.60	16,4%
BAI	11.31	9.39	23,7%

En la Tabla 3 se presentan los porcentajes de presencia de conductas desadaptativas en los últimos tres meses de acuerdo a las respuestas de los estudiantes al CSMU. Los porcentajes más altos son aquellos relacionados con la percepción de estrés vinculado estrechamente a las exigencias académicas. Las dificultades para controlar lo que se come y el consumo de alcohol son percibidos como un problema habitual por más de un 5% de los estudiantes. Casi un 25% de los estudiantes señala haber pensado algunas veces o habitualmente, en los últimos tres meses, que sería mejor estar muerto.

Como se observa en la Tabla 3, más de un 17% de los estudiantes ha percibido alguna vez necesitar ayuda de un profesional de la salud mental, y un 2% ha experimentado acentuadamente esta necesidad. Un 2,5% de los alumnos declara estar actualmente en tratamiento por un problema de salud mental (38% de éstos por un diagnóstico de depresión).

TABLA 3
Prevalencia de conductas desadaptativas

	Nunca	Una vez	Algunas Veces	Casi Siempre
Ítems CSM-U ^a	%			
1. He sentido ganas de hacerme daño a mi mismo.	69.3	14.7	14.9	0.9
2. Me he hecho daño físico intencionalmente.	82.0	7.9	9.7	0.5
3. He pensado que sería mejor estar muerto.	61.6	13.1	22.9	2.2
4. He deseado matarme.	79.3	10.3	9.3	0.9
5. He planificado formas en que podría matarme.	81.3	9.8	7.4	1.1
6. He tratado de matarme.	92.6	4.7	1.9	0.5
7. Pierdo frecuentemente el control sobre lo que como.	45.4	9.2	37.2	7.4
8. A menudo, tengo la sensación de no poder dejar de comer.	47.5	11.1	34.5	6.3
9. He vomitado intencionalmente después de comer.	88.0	5.4	5.9	0.3
10. He ingerido diuréticos o laxantes para bajar de peso.	88.4	4.0	6.6	0.2
11. He tenido problemas con familiares, amigos o pareja a causa del alcohol.	56.8	12.7	24.2	5.5
12. Usualmente termino bebiendo más de lo que quería.	56.8	12.7	24.2	5.5
13. Me molesta que me critiquen la forma en la que consumo alcohol.	77.8	5.5	13.4	2.5
14. He tenido problemas interpersonales a causa del consumo de marihuana u otro tipo de droga ilícita.	97.0	1.6	0.6	0.3
15. He tenido problemas legales a causa del consumo de marihuana o algún otro tipo de droga ilícita.	97.0	1,6	0.6	0.3
16. El consumo de marihuana u otro tipo de droga ilícita ha provocado en mí, una disminución de mi rendimiento académico.	96.2	2.2	0.9	0.2
17. He sentido la necesidad de recibir la ayuda de algún profesional de la salud mental.	61.4	18.8	17.7	1.9
18. He consultado a un profesional de la salud mental.	76.4	15.5	7.0	0.8
19. Me he sentido agotado mentalmente.	12.3	10.6	64.6	11.4
20. He sentido que no puedo cumplir con todas mis responsabilidades académicas.	16.1	18.4	58.1	7.4
21. Me he sentido agobiado por las responsabilidades académicas.	10.3	14.7	66.9	7.9

^a Cuestionario de Salud Mental en Universitarios,

En el BDI-II las mujeres puntuaron más alto que los hombres (MEDIA=13.54, DS=9.23; MEDIA=10.33, DS=7.57; $t=4.74$ $p<0.001$). Lo mismo se observó en el BAI (MEDIA=13.8, DS=10.01; MEDIA=8.81, DS=8.03; $t=6.87$ $p<0.001$). La prevalencia de un trastorno depresivo en las estudiantes fue de 22% y en los estudiantes de 10,6%. La prevalencia de un trastorno ansioso fue de 23,8% y 10,7% respectivamente (ambas diferencias estadísticamente significativas $p<0.001$). En la tabla 4 se comparan las prevalencias de las restantes conductas desadaptativas evaluadas entre mujeres y hombres. Sólo el consumo de alcohol y drogas fue más alto en hombres; en la mayoría de las otras conductas donde se observaron diferencias significativas, las prevalencias más altas fueron en mujeres.

Para evaluar la existencia de diferencias en función de la edad de los estudiantes, se categorizó la muestra en dos subgrupos de edad: de 18 a 22 años y de 23 a 26 años. Los estudiantes con más de 26 años no fueron considerados en los análisis, por tratarse de una muestra muy pequeña (11 personas). No se observaron diferencias en sintomatología depresiva, ansiosa, ni en las otras conductas desadaptativas, en función de la edad, excepto en los siguientes ítems: “He tenido problemas con familiares, amigos o pareja a causa del alcohol”, “Usualmente termino bebiendo más de lo que quería”, “He tenido problemas legales a causa del consumo de marihuana o algún otro tipo de droga ilícita”, “El consumo de marihuana u otro tipo de droga ilícita ha provocado en mí una disminución de mi rendimiento académico”, “He consultado un profesional de la salud mental” y “Me

TABLA 4
Comparación de conductas desadaptativas entre hombres y mujeres

Item	HOMBRES	MUJERES	Chi cuadrado
	%	%	
1. He sentido ganas de hacerme daño a mi mismo.	13.7	17.4	1.60
2. Me he hecho daño físico intencionalmente.	10.5	9.8	0.10
3. He pensado que sería mejor estar muerto.	17.4	21.4	15.30 ***
4. He deseado matarme.	5.1	14.9	16.63 ***
5. He planificado formas en que podría matarme.	6.4	10.1	2.85
6. He tratado de matarme.	1.28	3.50	3.30
7. Pierdo frecuentemente el control sobre lo que como.	36.1	53.3	18.68 ***
8. A menudo, tengo la sensación de no poder dejar de comer.	30.2	52.3	31.62 ***
9. He vomitado intencionalmente después de comer.	1.2	10.4	21.49 ***
10. He ingerido diuréticos o laxantes para bajar de peso.	1.2	12.5	30.48 ***
11. He tenido problemas con familiares, amigos o pareja a causa del alcohol.	15.7	9.8	4.90 *
12. Usualmente termino bebiendo más de lo que quería.	38.9	20.9	24.11 ***
13. Me molesta que me critiquen la forma en la que consumo alcohol.	20.0	11.7	7.98 **
14. He tenido problemas interpersonales a causa del consumo de marihuana u otro tipo de droga ilícita.	4.1	2.5	1.28
15. He tenido problemas legales a causa del consumo de marihuana o algún otro tipo de droga ilícita.	1.6	0.3	2.75
16. El consumo de marihuana u otro tipo de droga ilícita ha provocado en mí, una disminución de mi rendimiento académico.	1.2	0.9	0.15
17. He sentido la necesidad de recibir la ayuda de algún profesional de la salud mental.	15.0	24.1	8.16 **
18. He consultado a un profesional de la salud mental.	4.8	10.7	7.66 **
19. Me he sentido agotado mentalmente.	73.2	80.0	4.00 *
20. He sentido que no puedo cumplir con todas mis responsabilidades académicas.	62.5	68.3	2.37
21. Me he sentido agobiado por las responsabilidades académicas.	71.4	78.4	4.02 *

he sentido agotado mentalmente”. Estas conductas fueron informadas en forma significativamente más frecuente en el grupo de edad comprendido entre los 23 y 26 años ($p < 0.05$). Dada la gran superposición entre edad y nivel de estudios que están cursando los alumnos, los resultados al categorizar por año de ingreso (desde el año 1998 a 2006) fueron equivalentes a la edad, observándose diferencias sólo en las conductas desadaptativas recién señaladas, más frecuentes en los cursos superiores.

Discusión

La alta prevalencia de sintomatología ansiosa entre los estudiantes es uno de los aspectos que más se destaca de los datos obtenidos. Dado el instrumento empleado para evaluarla (BAI), esta corresponde fundamentalmente a manifestaciones somáticas de ansiedad (Sanz & Navarro, 2003). Sin establecer una relación lineal ni exclusiva, es posible vincular estos elevados niveles de ansiedad somá-

tica con las altas prevalencias observadas de problemáticas asociadas al estrés académico, a sentirse agotado mentalmente, agobiado e incapaz de responder apropiadamente a las exigencias de la vida universitaria.

Cómo ajustar las exigencias académicas de un modo razonable es uno de los desafíos que se han planteado en los actuales procesos de discusión respecto de la formación de pregrado. Los datos de este estudio acentúan la relevancia de este aspecto, así como la importancia de fortalecer los recursos personales de los estudiantes para enfrentar de modo apropiado los estresores de la vida y las presiones propias de los estudios universitarios.

Ello también se aplica a la sintomatología depresiva, que en muchas ocasiones está también asociada a estrés y ansiedad, acentuándose con las dificultades para afrontar apropiadamente las situaciones y exigencias de la vida. El 16% de estudiantes con síndrome depresivo es algo más elevado que el encontrado con el mismo instrumento en países de mayor desarrollo económico, y es concordante

con las altas tasas que en Chile muestra la sintomatología depresiva (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001; Cova, Melipillán, Rincón & Valdivia, 2007).

Estas importantes cifras de malestar emocional están en la misma dirección de estudios previos en esta misma Universidad, aunque las cifras en sí no son comparables por la distinta metodología empleada (Riosseco et al., 1996). Junto con poner de relieve la necesidad de estrategias promocionales y preventivas de amplio alcance, ligadas en lo posible a los planes de formación, también se generan interrogantes respecto de cómo abordar las necesidades de apoyo más individualizado que parecen requerir y demandar una cantidad importante de jóvenes.

Al respecto, llama la atención que, en los últimos tres meses, más de un quinto de los estudiantes haya pensado, alguna vez o frecuentemente, que sería mejor estar muerto. Más de un 10% ha deseado matarse y un 7% ha pensado cómo hacerlo. Estas elevadas cifras, concordantes con las observadas en estudios en adolescentes tempranos en nuestro país, son preocupantes. Si bien en muchos casos corresponden a ideas fugaces que aparecen en contextos particulares, no deben ser minimizadas, ya que miradas en conjunto, dan cuenta de sentimientos intensos de malestar frecuente. Sería de mucha relevancia tratar de precisar los factores asociados a ese malestar, y los contextos específicos en que se activan este tipo de sentimientos e ideación.

Resulta de interés que la preocupación social respecto del consumo de alcohol y sustancias es también percibida, por los propios estudiantes, como un problema para ellos. Más de un 5,5% de los estudiantes reconoce que usualmente ha bebido más de lo que deseaba en los últimos tres meses, y cerca de un quinto que ello le ha ocurrido a veces.

También los problemas con la comida son relevantes. Más de un 5% de los jóvenes percibe perder frecuentemente el control sobre lo que come, y alrededor de un quinto realiza conductas que los ponen en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Los factores que influyen en la salud mental de los jóvenes son múltiples y el presente estudio no profundiza en ellos, lo que constituye un desafío futuro. Las diferencias de género observadas en la distribución de los problemas estudiados son concordantes con el distinto perfil de alteraciones psicológicas de hombres y mujeres (Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff, & Woods, 2006). La mayor presencia de trastornos ansiosos y depresivos en mujeres, así como de trastornos de alimentación, han sido corroboradas en múltiples investigaciones. Sin embargo, es interesante destacar que las pocas excepciones a la mayor presencia de un trastorno depresivo en mujeres han sido estudios hechos en población universitaria en países desarrollados, hechos con el BDI y BDI-II (Sanz et al., 2003). El mayor consumo de alcohol en hombres es también un dato ampliamente verificado, si bien las tendencias culturales han ido atenuando este fenómeno.

Sorprende no observar diferencias en la prevalencia de problemas en función de la edad y el nivel de estudios, dado que en muchas investigaciones se ha observado mayor frecuencia de dificultades en alumnos que cursan los primeros años. Por el contrario, en las conductas que se observaron diferencias, éstas fueron más altas en alumnos de cursos superiores, destacando entre éstas el incremento del consumo de alcohol y sustancias, generando interrogantes respecto de cómo la cultura juvenil universitaria puede estar favoreciendo esta problemática.

Una limitación del estudio realizado es que sólo permite obtener una muestra representativa de la Universidad, y no por carrera ni por Facultad.

En síntesis, estos datos corroboran que asumir seriamente la problemática de salud mental de los estudiantes universitarios es un desafío no menor, que requiere de un gran concierto de voluntades, recursos e imaginación.

Referencias

- Al Nakeeb, Z., Alcázar, J., Fernández, H., Malagón, F., & Molina, B. (2004). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. [Documento HTML]. Disponible en web: http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas%202004/63_Salud%20Mental.pdf
- Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life- stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509- 521.
- Araya, R. Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis, G. (2001). Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, 3, 17-25.
- Beck, A. & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory. Manual*. Psychological Corporation: San Antonio.
- Beck A.T., Steer, R.A. & Brown G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory. Manual. Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Cova, F., Melipillán, R., Rincón, P. & Valdivia, M. *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos, Terapia Psicológica (aceptado para su publicación)*.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). *Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media, Revista Chilena de Pediatría* 78(2), 153-161.
- Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C., González, I., Sepúlveda, R. & Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.
- Florenzano, R. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Stgo: PUC.
- Galli, E., Feijoo, L. & Roig, I. (2002). Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: Informe preliminar epidemiológico. *Revista Médica Herediana*, 13 (1), 19-25.
- Guavita, P. & Sanabria, P. (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(2), 76-87.
- Harrington R.C.: Affective disorders. En: Rutter M. & Taylor, E. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry* (4ª ed.). Oxford: Blackwell Publishing Science 2002, 463-485.

- Hesse-Biber, Sh., Marino, M., & Watts-Roy, D. (1999). A longitudinal study of eating disorders among college women. *Gender & Society*, 13, 385-408.
- Hidalgo, E., Cendali, J., Cerutti, M., Cuenca, J. & Kappaun, B. (2004). *Estudio de prevalencia de depresión en estudiantes de 5to año de medicina en la facultad UNNE*. Facultad de Medicina - UNNE - Moreno 1240 (Ctes). [Documento HTML]. Disponible en web: uam.es Directorio: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/>
- Huaquín, V. & Loaiza, R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la facultad de medicina de la Universidad Austral de Chile. *Estudios Pedagógicos*, 30, 39-59.
- Klonsky D., Oltmanns, T., & Turkheimer E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlatos. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Marty, C., Lavin, M., Figueroa, M., Larrain, D. & Cruz, C. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 43(1), 25-32.
- Millings, E. & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: a pilot study. *Counseling psychology quarterly*, 12 (2), 199 - 210.
- Minsal (2007). *Tasas de mortalidad ajustadas por edad 1985-1999 y proyecciones de la mortalidad 2000-2010 según causas específicas y sexo*. [Documento HTML]. Disponible en web: <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>
- Mohd, Sh. (2003). Prevalencia de trastornos emocionales en estudiantes de una universidad en Malasia. *Asia Pacific Family Medicine* (2), 213- 217.
- Obiols, J. (1996). Marcadores de riesgo para trastornos del espectro esquizofrénico en la adolescencia. En: J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Pallavicini, J., Venegas, L. & Romo, O. (1988). Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 25, 23-29.
- 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*, 64(4), 239-246.
- Ovuga E., Boardman J. & Wasserman D. (2006). Salud mental de los estudiantes de la Universidad de Makerere, Uganda. *Word Psychiatry*, 4(1): 51-52.
- Riffo, P., Pérez, M., González, M. & Aranda (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de hábito del comer en estudiantes de medicina. *Revista Chilena Salud Pública*, 7 (3), 146-149.
- Rioseco, P., Valdivia, S., Vicente, B., Vielma, M. & Jerez, M. (1996). Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 11 (3), 158-165.
- Salvo L., Rioseco P. & Salvo S. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. *Revista de Psiquiatría*, 1, 30-4.
- Sanz, J. & Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 91, 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Valdivia, M. & Condeza, M. I. (2006). *Psiquiatría del adolescente*. Santiago: Mediterráneo.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N., Shirtcliff, E. & Woods, K. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. En D.Cicchetti & D.Cohen (eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methodology*, (76-138). New York: Wiley.