

## PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS USUARIOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN UNIVERSITY  
STUDENTS WHO ARE USERS OF PSYCHOLOGICAL SERVICE

*Olga María Vargas Ramos, Mariantonia Lemos Hoyos, Beatriz Eugenia Toro,*  
*Universidad CES - Medellín, Colombia*  
*Nora Helena Londoño Arredondo*  
*Universidad de San Buenaventura - Medellín, Colombia*

### ABSTRACT

The purpose of this investigation was to estimate the prevalence of mental disorders in university students who attend Welfare Psychological Service, as well as the evaluation of psychosocial factors present in the population studied. The sample was comprised of 67 students, who were interviewed with the MINI structured interview and a *checklist* of psychosocial and environmental problems. The highest prevalent disorder was major depressive episode, followed by generalized anxiety and social phobia. Most common psychosocial problems were related to primary environment, education and social environment. Association was found between the state of mood disorders and problems related to primary group, which points out the importance of family in the origin and maintenance of these disorders.

**Keywords:** Mental disorders, mental health, psychosocial factors.

### RESUMEN

El propósito de esta investigación fue estimar la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios que asisten al Servicio Psicológico de Bienestar, así como la evaluación de los factores psicosociales presentes en la población estudiada. La muestra estuvo conformada por 67 estudiantes, a los que se les aplicó la entrevista estructurada MINI y un *checklist* de problemas psicosociales y ambientales. El trastorno con mayor prevalencia fue el episodio depresivo mayor, seguido por ansiedad generalizada y fobia social. Los problemas psicosociales más comunes fueron los relativos al ambiente primario, a la enseñanza y al ambiente social. Se encontró asociación entre los trastornos del estado del ánimo y los problemas relativos al grupo primario, que señala la importancia de la familia en el origen y el mantenimiento de estos trastornos.

**Palabras clave:** Trastornos mentales, salud mental, factores psicosociales.

---

Fecha de recepción/Date of reception: 22/09/2008  
Fecha de aprobación/Date of approval: 25/09/2008

Dirección de correspondencia/Mail address:  
Mariantonia Lemos Hoyos  
Facultad de Psicología Universidad CES  
Calle 10 A, número 22 - 04  
Medellín  
Colombia

E-mail: mlemos@ces.edu.co

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), la salud mental se concibe como la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de los individuos; es más que la ausencia de un desorden mental, es la capacidad de pensar y aprender, la potestad de comprender y vivir con las emociones y las reacciones de otros; es un estado de equilibrio entre sí mismo, la sociedad y el ambiente, donde toman parte factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, entre otros. La psicopatología, por su parte, se entiende a nivel popular como la ausencia de salud mental. Desde el punto de vista científico, una definición exacta de este concepto ha sido difícil de construir a lo largo de los tiempos, ya que este fenómeno puede ser tan complejo que no se alcanza a abarcar fácilmente desde una visión particular (Belloch, Sandin, & Ramos, 2004). Partiendo desde un enfoque de vulnerabilidad-estrés, se podría definir la psicopatología como una disminución en la estabilidad personal o una incapacidad de llevar a cabo los roles esperados según su etapa del desarrollo, lo cual está típicamente acompañado de una sensación de malestar emocional. La psicopatología es entonces el producto de una disfunción del ser humano para responder a los eventos del medio debido a una vulnerabilidad específica del mismo que hace que el evento estresante lo desborde (Ingram & Price, 2001).

Los estudios de salud mental en Colombia reflejan datos importantes a nivel de la psicopatología. Los datos del Estudio de Salud Mental del 2003 señala que un 40,1% de la población colombiana ha tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida (Ministerio de la Protección Social, 2003). Estos datos son alarmantes, pero pueden llegar a comprenderse mejor cuando se analiza uno a uno los distintos trastornos mentales y su prevalencia. Entre los trastornos del estado de ánimo se encuentra la depresión, la cual se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, anhedonia, apatía y pérdida de interés en las actividades cotidianas (Yepes, 2000). Es un trastorno frecuente, aunque como entidad clínica es menos prevalente, y aunque casi todas las personas experimentan altibajos, esta es una respuesta adecuada ante diferentes situaciones (Caballo, Buela-Casal, & Carrobbles, 1995). Al hablar de depresión mayor, nos referimos al periodo persistente de bajo estado de ánimo, por lo menos dos semanas consecutivas, donde la persona puede sentir tristeza, irritabilidad, pérdida de placer o interés por cosas, u otros síntomas como ansiedad, cambios en el apetito, el sueño y las funciones psicomotrices, pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración (Sarason & Sarason, 1996). Estos síntomas emocionales disfuncionales llevan en la

mayoría de los casos a que la persona busque ayuda, ya que interfieren con la actividad diaria y las relaciones interpersonales (APA, 2001).

Con respecto a las prevalencia de este trastorno se tiene que, según los resultados encontrados por Robins y Regier (1991) en un estudio realizado en los Estados Unidos, con 19.182 participantes, la depresión mayor tenía una prevalencia/vida de 2,6% para los hombres y 7,0% para las mujeres. Anotaron también que los pacientes que presentan este trastorno, al igual que trastorno bipolar, son sujetos que posiblemente recurrirán a servicios de salud mental en el transcurso de 6 meses a un año, aunque se advierte que muchos de ellos no buscan ningún tipo de ayuda terapéutica. En Colombia, los datos encontrados han sido muchos mayores. El segundo estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizado por Torres y Montoya (1997), en una muestra de 15.048 participantes, mayores de 12 años, reportó que la prevalencia de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida es de 18,3% para los hombres y 20,7% para las mujeres. Igualmente se reporta que entre los 16 y 19 años se encuentra una prevalencia de 20,1%; este dato es significativo cuando se tiene en cuenta que esta etapa coincide con el período de la adolescencia donde se toman decisiones importantes para la vida y se dan grandes transformaciones a nivel físico y psicológico en el ser humano. Este panorama se asemeja un poco a lo reportado por la *American Psychiatric Association* (APA) (2001), que afirma que el riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida, en las muestras de población general, para las mujeres, está entre el 10 y el 25%, y entre el 5 y el 12% para los hombres. Finalmente, el estudio Nacional de Salud Mental Colombia – 2003, realizado a 4.544 adultos entre 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país, reportó que el 14,9 % de la población femenina había sufrido a lo largo de la vida algún episodio depresivo mayor, contra un 8,6% de la población masculina (Ministerio de la Protección Social, 2003), lo que nombraría una disminución en la prevalencia/vida en los últimos años con respecto a este trastorno.

Con respecto a la distimia, Robins y Reiger (1991), reportaron una prevalencia/vida de 2,2% en hombres y de 4,1% en mujeres. La APA (2001), reportó un 6% de prevalencia/vida y una prevalencia puntual del 3%. Estos datos indicarían una mayor prevalencia a nivel mundial de lo reportado en los estudios colombianos, la cual se ha subrayado que es de 0,6% en hombres y 0,7 %

en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003). Para el trastorno bipolar I, Robins y Reiger (1991), reportaron una prevalencia/vida de 0,7% para hombres y 0,9% para mujeres; el trastorno bipolar II obtuvo un 0,4% para los hombres y 0,5% para las mujeres estadounidenses. Estos datos concuerdan con los de la APA (2001), quien señala una prevalencia que varía entre 0,4% y el 1,6%; para el trastorno Bipolar II se señala una prevalencia de 0,5%.

Estos datos contrastan con los de Colombia, donde pareciera presentarse estos trastornos con mayor frecuencia, según lo reportado por Torres y Montoya (1997), quien nombra una prevalencia de 1,3% en hombres y 1,1% en mujeres para el trastorno bipolar I y de 0,6% para hombres y 0,5% para mujeres para el trastorno bipolar II. Por último, el estudio Nacional de Salud Mental Colombia - 2003, reportó una prevalencia de 2,1 % en hombres y 1,5% en mujeres, para el trastorno bipolar I. Del trastorno bipolar II se reportaron tasas de 0,2% en hombres y un 1,5 % en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

La ansiedad se caracteriza por ser un estado interno desagradable, relacionado con anticipaciones negativas ante hechos que son percibidos como catastróficos. Esta supone un estado de ánimo negativo, preocupaciones respecto a peligros o amenazas y la sensación de que se es incapaz de predecirlas o controlarlas (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007). Respecto a los trastornos de ansiedad, Butcher, et al. (2007) reportaron que la prevalencia anual para las mujeres es de 23,0% y para los hombres 12,0%. En Estados Unidos estos trastornos son muy comunes, y para el estado, en 1990, supuso un coste por vía directa e indirecta de 42,3 billones de dólares (Instituto Nacional de Salud Mental, 1998; citado por Butcher, et al., 2007). En Colombia, el Estudio de Salud Mental del 2003, reportó que el 19,3% de la población ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad, siendo éstos los cuadros más frecuentemente reportados (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Por su parte, la ansiedad generalizada es una preocupación excesiva de carácter crónico sobre una serie de acontecimientos o actividades y síntomas físicos generalizados y persistentes (Toro, 2000); está acompañada por la dificultad para concentrarse, irritabilidad, problemas de sueño y fatiga (Torres y Montoya, 2007). Respecto a este trastorno, Robins y Reiger (1991), reportaron una prevalencia/vida de 2,4% para hombres y 4,9% para mujeres; por su parte la APA (2001) reportó que el 5% de la población general

presenta este trastorno. En cuanto a población colombiana se reportó una prevalencia/vida de 2,6% para hombres y 3,5% para mujeres (Torres y Montoya, 1997), en comparación con una prevalencia de 1,5% en hombres y 1,2% en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003), lo que podría indicar que las tasas de ansiedad generalizada respecto a otras poblaciones y a lo largo del tiempo son menores. Es importante tener en cuenta que la APA (2001) reporta que la ansiedad generalizada en población clínica puede aumentar hasta en un 25%.

Los trastornos de angustia (con o sin agorafobia), pueden llegar a ser del 3,5% a lo largo de la vida, aunque la prevalencia del trastorno en la población clínica es del 10% en individuos derivados de una consulta de salud mental (APA, 2001); según Robins y Regier (1991), la prevalencia/ vida en este trastorno para población no clínica estadounidense es de 0,99% en hombres y 2,10% en mujeres, mientras que en población Colombiana se ha reportado una prevalencia de 0,3% en hombres y 0,2% en mujeres (Torres y Montoya, 1997), y en un estudio realizado más recientemente se encontró una prevalencia para este mismo trastorno de 0,6% en hombres y 1,7% en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003), donde se puede hipotetizar que la prevalencia del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) ha aumentado, a medida que pasa el tiempo, en la población colombiana.

Respecto al trastorno obsesivo compulsivo Robins y Regier (1991) reportaron una prevalencia/vida de 2,03% en hombres y 3,04% en mujeres; por su parte Torres y Monstoya (1997) reportaron en su estudio, una prevalencia de 3,3% en población masculina y 3,9% en población femenina; así mismo la APA (2001) reportó que para la población mundial la prevalencia/vida de este trastorno es de 2,5%; lo que llevaría a preguntarse si la población colombiana presenta mayor prevalencia en cuanto a este trastorno.

En cuanto al trastorno por estrés postraumático, la prevalencia en población adulta estadounidense es de 8%; en poblaciones de riesgo (es decir, grupos expuestos a acontecimientos traumáticos específicos), tienden a ser mayores los resultados, llegando a ser hasta del 50%; sin embargo no se tienen porcentajes específicos (APA, 2001). Por su parte el II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 1997, reportó que la prevalencia/vida para este trastorno es de 6,8% en hombres y 1,9% en mujeres (Torres y Montoya, 1997); mientras que en el Estudio de Salud Mental del 2003

reportaron que en Colombia la prevalencia de este trastorno es de 0,8% en hombres y 2,5% en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

La fobia social, puede entenderse como temores muy intensos relativos a una o más situaciones sociales específicas en las que las personas temen una evaluación negativa de sus actos por parte de los demás (Butcher, et al., 2007). Esta se dispara generalmente al inicio de la edad adulta o en la adolescencia (APA, 2001), etapa de la vida en la que se encuentran los jóvenes evaluados, ya que la sensación de malestar ocasionada por las situaciones sociales y las demandas que en este sentido se tienen, como en la vida universitaria (interacciones formales nuevas y relación con personas del sexo opuesto) (Heimberg, Liebowitz, Hope, & Schneier, 1995), puede llevar a que muchos jóvenes consulten a servicios como el de bienestar; sin embargo este resultado no es tan elevado como el reportado por otros investigadores (Wei & Ross, 2004); Robins y Reiger (1991) reportaron una prevalencia/vida de 2,53% en hombres y 2,91% en mujeres, y la APA (2001) reportó una prevalencia global entre el 3 y el 13%. Por su parte, el estudio de salud mental del 2003 reportó que la prevalencia/vida de la población colombiana para este trastorno es de 5,1% para hombres y 5,1% para mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003); donde se puede observar que los resultados en la población colombiana, comparándolos con la población mundial, son mayores.

Con respecto a este trastorno, Wei y Ross (2004) afirman que el trastorno de ansiedad social está entre los desórdenes de ansiedad más comunes y que presenta una comorbilidad con otros trastornos bastante elevada (16%). Además se encontró que la población con este desorden es generalmente joven, soltera, de un nivel educativo bajo, y con bajo nivel socioeconómico. Adicionalmente se encontró que en estos pacientes existe una reducción de la productividad en el trabajo.

En cuanto al abuso de alcohol, Robins y Reiger (1991), reportaron una prevalencia/vida de 23,8% de la población masculina y 4,6% en población femenina; donde se puede contrastar con un 25,8% en hombres y 7,8 % en mujeres reportados en el II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (Torres y Montoya, 1997). Por su parte el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia - 2003, reportó una prevalencia/vida de 13,2% en hombres y 1,6% en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003), lo que lleva a pensar que ha habido una disminución en el abuso de alcohol. Para abuso de sustancias no

alcohólicas, Robins y Reiger (1991) encontraron una prevalencia/vida de 7,72% en población masculina y 4,7% en población femenina Estadounidense; mientras que para el 2003 se reportó que un 2,1% de la población masculina colombiana y 0,1% de la población femenina colombiana presentaban este trastorno, (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Los índices anteriores llevan a cuestionarse acerca de los niveles de prevalencia; más aún en estudiantes universitarios, donde las condiciones de la salud mental, en el momento del ingreso a la universidad, pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas, plantean situaciones de fracaso o éxito, que acompañadas con el ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño – vigilia, pueden alterar esas condiciones de salud (Carretero & Palacios, 1995). Esto cobra importancia en tanto es necesario conocer los datos de aquellos quienes consultan para establecer programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apunten a las poblaciones vulnerables a nivel estudiantil, teniendo presente que los departamentos de bienestar en las instituciones de educación superior, por las características propias de su quehacer, tienen la opción de desarrollar los programas para dar cumplimiento permanente a las actividades que se propone en cada nuevo periodo, o pueden optar por fundamentar el desarrollo de su plan de acción en procesos de investigación de menor o mayor complejidad, lo cual permitirá el direccionamiento basado en las realidades contextuales de los grupos poblacionales a los que dirige sus proyectos y programas (Ibarra, 1998).

Igualmente significativo es comprender si estos trastornos se asocian a problemas ambientales y sociales, tales como la presión académica y familiar, de tal forma que pueda lograrse una intervención focalizada en las áreas más problemáticas y que representen riesgo para la salud mental de los jóvenes universitarios. Al respecto, se tiene que Fletcher y Bryden (2007), en una investigación llevada a cabo con una muestra de 412 estudiantes, 23 profesores y trabajadores, informaron que existe una gran variedad de asuntos que tienen el potencial para afectar la salud de los estudiantes, como la calidad de la vida, lo académico, los exámenes, las relaciones, manejo del tiempo, la economía, el amor propio y la obesidad. Sin embargo este estudio también señaló como aunque los

estudiantes parecieran bastante informados acerca de los servicios de sanidad ofrecidos en el campus, el conocimiento no tradujo al uso, por lo que se plantea que el personal de la universidad debe llegar a ser más activamente implicado en promover los servicios en el campus y evidenciar las implicaciones potenciales del malestar, para que estos servicios puedan llegar a convertirse en un excelente complemento universitario.

Algunos factores psicosociales se han relacionado específicamente con los trastornos mentales. Sargent, Crocker y Riia (2006), reportaron que la aprobación de otros, la apariencia, la competitividad y el desempeño académico son factores de vulnerabilidad a síntomas depresivos; por su parte Williams & Galliher (2006), añaden a éstos factores las dificultades con respecto al apoyo social, la competencia social y las redes sociales. Con respecto a la ansiedad, autores como Chandavarkar y Amin (2007), afirman que los estudiantes que trabajan bajo presiones significativas y experimentan una pérdida de control externo, presentan un aumento en la ansiedad y dificultades en la atención, al igual que síntomas depresivos.

Todo lo anterior, lleva a que se pueda afirmar la importancia que tiene la evaluación de los factores ambientales y psicosociales presentes en la población estudiada, para establecer relaciones que permitan un mayor entendimiento de sus problemáticas.

## MÉTODO

### *Diseño*

Investigación cuantitativa, con un diseño de investigación descriptivo, correlacional, no experimental, de corte trasversal.

### *Participantes*

La muestra estuvo conformada por 67 estudiantes, con edades entre los 16 a 28 años que asistieron a consulta voluntariamente en el servicio psicológico de Bienestar Universitario de una universidad de la ciudad de Medellín, en Colombia, en el período comprendido entre Abril del 2007 y Abril del 2008.

### *Instrumentos*

Para la evaluación de los trastornos mentales se aplicó la entrevista estructurada MINI, (Sheehan, et al., 1998), la cual es de corta duración y evalúa los principales

trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10, además del trastorno de personalidad antisocial. Esta prueba ha mostrado buenos resultados al ser comparada con el CIDI, con valores Kappa por encima de 0.5 para todos los trastornos, excepto fobia social y ansiedad generalizada. La especificidad estuvo por encima de 0.70 para todos los trastornos.

Adicionalmente se utilizó un checklist de problemas psicosociales y ambientales del Eje IV, diseñado para la investigación, de acuerdo con los criterios del DSM-IV TR (APA, 2001), buscando identificar la presencia de estos problemas en los estudiantes.

### *Procedimiento*

Los sujetos a evaluar fueron invitados a participar por una de las psicólogas de Bienestar Universitario, quien les informaba acerca del estudio. Posterior a su aceptación, se firmó el consentimiento informado, donde se explican todos los aspectos éticos que debe tener en cuenta la persona para acceder a la participación, se aplicó el MINI y se diligenció el *checklist* de problemas psicosociales y ambientales.

## RESULTADOS

En el estudio participaron 67 estudiantes, 62,7% (42) mujeres y 37,3% (25) hombres, con edades comprendidas entre los 16 y 28 años (edad media 19,30 años y desviación estándar de 2,17 años). No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad entre los sexos en la muestra (U de Mann Whitney 445,5;  $p = 0,425$ ). Respecto a las facultades que participaron en la muestra evaluada se encontró que la facultad con más participantes fue medicina con un total de 29,9% (20), seguida de Veterinaria y Zootecnia, con un 22,4% (15) (Tabla 1).

Con respecto a la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la muestra, los trastornos de mayor prevalencia fueron: episodio depresivo mayor (26,9% en la muestra total; 26,2% mujeres y 28% hombres) y trastorno de ansiedad generalizada (28,4% en la muestra total; 33,3% mujeres y 20% hombres). Los episodios depresivos pasados, la depresión con melancolía y la distimia presentaron índices de prevalencia menores. En cuanto a riesgo suicida se encontró una prevalencia de

6,0% (4) en la muestra (7,1% mujeres y 4,0% hombres). En cuanto a la prevalencia para fobia social, se encontró un 16,4% (11) en la muestra total (16,7% mujeres y 16,0% hombres) (Tabla 2).

**Tabla 1.** Estadísticas descriptivas de las variables demográficas en 67 estudiantes atendidos en bienestar universitario por parte de psicología en una universidad de la ciudad de Medellín

|                         | F  | %    |
|-------------------------|----|------|
| EDAD                    |    |      |
| 16 a 19                 | 43 | 65,1 |
| 20 a 23                 | 20 | 30,3 |
| 24 a 28                 | 3  | 1,5  |
| SEXO                    |    |      |
| Hombre                  | 25 | 37,3 |
| Mujer                   | 42 | 62,7 |
| ESTRATO                 |    |      |
| SOCIOECONOMICO          |    |      |
| Bajo                    | 4  | 6,0  |
| Medio                   | 33 | 49,2 |
| Alto                    | 30 | 44,7 |
| ESTADO CIVIL            |    |      |
| Soltero                 | 66 | 98,5 |
| Casado                  | 1  | 1,5  |
| FACULTAD                |    |      |
| Odontología             | 4  | 6,0  |
| Medicina                | 20 | 29,9 |
| TAPH                    | 9  | 13,4 |
| Veterinaria y zootecnia | 15 | 22,4 |
| Fisioterapia            | 10 | 14,9 |
| Biología                | 2  | 3,0  |
| Derecho                 | 2  | 3,0  |
| Psicología              | 5  | 7,5  |

Con respecto a la prevalencia de problemas psicosociales y ambientales se encontró que un 34,3% (23) de la muestra total (31% mujeres y 40% hombres) presentó problemas relativos al grupo primario, un 26,9% (18) (14,3% mujeres y 48% hombres) problemas relativos al ambiente social y un 62,7% (42) (66,7% mujeres y 56% hombres) problemas relacionados con la enseñanza. Los demás problemas psicosociales presentaron prevalencias bajas (Tabla 3).

Al realizar asociaciones entre los problemas psicosociales más comunes y los trastornos mentales se encontró que la depresión, ya sea mayor ( $\chi^2$ : 4,919,  $p$ : ,027) o pasada ( $\chi^2$ : 6,666,  $p$ : ,010) y con síntomas melancólicos ( $\chi^2$ : 7,020,  $p$ : ,008), está asociada a problemas relativos al grupo primario. No se encontró ninguna asociación entre los trastornos mentales y los problemas relativos al ambiente social o la enseñanza (Tabla 4).

**Tabla 2.** Estado de salud mental de 67 estudiantes usuarios del servicio de psicología de bienestar universitario en una universidad de la ciudad de Medellín.

| Trastorno   | Mujeres<br>n = 42<br>F (%) | Hombres<br>n = 25<br>F (%) | Muestra Total<br>n = 67<br>F (%) |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Depresivo mayor actual  | 11 (26,2)                  | 7 (28,0)                   | 18 (26,9)                        |
| Depresión Mayor Pasada  | 5 (11,9)                   | 3 (12,0)                   | 8 (11,9)                         |
| Depresión con melancolía                                      | 4 (9,5)                    | 2 (8,0)                    | 6 (9,0)                          |
| Distimia  | 5 (11,9)                   | 1 (4,0)                    | 6 (9,0)                          |
| Riesgo suicidio   | 3 (7,1)                    | 1 (4,0)                    | 4 (6,0)                          |
| Hipomanía actual  | 1 (2,4)                    | 0 (0)                      | 1 (1,5)                          |
| Hipomanía pasada  | 0 (0)                      | 2 (8,0)                    | 2 (3,0)                          |
| Trastorno de angustia   | 3 (7,1)                    | 2 (8,0)                    | 5 (7,5)                          |
| Agorafobia  | 4 (9,5)                    | 2 (8,0)                    | 6 (9,0)                          |
| Fobia social  | 7 (16,7)                   | 4 (16,0)                   | 11 (16,4)                        |
| Trastorno   | 3 (7,1)                    | 1 (4,0)                    | 4 (6,0)                          |
| Obsesivo-compulsivo   |                            |                            |                                  |
| Estado por estrés postraumático                               | 3 (7,1)                    | 0 (0)                      | 3 (4,5)                          |
| Abuso y dependencia de alcohol                                | 0 (0)                      | 1 (4,0)                    | 1 (1,5)                          |
| Trastorno asociado al uso de sustancias no alcohólicas        | 1 (2,4)                    | 1 (4,0)                    | 2 (3,0)                          |
| Anorexia nerviosa   | 1 (2,4)                    | 0 (0)                      | 1 (1,5)                          |
| Trastorno de ansiedad generalizada                            | 14 (33,3)                  | 5 (20)                     | 19 (28,4)                        |
| Trastorno antisocial de la personalidad alguna vez en la vida | 0 (0)                      | 2 (8,0)                    | 2 (3,0)                          |

## DISCUSIÓN

El estudio de salud mental en jóvenes es una temática de gran relevancia, especialmente cuando se evidencia que la etapa entre los 14 y los 27 años es el momento más frecuente de aparición de los trastornos mentales (Torres, Osorio, López, & Mejía, 2007); de tal forma que establecer las prevalencias de trastornos en esta población y el diseño de programas de intervención en esta etapa, se vuelve imperante.

El hecho de que las personas con trastorno del estado de ánimo, busquen fácilmente ayuda, puede evidenciarse a la luz de los resultados de esta investigación, donde se señala una prevalencia de 26,9% de depresión mayor (26,2% mujeres y 28,0% hombres); resultado mucho más elevado que el encontrado en otras investigaciones (APA, 2001; Torres & Montoya, 1997), pero que cobra sentido si se piensa que se trata de una población clínica que busca ayuda por parte de un servicio ofrecido por bienestar universitario, de acuerdo a lo señalado por

**Tabla 3.** *Problemas psicosociales y ambientales en 67 estudiantes que asistieron al servicio de psicología de bienestar universitario en una universidad de la ciudad de Medellín*

| Problemas Psicosociales y Ambientales                 | Mujeres      | Hombres      | Muestra Total |
|---|--------------|--------------|---------------|
|   | n= 42        | n = 25       | n = 67        |
|   | <i>F (%)</i> | <i>F (%)</i> | <i>F (%)</i>  |
| Problemas relativos al grupo primario                 | 13 (31)      | 10 (40)      | 23 (34,3)     |
| Problemas relativos al ambiente social                | 6 (14,3)     | 12 (48)      | 18 (26,9)     |
| Problemas relacionados con la enseñanza               | 28 (66,7)    | 14 (56)      | 42 (62,7)     |
| Problemas laborales                                   | 2 (4,8)      | 2 (8,0)      | 4 (6,0)       |
| Problemas de vivienda                                 | 2 (4,8)      | 0 (0)        | 2 (3,0)       |
| Problemas económicos                                  | 3 (7,1)      | 2 (8,0)      | 5 (7,5)       |
| Problemas relativos al acceso a los servicios médicos | 1 (2,4)      | 0 (0)        | 1 (1,5)       |
| Otros problemas psicosociales y ambientales           | 1 (2,4)      | 1 (4,0)      | 2 (3,0)       |

Yepes (2000), quien afirma que los trastornos depresivos son muy comunes en la consulta. Este dato además es similar al reportado por Torres, et al. (2007), quienes afirman que alrededor de un 15 al 20% de los adolescentes en los EEUU ha experimentado un episodio depresivo severo de depresión, y que en poblaciones clínicas, se calcula que en la consulta externa se tiene una prevalencia de 30% de trastornos depresivos.

Sin embargo este resultado debe leerse con cautela y preocupación si se analizan otros resultados como el de Cheung y Dewa (2007), quienes señalan que, entre los adolescentes de 15 a 18 años con depresión, el 40% no había utilizado ningún servicio de salud mental; mientras que en adolescentes con intento suicida un 50% tampoco lo habían hecho. En jóvenes entre los 19 y 24 años con depresión, el 42% no había utilizado ningún servicio de salud mental y, con intento suicida, un 48% tampoco lo habían hecho. Si estas cifras son similares en nuestra población, querría decir que muchos estudiantes universitarios presentan síntomas depresivos y riesgo suicida y no están acudiendo a servicios de psicología, como el ofrecido por bienestar universitario.

Estos datos cobran una gran importancia si se piensa que la psicología clínica ha desarrollado tratamientos eficaces para la depresión mayor, lo cual lleva a tomar conciencia de la importancia que tienen los servicios de bienestar universitario como promotores de salud

**Tabla 4.** *Asociación entre trastornos mentales y problemas relativos al grupo primario*

| Trastornos  | Si         | No         | $\chi^2$ | <i>p</i> |
|---|------------|------------|----------|----------|
| Depresión mayor actual  | 10 (55,6%) | 8 (44,4%)  | 4,919    | 0,027*   |
| Depresión mayor pasada  | 6 (75,0%)  | 2 (25,0%)  | 6,666    | 0,010*   |
| Depresión con melancolía                                      | 5 (83,3%)  | 1 (16,7%)  | 7,020    | 0,008*   |
| Distimia  | 4 (66,7%)  | 2 (33,3%)  | 3,057    | 0,080    |
| Riesgo suicidio   | 3 (75,0%)  | 1 (25,0%)  | 3,971    | 0,137    |
| Hipomanía actual  | 0 (0,0%)   | 1 (100,0%) | 0,543    | 0,461    |
| Hipomanía pasada  | 1 (50,0%)  | 1 (50,0%)  | 0,225    | 0,636    |
| Trastorno de angustia   | 2 (40,0%)  | 3 (60,0%)  | 0,063    | 0,801    |
| Agorafobia  | 4 (66,7%)  | 2 (33,3%)  | 3,057    | 0,080    |
| Fobia social  | 6 (54,5%)  | 5 (45,5%)  | 2,386    | 0,122    |
| Trastorno obsesivo-compulsivo                                 | 1 (25,0%)  | 3 (75,0%)  | 0,164    | 0,685    |
| Estado por estrés postraumático                               | 1 (33,3%)  | 2 (66,7%)  | 0,001    | 0,970    |
| Abuso y dependencia de alcohol                                | 0 (0,0%)   | 1 (100,0%) | 0,531    | 0,466    |
| Trastorno asociado al uso de sustancias no alcohólicas        | 0 (0,0%)   | 2 (100,0%) | 1,078    | 0,299    |
| Anorexia nerviosa   | 0 (0,0%)   | 1 (100,0%) | 0,531    | 0,466    |
| Trastorno de ansiedad generalizada                            | 7 (36,8%)  | 12 (63,2%) | 0,074    | 0,785    |
| Trastorno antisocial de la personalidad alguna vez en la vida | 1 (50,0%)  | 1 (50,0%)  | 0,225    | 0,636    |

\* Hay diferencias significativas (a nivel 0,05)

mental, y previsores de trastornos más severos mediante la intervención oportuna de los síntomas presentados por los estudiantes (Yepes, 2000). Esto llevaría a una disminución de la cronicidad en los cuadros, y de las consecuencias a nivel familiar, social y personal relacionadas con los trastornos depresivos (APA, 2001). Estos datos también aumentan su importancia en relación con el riesgo de suicidio, que puede definirse como la preocupación o la acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria (Torres, et al., 2007), que en la muestra presentó una prevalencia del 6,0%, lo que nombra la necesidad de realizar intervenciones eficaces que disminuyan el malestar personal y la desesperanza relacionada generalmente con el riesgo suicida, sin dejar de reconocer que la conducta suicida es un acto de multideterminación, donde intervienen variables sociodemográficas, de desarrollo y rasgos de personalidad (Butcher, et al., 2007).

Un resultado importante tiene que ver con la asociación de la depresión mayor (actual, pasada y con síntomas de melancolía) con los problemas relativos al grupo

primario, lo que nos lleva a pensar que en muchas ocasiones pueden ser los problemas familiares los que llevan a que los jóvenes presenten síntomas relacionados con el estado de ánimo, lo que podría relacionarse con la existencia de patología familiar (Torres, et al., 2007); esto además se relaciona con los datos que señalan que el apoyo social y la pertenencia a redes sociales puede ser un factor de protección para la depresión (Williams & Galliher, 2006), al igual que la cohesión familiar, las buenas relaciones con los padres y la convivencia con la familia nuclear (Torres, et al., 2007), de tal forma que si se tienen dificultades con el grupo primario el individuo podría desencadenar una depresión al experimentar eventos vitales negativos y no contar con un grupo de apoyo frente a estos (Caballo, et al., 1995). Sin embargo esta relación puede darse en la dirección contraria, de tal forma que puedan ser las alteraciones anímicas las que ocasionen dificultades familiares (Butcher, et al., 2007). En este caso la depresión podría ser un trastorno secundario a un trastorno previo como la ansiedad (Torres, et al., 2007).

En esta investigación se esperaba encontrar una asociación entre los trastornos depresivos y los problemas relativos a la enseñanza (Sargent, et al., 2006); sin embargo los resultados no confirmaron esta hipótesis, lo cual puede deberse a que estos síntomas quizás estén mediados por otras dificultades como los trastornos de ansiedad (Chandavarkar & Amin, 2007), teniendo en cuenta, además, que en algunos casos es posible que el estudiante no de cuenta de ellos debido a que en el momento de la intervención consideren de mayor relevancia los problemas a nivel del grupo primario que aquellos relacionados con la academia.

Por su parte, la prevalencia de ansiedad generalizada en la muestra fue significativa (28.4% para la muestra total, 33.3% en mujeres y 20% en hombres). Cabe anotar que esta es la etapa en la que generalmente aparece este trastorno (Torres, et al., 2007), lo que podría llevar a que muchos jóvenes que presentan la sintomatología, busquen ayuda para su cuadro, debido a la incomodidad que le generan los síntomas y las pocas estrategias que en el momento el sujeto tiene para contrarrestarlo. Aunque en este estudio no se obtuvo una asociación entre este trastorno y los problemas relacionados con el grupo primario, el ambiente social o la enseñanza, se podría pensar que el ambiente sociocultural que rodea a los jóvenes hoy en día puede llevar a generar en ellos la sensación de alerta permanente, debido al nivel de incertidumbre que puede generarse y el grado de activación emocional que se produce ante una variedad

de estímulos diversos, como los que vivencia la población joven en la actualidad. Esto generaría un nivel importante de vulnerabilidad en aquellas personas que consideran intolerante estos factores, lo que llevaría al desarrollo del cuadro (Krohne, 1989). Sin embargo, llama la atención que este trastorno no se asocia con los problemas relativos a la enseñanza, aspecto que lleva a la consulta a muchos de los jóvenes universitarios (Chandavarkar & Amin, 2007).

Una de las asociaciones que no se encontró fue la de la fobia social con los problemas relativos al ambiente social (Swinson, 2005); sin embargo el no encontrarla hace pensar que muchos de estos jóvenes apenas se están viendo enfrentados a demandas sociales, que pueden haber sido las responsables de su búsqueda de ayuda profesional, pero que aún no se consideran lo suficientemente graves por parte de los estudiantes como para evidenciar dificultades en esta área. Esto podría verse entonces como un aspecto positivo en la medida que es posible que dichos jóvenes estén identificando sus síntomas como de tal relevancia para la búsqueda de ayuda profesional, pero que aún no alcanzan a constituir un deterioro tan crónico y reconocido como el que es originado por este trastorno (Swinson, 2005; Tellez, 2000).

Estos resultados indican la importancia que tiene un buen acompañamiento psicológico dentro de bienestar universitario en las universidades, ya que este puede ser el primer espacio de ayuda que tengan los jóvenes que perciban dificultades a nivel de su salud mental en el mundo universitario (Fletcher & Bryden, 2007). Además porque algunos de estos cuadros no remiten espontáneamente, por lo que un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz son necesarios para reducir los costos y mejorar la vida de estos pacientes (Wei & Ross, 2004). Igualmente evidencia la importancia de establecer programas de intervención para los trastornos emocionales y de ansiedad, los cuales se encuentran que son los más prevalentes en esta población, dato que es similar al reportado en las investigaciones de salud mental en la población general (Robins & Reiger, 1991; Torres & Montoya, 1997).

Dentro de las limitaciones de este estudio, debe tenerse en cuenta que este se llevó a cabo con una muestra pequeña, por lo que sus resultados deben ser replicados en futuras investigaciones con muestras mayores, para poder corroborar los datos reportados aquí. Igualmente sería importante realizar análisis que incluyan estudiantes de diversas universidades, de tal forma que se

puedan analizar las realidades particulares de una institución, adicional a un análisis global acerca de la salud mental de los jóvenes que consultan actualmente en los servicios psicológicos de las distintas universidades.

## CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación señalan como los trastornos de mayor prevalencia en el servicio psicológico universitario fueron el trastorno depresivo mayor (26,9%) y el trastorno de ansiedad generalizada (28,4%); trastornos que tienen igualmente una prevalencia alta en la población general. Los índices de prevalencia de los trastornos mentales dentro del servicio psicológico son comparables a los de otras investigaciones en el ámbito clínico; sin embargo estos resultados cobran una importancia mayor si se piensa que muchos de los estudiantes que presentan sintomatología no buscan ayuda, por lo que podría pensarse que es necesario realizar programas de prevención de los mismos en toda la comunidad universitaria.

Se encontró una asociación entre los trastornos depresivos y los problemas relativos al grupo primario, lo que evidencia como las dificultades familiares podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas emocionales, así como la alteración del estado de ánimo podría producir dificultades interpersonales con las personas más cercanas.

Los resultados de esta investigación indican la necesidad de establecer protocolos de intervención para los trastornos mentales más frecuentes en la población universitaria, que lleven a un manejo eficaz de las consultas realizadas y que permitan disminuir las consecuencias a largo plazo que estas alteraciones pueden tener en la vida de los individuos.

Los problemas relativos al ambiente social, a la enseñanza y al grupo primario son las dificultades reportadas en mayor medida por los jóvenes universitarios, de tal forma que se hace necesario el trabajo sobre habilidades sociales, para el manejo del estrés académico y las intervenciones familiares, como medios de ayuda para esta población.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV TR*. Barcelona, España: Massón.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2004). *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica*. (12ª Ed.). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Caballo, V., Buela-casal, G., & Carroble, J. A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Carretero, M., & Palacios, J. (1995). *Psicología Evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid, España: Alianza.
- Chandavarkar, U. A., & Amin, M. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depression & Anxiety*, 24, 103–111.
- Cheung, A., & Dewa, C. (2007). Mental Health Service Use Among Adolescents and Young Adults With Major Depressive Disorder and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 228–232.
- Fletcher, P., & Bryden, P. (2007). Health issues and service utilization of university students: experiences, practices & perceptions of students, staff and faculty. *College Student Journal*, 41, 482–493.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York, USA: Guilford Press.
- Ibarra, M. (1998). Acto de instalación. En Asociación Colombiana de Universidades (Ed.), Nuevos desafíos para la educación superior. *Pleno nacional de bienestar universitario. Memorias* (pp. 9-10). Santafé de Bogotá: CORCAS Editores Ltda.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). *Vulnerability to Psychopathology. Risk across the lifespan*. New York, USA: Guilford Press.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 235-247.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003*. Recuperado el 24 de octubre de 2008, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbeconte nt/newsdetail.asp?ID=14822&IDcompany=3>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *WHO urges more investments, services for mental health*. Recuperado el 5 julio de 2008, de [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)

- Robins, C., & Regier, D. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York, USA: The Free Press.
- Sarason, I., & Sarason, B. (1996). *Psicología Anormal, el problema de la conducta inadaptada* (7ª ed.). México D.C., México: Prentice Hall.
- Sargent, J. T., Crocker, J. L., & Riia K. (2006). *Contingencies of self – worth and depressive symptoms in college students*. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 628-646.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Geoffrey, C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinical Psychiatry*, 59 (20), 22 – 33.
- Swinson, R. (2005). Social Anxiety Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 305–307.
- Tellez, J. E. (2000). Fobia Social. En R. J. Toro & L. E. Yepes, *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. (3ª ed.) (pp. 172-178). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Toro, R. J. (2000). Trastorno de ansiedad generalizada. En R. J. Toro & L. E. Yepes, *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. (3ª ed) (pp. 190–196). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Torres, Y., & Montoya, I. (1997). *Segundo Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud
- Torres, Y., Osorio, J. J., López, P. L., & Mejía, R. (2007). *Salud mental del Adolescente*. Medellín 2006. Medellín, Colombia: Artes y Letras.
- Wei, Z., & Ross, J. (2004). Social anxiety disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depression & Anxiety*, 20, 101–106.
- Williams, K. L., & Galliher, R. V. (2006). Predicting depression and self-esteem from social connectedness, support, and competence. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 855–874.
- Yepes, L. E. (2000). Trastornos depresivos. En R. J. Toro & L. E. Yepes, *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. (3ª ed) (pp. 131-150). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.