

SITUACIÓN DE SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA EN EL AÑO 2023



Ailyn Slendy Cueto Astroza
Gretel Noemi Escorcía Herrera
Kelly Johana Cuervo Ruiz

Corporación Universitaria Adventista
Facultad de Ciencias de la Salud
Enfermería
Medellín
2023



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica reconocida mediante
Resolución No. 8529 del 06 de junio de 1983,
expedida por el Ministerio de Educación Nacional.
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: + 57 (4) 250 83 28
NIT: 860.403.751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: "Situación de salud mental de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista, 2023.", elaborado por las estudiantes AILYN SLENDY CUETO ASTROZA, GRETHEL NOEMY ESCORCIA HERRERA, KELLY JOHANA CUERVO RUIZ, del programa de Enfermería. El proyecto cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- DESTACADO

Medellín, 10 de noviembre de 2023

DRA. KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI
Asesor Metodológico

Mg. BEATRIZ TORRES AVENDAÑO
Asesor Temático

PhD(c). MARYS MARTÍNEZ MUÑOZ
Dictaminador de proyecto

PhD(c). MARYORI ARENAS HERNÁNDEZ
Dictaminador de proyecto

AILYN SLENDY CUETO ASTROZA
Estudiante

GRETHEL NOEMY ESCORCIA HERRERA
Estudiante

KELLY JOHANA CUERVO RUIZ
Estudiante

Dedicatoria.

En primer lugar, nuestras palabras de agradecimiento y dedicación se elevan a Dios, fuente de fortaleza y guía constante en nuestro caminar, sin su luz, este camino habría sido más arduo. A nuestras familias, cuyo apoyo incondicional ha sido el ancla en los momentos de tormenta y la brújula que nos ha guiado, su amor ha sido la base sólida sobre la cual construimos cada paso de este recorrido.

Dirigimos nuestro respeto y empatía a todos los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista que han experimentado las sombras de la depresión, la ansiedad, el estrés y cualquier afección de salud mental; valoramos su lucha y su resistencia, este trabajo también es un reconocimiento a ustedes, guerreros silenciosos que inspiran con su valentía, queremos recordar y dedicar a todas las personas que en nuestra universidad y en el que han perdido su vida a causa de la falta de escucha y comprensión en el momento oportuno, este trabajo lleva también la carga de sus historias no contadas y es un llamado urgente a prestar atención, comprender y apoyar a quienes nos rodean.

Que este trabajo sea un tributo a la esperanza, un recordatorio de que cada voz merece ser escuchada y cada alma valorada, que contribuya, aunque sea mínimamente, a la comprensión y el apoyo de los estudiantes de nuestro campus universitario y del mundo que necesitan ser escuchados.

AGRADECIMIENTOS

Hoy culmina una etapa significativa en nuestro camino académico, y es con profundo agradecimiento que dedicamos nuestro trabajo de grado a aquellos que fueron parte esencial de este arduo pero gratificante trayecto.

En primer lugar, extendemos nuestra gratitud a Dios, fuente inagotable de sabiduría y guía, por permitirnos alcanzar este logro, a nuestra querida asesora, Beatriz Torres, cuya orientación y apoyo fueron fundamentales para la culminación exitosa de este proyecto; a la doctora Keila Miranda, asesora metodológica, quien con su valiosa contribución nos brindó dirección y claridad en el proceso de investigación. A nuestras familias, el pilar de nuestro apoyo y amor incondicional, les dedicamos este logro y nuestros amigos, cuya presencia y aliento fueron esenciales en los momentos desafiantes.

Agradecemos sinceramente a cada persona que decidió participar en nuestra investigación, su colaboración ha enriquecido grandemente este estudio. A las compañeras de grupo, gracias por el trabajo conjunto, a todos aquellos que formaron parte de este camino, su contribución no ha pasado desapercibida y ha dejado una marca imborrable en este proyecto.

Este trabajo de grado no solo es nuestro, sino de todos ustedes que han sido parte integral y fundamental de este viaje. Gracias por ser nuestra inspiración y motivación.

Tabla de contenido

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2 Justificación	12
1.3. Pregunta de investigación	13
2. MARCO CONCEPTUAL	14
2.1 Marco Teórico	14
2.2 Marco referencial	17
2.3 Marco legal	18
2.4 Marco disciplinar.....	20
3. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo general.....	24
3.2 Objetivos específicos	24
4. METODOLOGÍA	25
4.1 Enfoque	25
4.2 Tipo de investigación.....	25
4.3 Población	25
4.3.1 Criterios de inclusión	25
4.3.2 Criterios de exclusión.....	25
4.4 Muestra.....	26
4.5 Instrumentos	26
4.6. Análisis de confiabilidad del instrumento	40
4.7. Estrategias de análisis de dato.....	41
4. 8 Aspectos Éticos de la Investigación	41
4.8.1 Principios éticos:	41
4.8.2 Normas éticas:.....	42
4.8.3 Nivel tres o de los comités ética	43
5. RESULTADOS	44
5. DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65

BIBLIOGRAFÍA 66

Índice de tablas

Tabla 1. Tabla de variables.	30
Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de los estudiantes UNAC. Medellín - 2023 ..	44
Tabla 3. Grado de depresión de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista. Medellín - 2023	47
Tabla 4. Distribución porcentual según grado de ansiedad estudiantes UNAC. Medellín-2023.	48
Tabla 5. Grado de estrés de los estudiantes UNAC. Medellín-2023.....	50
Tabla 6. Presencia de trastorno de comportamiento alimentario estudiantes UNAC.	52
Tabla 7. Conducta alimentaria según preguntas escala SCOFF. Medellín 2023	52
Tabla 8. Presencia de consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida.	54
Tabla 9. Presencia de consumo por cada sustancia psicoactiva.....	55
Tabla 10. Nivel de riesgo por cada sustancia de los estudiantes UNAC. Medellín 2023 ..	56
Tabla 11. Nivel de riesgo de daño por consumo de sustancias psicoactivas según el sexo. Medellín – 2023.....	58

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución porcentual presencia de depresión según el sexo. Medellín - 2023.	47
Gráfico 2. Distribución porcentual presencia de depresión según la edad. Medellín – 2023.	48
Gráfico 3. Distribución porcentual presencia de ansiedad según sexo. Medellín – 2023.	49
Gráfico 4. Distribución porcentual de presencia de ansiedad según edad. Medellín – 2023.	49
Gráfico 5. Distribución porcentual presencia de estrés según el sexo. Medellín - 2023...	51
Gráfico 6. Distribución porcentual presencia de estrés según la edad. Medellín – 2023.	51
Gráfico 7. Distribución porcentual de personas con TCA según el sexo. Medellín – 2023.	53
Gráfico 8. Distribución porcentual de personas con TCA según la edad.	53
Gráfico 9. Distribución porcentual de presencia de consumo de SPA según el sexo. Medellín – 2023.....	58
Gráfico 10. Distribución porcentual de presencia de consumo de sustancias SPA según la edad. Medellín – 2023.	58

GLOSARIO

1. **CIE 11:** Clasificación Internacional de Enfermedades (1).
2. **DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2).
3. **DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés (3).
4. **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés (4).
5. **WFMH:** Federación Mundial de la Salud Mental, por sus siglas en inglés (5).
6. **UNAC:** Corporación Universitaria Adventista (6).
7. **TCA:** Trastornos del comportamiento alimentario (7).
8. **SCOFF:** Sick, control, one, fat, food, por sus siglas en inglés (8).
9. **DASS-21:** Depression Anxiety and Stress Scale, por sus siglas en inglés (9).
10. **ASSIST:** Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, por sus siglas en inglés (10).

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La salud mental es un concepto subestimado a través de la historia, percibido como algo abstracto o irrelevante, hace algunos siglos su más pequeña alteración se atribuía a demonios y espíritus malignos. Tanto así que “durante el Renacimiento, en el siglo XV y XVI, existía la creencia de que las personas con problemas de salud mental estaban poseídas por el demonio. Si eran mujeres, se creía que eran brujas y eran quemadas en la hoguera o ejecutadas” (11).

Sin embargo, cabe mencionar que este ha tomado fuerza en la última década como lo deja ver el plan integral sobre salud mental 2013-2030 (12) y se potencia su importancia con la pandemia COVID 19, menciona el médico José Hernández Rodríguez: “La crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19, impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden causar problemas de salud mental, ansiedad y depresión” (13).

Ahora bien, para comprender de mejor manera a lo que se refiere, se debe aclarar qué se entiende por salud mental en la actualidad. La Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de bienestar emocional que nos permite hacer frente al estrés de la vida cotidiana, sin dejar de desarrollar las habilidades y aportando a la comunidad, siendo además un derecho fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Cada persona experimenta y afronta de una forma diferente las circunstancias de su día a día, es un proceso individual y no puede ser generalizado, sino que se debe abarcar de forma integral” (14).

Hoy se conoce que la salud mental es fundamento de una vida plena e íntegra, la base para tomar las mejores decisiones, el escudo para hacer frente a los desafíos de la vida, la muralla que es fortaleza en la adversidad, como dice William James “El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden alterar sus vidas al alterar sus actitudes mentales” (15). Sin embargo, para que todo eso ocurra se deben tener las herramientas necesarias para su construcción y es el reto al que se enfrenta la sociedad actual, desconocen cómo mantener el equilibrio entre su mente y lo que sucede a su alrededor. El mundo avanza muy rápido y la población se queda sin herramientas para enfrentar ese cambio.

Sin lugar a dudas, la salud mental es necesaria para el desarrollo entero de las facultades humanas. Empero, los trastornos mentales han aumentado su incidencia en los últimos años y siguen causando estragos, la OMS menciona: “una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, lo que supone unos 450 millones de afectados. Para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) ha realizado un informe sobre esta cuestión en las personas en edad de trabajar y los datos son bastante parecidos. Según el texto, un 20% de dicha población sufre una enfermedad mental” (16).

Por consiguiente, en Colombia, “el ministerio de salud y protección social en conjunto con otras organizaciones durante el año 2015 realizaron la presentación de la encuesta nacional de Salud Mental la cual tuvo como objetivo brindar a la población y a los entes gubernamentales unas cifras actualizadas de la problemática en salud mental evidenciada en el país, comprendida a la luz de la equidad y los determinantes sociales, tuvo como objeto de estudio niños entre 7 y 11 años, adolescentes entre 12 a 17 años y adultos mayores de 18 años. "en Colombia la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) y los últimos estudios de consumo de drogas aplicado a la población general en el año 2019; a universitarios, en 2016; y a escolares, en 2016, han permitido identificar que las principales problemáticas en materia de salud mental, encabezadas son la creciente prevalencia de la depresión (aproximadamente 5 % de la población adulta) y de conducta suicida" (17).

Es aún peor la situación; existe una población muy vulnerable, que está siendo afectada en gran medida y de múltiples maneras por esta pandemia, a saber, los estudiantes universitarios. Menciona Alarcón en su investigación: “Esta etapa, la de la vida universitaria entraña, particularmente en los primeros años, la experiencia de activos factores de riesgo y el eventual uso de factores de protección, todos ellos actuando en el escenario de predisposiciones personales que los clínicos llaman personalidad o identidad, un conglomerado de variables bio-psico-socio-cultural-espirituales que incitan o atenúan éxito o fracaso en la nueva etapa vital. Entre los factores de riesgo, se cuentan la renovada complejidad del área de estudios escogida, el reto cotidiano a la autenticidad y la solidez de la vocación que abrió la ruta del estudiante a sus nuevos claustros, la calidad íntima de una adaptabilidad no expuesta a pruebas similares en el pasado, la competitividad con los nuevos amigos o adversarios, la diferente urdimbre de bullying, conflictos, romances o - tal vez peor aún - indiferencia de los flamantes condiscípulos” (18).

Este momento de la vida supone un reto para cada joven universitario, es donde

muchas veces se enfrentan por primera vez a los traumas del pasado, los vacíos de la infancia o el verdadero concepto de sí. La falta de herramientas y orientación acerca del autocuidado en la salud mental está afectando en gran medida la gestión correcta de emociones, pensamientos y sentimientos en los universitarios, agréguese a eso la era en la que vivimos, nunca la sociedad había tenido tanto, con tan poco esfuerzo. El sentido de la vida ha sido reemplazado por sensaciones y cada vez hay más distractores, y no todo es malo, pero todo lo que quiera reemplazar el propósito de la vida está en el lugar equivocado, menciona Rojas Estapé (19).

Este problema no es ajeno a la Corporación Universitaria Adventista, donde muchos jóvenes padecen de depresión, ansiedad, baja autoestima, etc. Esto plantea un desafío no solo para los estudiantes sino también para sus directivos, es necesario entonces conocer las características de la población estudiantil y los aspectos que logran hacer altibajos en el estado de ánimo de los mismos, para poder intervenirlos.

Ese es el motivo y razón de esta investigación, teniendo claro que para intervenir hay que conocer.

1.2 Justificación

No se puede hablar de calidad de vida y dejar por fuera la salud mental, esta es necesaria para el desarrollo del ser y el bienestar de cada individuo. De los factores que componen la salud de un ser humano, a saber, su salud mental, su salud física, social y espiritual, la de mayor impacto y trascendencia sobre las otras y sobre la manera de vivir de cada persona es la salud mental, es pilar, es columna, es estandarte, por esa razón no es un tema que deba mirarse someramente o con poca importancia. En 2019, en el mundo más de 700.000 personas se suicidaron, en el mundo 1 de cada 100 muertes es un suicidio. ¡Impactante! Se dice que en las edades de 15 a 29 años el suicidio es la cuarta causa de muerte detrás de los accidentes de tránsito. En detalle, se suicidan más del doble de hombres que de mujeres, 12.6 por cada 100.000 hombres en comparación a 5.4 por cada 100.000 mujeres (20).

Los datos son escalofriantes en Latinoamérica el 5% de la población adulta sufre de depresión y mueren 63.000 personas al año a causa del suicidio.

Por consiguiente, en Colombia el 60% de las personas que acuden a un servicio de atención básica en salud, tienen síntomas ansiosos y depresivos, solo el 30% de

ellos se les indaga y diagnostican estas alteraciones, pero un porcentaje menor recibe el tratamiento adecuado (21).

Sin lugar a duda es un tema que requiere atención, he aquí la evidencia de la importancia de la psicoeducación, si cada individuo pudiese gestionar sus emociones y pensamientos, si supiese escoger su red de apoyo, si de alguna manera pudiese auto conocerse, se puede suponer que las cifras serían menos impactantes.

Dicho sea de paso, que, en Antioquia en 2021 una persona al día se quitó la vida, el colapso de los servicios en julio de 2022 y el incremento de las cifras de atención en este departamento son un signo de alerta de lo que ocurre en el departamento con estas enfermedades silenciosas y estigmatizadas. Todas estas cifras son en realidad dignas de atención e intervención como dice Restrepo De La Pava: “Hay que darle el lugar que se merece a la salud mental. Así como se frecuenta al médico por problemas de salud física, se debe hacer lo mismo con las afecciones de la mente. Existe una naturalización de los trastornos mentales por lo cual son ignorados hasta que se vuelven críticos” (22).

Esta investigación espera proveer la base para intervenir de manera prioritaria la salud mental de la población estudiantil a través del conocimiento de las características de la misma. Brindará las herramientas para manejar las alteraciones de la salud mental presentes en los unacenses y con ello mejorar el rendimiento académico, la relación docente-estudiante, disminuir la deserción académica y, sobre todo, evitar la pérdida de más vidas. Que, en cuanto a beneficios, qué puede ser mejor que eso.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la situación de salud mental de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista en el año 2023?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco Teórico

Este capítulo presenta conceptos relacionados con la salud mental, basándose en investigaciones anteriores para resaltar los trastornos de salud mental, particularmente entre los estudiantes universitarios. La Organización Mundial de la Salud se centra en la salud mental en cómo el ser humano se relaciona con los demás, comparte ámbitos laborales y comunitarios, crea lazos saludables con las personas de su entorno. Su vida está en armonía y equilibrio y, su respuesta a las exigencias de la vida (14).

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente mil millones de personas en todo el mundo padecen trastornos mentales. En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), dio a conocer que aproximadamente 2 de cada 100.000 personas se suicidaron. Los desequilibrios en el estilo de vida, el trabajo y la situación económica como resultado de la pandemia de COVID-19 han exacerbado los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión. Según la encuesta, las mujeres se ven más afectadas por el resultado del desajuste por COVID-19 que los hombres: el 28,5 % de las mujeres informaron sentirse solas, estresadas, preocupadas o deprimidas en junio de 2021, en comparación con el 23,2 % de los hombres (23).

UNICEF afirma que la salud mental es una parte integral de la salud, la base de comunidades saludables y un "derecho fundamental para lograr objetivos globales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible"(24). Naciones Unidas, por su parte, ha identificado los problemas de salud mental como causa y efecto de la pobreza, afectando la productividad, aumentando la violencia, limitando la salud física y contribuyendo a la mala calidad, entre otras cosas, en el campo de la educación (25).

Sin embargo, Emiliano Galende ofrece su propia definición de salud mental, diciendo que el centro de la salud mental no es la enfermedad, sino la teorización interdisciplinaria que es relevante para la sociedad en su conjunto, no solo para el individuo (26). A la luz de lo anterior, la salud mental debe ser producto de cualquier intervención profesional, dado que no puede ser discutida aisladamente, sino en el contexto del desarrollo humano. Quintanilla, Haro y otros argumentan que cuando se trata de salud mental, no hay extremos de salud, es un equilibrio, no hay salud o

enfermedad absoluta, debe haber un equilibrio y puede inclinarse más hacia la salud o enfermedad en el curso de la vida, dependiendo de las circunstancias. Su trabajo demuestra que la educación es la base para la formación de individuos sanos y la construcción de la salud integral, y esa es tarea de los docentes y profesionales de la salud (27).

Hace 64 años, la psicóloga social María Jahoda desarrolló un conjunto de conceptos que colectivamente llama salud mental positiva. Definió varios criterios generales: la autopercepción realista, la identidad y la autoestima, la búsqueda del crecimiento y la autorrealización, la integración del yo y las diferentes experiencias, la autonomía, la percepción objetiva de la realidad y el manejo del entorno: adaptación y éxito logro de metas (28). El modelo más tarde inspiró a la doctora María Teresa Lluch Canut, profesora de atención psicosocial, para desarrollar una herramienta que se utilizó en estudios que identificaron seis factores como ejes orientadores para la creación de intervenciones que promuevan SM +. Pero ¿qué indican estos factores? La satisfacción personal se refiere a la satisfacción con uno mismo (autoestima/autoestima). La actitud prosocial implica la sensibilidad de una persona hacia su entorno social. autocontrol. autonomía. Resolución de problemas y autorrealización. Sexto, habilidades interpersonales (29).

Ahora bien, se puede decir que, existen alteraciones de la salud mental a lo que se denomina trastorno mental, la Organización Mundial de la Salud lo define como: “una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes” (30). El CIE-11 en armonía con el DSM-V aportan una definición clara en la que describen a los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo como “síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental” (31).

Sin embargo, no se puede describir únicamente el tema de trastornos mentales, sin hablar acerca de los trastornos alimentarios, los cuales, son determinados por distintos factores de riesgo. Pero es importante definir qué es el TCA o trastornos de la conducta alimentaria. Son un conjunto de dolencias caracterizadas por la restricción alimentaria, los atracones, el ejercicio excesivo, los vómitos y el uso de laxantes, junto con creencias negativas sobre la alimentación, la figura corporal y el peso. Estas alteraciones pueden llegar a imposibilitar psicológicamente a quien la

padece y causar daños fisiológicos graves. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta clasificación (DSM V), incluye en este tipo de trastornos la: anorexia Nerviosa, bulimia Nerviosa, trastorno por atracones, entre otros. (32).

Se entiende por anorexia nerviosa a la limitación de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que resulta peso corporal extremadamente bajo en relación con la salud física, el desarrollo, la edad y el sexo. También, se llega a desarrollar miedo por ganar peso. A su vez tiene subtipos y puede ser:

- Restriictiva: sin atracones, con ayunos prolongados y mucho ejercicio, dieta que causa pérdida de peso.
- Con atracones: vómito autoinducido, laxantes, diuréticos y/o enemas.

La bulimia nerviosa, a su vez, se caracteriza por, la ingestión de alimentos mucho mayor a la requerida, en un lapso determinado, acompañado de una sensación de falta de control y finalmente, mecanismos compensatorios como vómitos, uso de laxantes y enemas, ejercicio excesivo, entre otros (33).

El trastorno por atracón, similar a características anteriormente mencionadas, se describe por sus momentos de ingesta descontrolada de alimentos y posterior sentimiento de culpa, pero ausencia de conductas compensatorias, como el caso de la bulimia y anorexia nerviosa. “Se asocia a la obesidad y elevada comorbilidad psiquiátrica” (34).

Por otro lado, otra de las conductas problemáticas que arroja a los jóvenes, es el consumo de sustancias psicoactivas. Farrel en el año 1993, determinó que los adolescentes que incurren en el consumo de alguna de estas sustancias, generalmente presentan un “perfil policonsumo”, es decir, administración de varias drogas. La dinámica del consumo, ha sido estudiada a través de los años y, se llega a la conclusión que existen factores de riesgo asociados, como complicada dinámica familiar personal y social (35).

Las drogas legales o lícitas, son aquellas sustancias que generan cambio en el sistema nervioso y consecuentemente, en el comportamiento, la ley permite su consumo y no implica penas o sanciones, como el alcohol, tabaco, cafeína, nicotina, benzodiazepinas y otros medicamentos hipnóticos (36) (37). Y, el consumo de drogas ilícitas lleva a penalización, aquellas como la marihuana, cocaína, anfetaminas, entre otras.

En el 2020, 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en su reporte anual acerca del consumo de drogas, destacó el aumento consumo del cannabis, posiblemente asociado a su legalización en algunos países. A su vez, 11,2 millones de personas se administran drogas vía parenteral (38).

2.2 Marco referencial

La Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH), expresa que una de cada cinco personas, experimenta una condición de salud mental. Señala que el 10% de la población ocupada, a nivel mundial, ha requerido atender su condición de depresión, ya que, es uno de los problemas más prevalentes e incapacitantes (39).

En la Universidad Austral de Chile, entre el 2015 y 2017 se realizó un muestreo, donde se aplicó el PHQ-9, un instrumento para medir los síntomas depresivos según criterios del DSM-V. Los resultados arrojaron un aumento en la depresión moderada de un 17,7% en el año 2015 al 20,7% en 2017 (3,7% en hombres y 2,5% en mujeres). Los resultados de la escala DASS-21, la ansiedad severa ha pasado del 16,7% en 2015 al 26,4% en 2017 (16,5% en hombres y 4,9% en mujeres). Y el estrés severo ha pasado del 9,4% en 2015 al 15,9% en 2017 (10,5% en hombres y 3,8% en mujeres) en el tiempo de estudio (40).

En una investigación realizada en Colombia por Albuquerque, Da Silva y otros, se expresa que es preciso que se comprenda la salud mental en función del equilibrio, realizado por los propios estudiantes. Citan a Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold y Sartorius, para hablar del equilibrio y la armonía, no solo social, sino, entre la mente y el cuerpo. Esto permitirá afrontar las adversidades. En su investigación a jóvenes universitarios del área de la salud, en los que se utilizó un instrumento que clasifica el estrés, la prevalencia de estrés en algún grado se encontró en 55,3%, con 147 estudiantes, señalando que los cursos con mayor nivel de agotamiento fueron Psicología y Nutrición, ambos con un 25% de los participantes agotados (41).

Si bien los datos son alarmantes, ya que, los trastornos de la salud mental han ido en aumento, existen factores protectores como vínculo familiar, el afecto, expresiones de amor y cariño, red de apoyo grupal y comunitario, buen rendimiento académico, oportunidades de liderazgo en la institución educativa y la comunidad, y adecuadas habilidades sociales. En contraparte los factores de riesgo psicosociales como la presión social, familias disfuncionales, amistades influyentes y falta de habilidades sociales, podrían influir en el inicio a temprana edad del

consumo, debido a que los resultados de dicho estudio muestran una actividad moderada del consumo de alcohol y tabaco principalmente (42). “La adicción es un problema multidimensional que afecta a todas las facetas de la vida de la persona que la desarrolla” (43).

En línea con lo anterior, López Et Al, realizaron un estudio en una muestra de universitarios en España, donde se halló que el total de los participantes tuvo contacto con alcohol, de los cuales, el 86.6% lo había consumido en los últimos 30 días. En cuanto al cannabis, el 43.3% había consumido en su adolescencia y el 24.4% consumía en la actualidad. Finalmente, se discute el número de estudiantes que ingieren alcohol, ya que es una cifra elevada y está relacionada al consumo diario. También el consumo de drogas legales acompañado de drogas ilícitas (35).

Por otra parte, el confinamiento por COVID-19 movilizó a la humanidad a adoptar cambios en la vida diaria, se vieron afectados los hábitos de sueño, alimentación, ansiedad, preocupación y en los universitarios una nueva modalidad de estudio. Luciano y otros, reportaron que los estudiantes universitarios durante la pandemia no alcanzaron los niveles adecuados de sueño para cuidar la salud física y mental, estos comportamientos durante el confinamiento se asociaron con un mayor tiempo sentado durante el día y una menor energía disponible para realizar las diferentes tareas en horas del día (44).

Si se habla de afecciones en la alimentación de las personas, Arija y otros, afirman que los TCA se presentan en conjunto con otros trastornos psiquiátricos y desencadenan enfermedades somáticas como la obesidad, diabetes, entre otros. En el mundo, se presentan sin distinción de raza, región o persona. Sin embargo, América Latina, muestra prevalencia del 0,1 %, 1,16 % y 3,53 %, con respecto a anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (32).

2.3 Marco legal

La Organización mundial de la Salud define la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (14) es desde allí donde la salud mental toma relevancia para la vida cotidiana, ya que éstas afecciones repercuten de forma directa en cómo pensamos, sentimos, actuamos y cómo nos relacionamos con nuestro entorno, es por eso que en los últimos años este concepto ha tomado relevancia.

Desde la ley 1751 del 2015 se reconoce la salud como un derecho fundamental buscando la mejoría de la calidad de vida de individuos, familias y comunidades (45). Para garantizar un orden y una atención de calidad e intersectorial, siendo el paciente el centro de atención e intervención, se realizó la articulación de los entes gubernamentales, las EPS, IPS, sector educativo y demás con el objetivo de cerrar las brechas existentes en la atención en salud, brindando así al usuario la posibilidad de recibir una atención que, además de ser de calidad, será oportuna. Es por esto por lo que se consignan allí las directrices para la atención desde las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS, donde se encuentran las directrices específicas para la atención de 17 enfermedades principales, con el fin de mejorar y asegurar la atención, está consignado de forma clara el papel de cada interventor; reconociendo las capacidades de las personas como individuos y su papel en el colectivo (46).

Desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido por la Ley 100 de 1993, el estado Colombiano proclamó la ley 1616 del 21 de enero del año 2013 donde está consignado que se garantizará el derecho a una atención oportuna en salud mental, brindando una atención integral e intersectorial además de la prevención de los trastornos mentales, de la mano de intervenciones que identifiquen tempranamente aquellos factores de riesgo y protectores, a la luz de los determinantes sociales en salud donde aquellas estrategias y actividades se direccionen a un mejoramiento de la calidad de vida de las personas de forma integral (47). Esta ley retoma lo indicado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2015 donde se planteó el plan hemisférico de Salud Mental, que brinda orientación hacia lo siguiente

- *“Orientar programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales individuales y colectivas, la cohesión social y los entornos saludables, resilientes y protectores.*
- *Orientar programas de prevención que articulen los sistemas y servicios de salud mental con los dispositivos de base comunitaria.*
- *Fortalecer la respuesta de los servicios de salud con enfoque de atención primaria en salud. - Promover la rehabilitación basada en la comunidad y la inclusión social.*
- *Optimizar los sistemas de información y de gestión del conocimiento, así como la articulación sectorial e intersectorial” (12).*

En consecuencia, como autoridad sanitaria en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, lideró la creación de la política Nacional de Salud mental, la cual

tiene como objetivo principal la promoción de la salud mental de forma integral, fortaleciendo la convivencia en los entornos, realizando prevención de las afecciones de salud mental colectivas e individuales, gestionando la coordinación intersectorial, brindando una atención integral y de calidad y asegurando una adecuada rehabilitación e inclusión social (47).

2.4 Marco disciplinar

Esta investigación puede enmarcarse en el modelo de marea es un procedimiento filosófico para restaurar la salud psicológica. No es un procedimiento de ayuda o un procedimiento de patología mental. El modelo de marea es una visión del mundo que ayuda a la enfermera a comenzar a comprender lo que la salud mental puede significar para una persona en particular y cómo puede ayudar a una persona a comprender y comenzar el complejo y desafiante viaje de recuperación. Se basa en la teoría del caos, un flujo constante, mareas que van y vienen y representan patrones no recurrentes, aunque permanecen dentro de ciertos límites. En esta visión, pequeños cambios pueden conducir a cambios indescifrables. La teoría del caos indica que hay parámetros para lo que podemos aprender, y Barker sugiere que las enfermeras abandonen la búsqueda de la certeza y aceptan, en cambio, la verdad de la incertidumbre.

Una característica clave de la práctica de enfermería de Barker fue la exploración de formas de colaboración genuina en las relaciones. Se interesó en el término "personas que cuidan" después de enterarse de que la interacción entre un profesional y una persona puede ser más recíproca que la interacción original enfermera-paciente definida por Peplau.

El patrón de marea es un conjunto de 10 compromisos que son una brújula metafórica para el profesional. La experiencia de angustia mental se explica constantemente en términos metafóricos. El modelo de marea utiliza metáforas universales y culturalmente relevantes relacionadas con el poder del agua y el océano para representar puntos conocidos de angustia humana. El agua es: "la metáfora central de la experiencia humana de la vida... y el sistema de atención que da forma al ser humano a través de la enfermera". Esta metáfora ilustra algunos de los recursos de una crisis psiquiátrica y las respuestas correctas a este difícil caso humano

La patología mental es debilitante, y las personas que exhiben cualquiera de las innumerables amenazas a su identidad individual o social, a menudo denominadas

patología mental o problemas de salud mental, experimentan una amenaza que los hace vulnerables como seres humanos. Sin embargo, muchas personas se mantienen lo suficientemente sanas como para actuar de forma independiente e influir constructivamente en la dirección de sus vidas. La recuperación es posible y las personas cuentan con recursos individuales e interpersonales que posibilitan el proceso de recuperación.

La investigación ha demostrado que los expertos en cuidados y las personas quieren enfermeras que interactúen con las personas a diario. Que las enfermeras deben responder con sensibilidad y frecuencia a las necesidades humanas cambiantes de las personas y sus familias.

Los 10 Compromisos: Valores Esenciales del Modelo de la Marea

- **Valorar la voz:** Es la voz de la experiencia, en el relato está el estrés de la persona y la esperanza de la resolución. La historia del viaje de la recuperación y todos los planes de cuidados que lo apoyan, debería escribirse en la propia voz de la persona.
- **Respetar el lenguaje:** No hay necesidad de colonizar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje con frecuencia arcaico, feo y raro de la psiquiatría, la jerga de la psicología popular o las ciencias sociales. Las personas ya tienen su propio lenguaje y es el más potente para describir, definir y articular su experiencia personal.
- **Desarrollar la curiosidad genuina:** Curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia no desplegada de la vida, ya que la persona escribe la historia de su vida, pero no debe confundirse con un libro abierto.
- **Llegar a ser el aprendiz:** La persona es el experto mundial en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo del poder de esa historia, pero sólo si nos aplicamos con diligencia y respeto a la tarea de convertirnos en el aprendiz.
- **Revelar la sabiduría personal:** Una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona al escribir la historia de su vida, que se utilizará para respaldar a la persona y guiar el viaje a la recuperación.
- **Ser transparente:** Para ganar la confianza de la persona se ha de ser transparente en todo momento, ayudando a la persona a comprender qué se está haciendo y por qué. Así se consigue el tener ganas de hacerse confidencias.

- **Utilizar el equipo de herramientas disponible:** La historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.
- **Trabajar un paso más allá:** El cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, mostrando el poder del cambio y apuntando hacia el objetivo final de la recuperación.
- **Dar el don del tiempo:** No hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona. La cuestión es cómo utilizar ese tiempo.
- **Saber que el cambio es constante:** La tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la persona deje de estar en peligro y sometido al estrés, y se oriente hacia la recuperación (48).

De la mano del modelo de la marea, la enfermería psicodinámica transforma nuestras acciones para ayudar a otras personas a descubrir cuáles son sus problemas y aplicar los principios de la reciprocidad humana a los problemas que surgen en todos los niveles de experiencia que pueden comprender.

Peplau describe cuatro etapas en la interacción enfermera-paciente. Las enfermeras ayudan a los pacientes a reconocer y comprender sus problemas y a determinar el tipo de apoyo que necesitan. Identificación, el paciente se identifica con personas que le pueden ayudar (relaciones). Explotación, el paciente aspira a conseguir todo lo que se le da a través de la interacción. Resolución, a través de este proceso se libera al paciente de la identificación con la enfermera.

Papeles de enfermería:

Peplau explica 6 roles diferentes de las enfermeras que surgen en diferentes etapas de la interacción entre una enfermera y el paciente.

1. El papel del extraño: dado que la enfermera y el paciente son desconocidos, no se debe juzgar al paciente de antemano, sino aceptarlo tal como es.
2. Como persona de contacto: la enfermera brinda respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información médica, y explica al paciente su procedimiento o plan de salud.
3. El rol del docente: es la totalidad de todos los roles y “procede constantemente de lo que el paciente sabe y realiza en la funcionalidad que le interesa y su deseo de poder utilizar la información”.

4. El papel principal: la enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de la interacción de la cooperación y la cooperación activa.
5. Rol suplente: el paciente asigna un rol suplente a la enfermera. Las respuestas y el comportamiento de la enfermera crean sentimientos en el paciente que reactivan los sentimientos evocados por la interacción anterior.
6. Liderazgo: Peplau cree que el liderazgo es el papel más importante en la enfermería psiquiátrica. La orientación en la interacción se manifiesta en cómo las enfermeras responden a las solicitudes de los pacientes (49).

Enfermería utiliza principios y procedimientos para dirigir el proceso hacia la solución de problemas interpersonales.

Metaparadigma

Enfermería: Es un "proceso crítico, terapéutico e interpersonal. Trabaja en concierto con otros procesos humanos que hacen posible la salud de las personas en la comunidad". vida personal y comunitaria".

Persona: Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Salud: Peplau define la salud como "una palabra simbólica que involucra el avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia vidas personales y sociales innovadoras, constructivas y productivas".

Entorno: Es un campo tácitamente como "una fuerza existente fuera del organismo y en el entorno de la cultura" a partir de la cual se adquieren gustos, prácticas y creencias. "Pero las condiciones generales que generalmente determinan la salud siempre están integradas en el proceso interpersonal" (49).

Esta teoría alienta a los profesionales de enfermería a dejar de enfocarse en el cuidado biológico de las condiciones médicas, explorar las emociones y comportamientos propios y de los demás frente a las condiciones médicas y participar en las intervenciones de enfermería en su cuidado. De esa forma, se realiza la interacción entre enfermeros y personas, posibilitando el enfrentamiento conjunto de los inconvenientes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la situación de salud mental de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista, Medellín, 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población bajo estudio.
- Detectar el nivel de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista, Medellín, 2023.
- Identificar la presencia de trastorno del comportamiento alimentario de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista, Medellín, 2023.
- Evaluar Identificar el riesgo de daño por consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista, Medellín, 2023.
- Explorar la relación entre el sexo y la edad con el nivel de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento alimentario y el riesgo de daño por consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista en Medellín para el año 2023

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque

La presente investigación es de tipo cuantitativo, ya que, se plantearon objetivos específicos que llevaron a la recolección de la información mediante instrumentos respectivos para cada trastorno, posteriormente se analizarán estos datos para responder a la pregunta de investigación y conocer cuál es la situación de salud mental en la Corporación Universitaria Adventista en el año 2023.

4.2 Tipo de investigación

La investigación se basó en el tipo observacional descriptivo. Se enfoca en la observación del fenómeno de situación mental en los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista y fue una descripción cuantitativa.

4.3 Población

La población objeto de investigación, fueron los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista en el año 2023.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados.
- Estudiantes de pregrado
- Estudiantes cursando más una asignatura de su plan de estudios, correspondiente al programa.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Población realizando plan de labor educativa 1: tiempo completo.
- Estudiantes que han culminado las asignaturas y solo se encuentren cursando inglés.
- Estudiantes de posgrado.
- Estudiantes de educación continua.
- Personal administrativo UNAC.

4.4 Muestra

La muestra de esta investigación se tomó de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista estratificados por programa y por semestre, y a través de un paquete estadístico se obtuvo un supuesto probabilístico.

4.5 Instrumentos

En esta investigación los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes: Para determinar si existe trastornos en el comportamiento alimentario: SCOFF; consumo de sustancias psicoactivas y riesgo de daño por consumo: ASSIST, y si hay presencia de depresión, ansiedad o estrés: DASS-21.

ESCALA SCOFF (anexo 1): Escala propuesta por Morgan y colaboradores. Es una escala sencilla, consta de cinco ítems o preguntas que valoran síntomas relacionados con la conducta alimentaria en los tres últimos meses. Tiene un patrón de respuesta dicotómica, para señalar sí o no. Cada respuesta afirmativa recibe una puntuación de uno. La puntuación total de la escala oscila entre cero y cinco puntos. Puntuación de dos o más indica probable.

TCA: a mayor puntuación mayor probabilidad de conducta de riesgo. Es una excelente herramienta para aplicar en la consulta de atención primaria. Esta escala, como las demás escalas de síntomas y de conductas de riesgo, no es adecuada para realizar diagnóstico de TCA. Por ser fácil de recordar y evaluar, la escala SCOFF se puede aplicar de forma oral o escrita. Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar riesgo de TCA.

Es un instrumento para el tamiz de trastornos de la conducta alimentaria. Posee sensibilidad del 100% para BN y AN, especificidad del 85% para AN y del 80% para BN, falsos positivos del 7.3% AN y del 8% para BN (10). Su nombre deriva de un acrónimo en inglés, que considera la letra inicial de cada ítem. Sick (Enfermedad), Control (Control), Outweigh (Pérdida de peso), Fat (Gordo), Food (Comida) (50).

ESCALA DASS-21 (anexo 2)

La escala de depresión, ansiedad y estrés, mejor conocida como DASS (del inglés Depression, Anxiety, Stress Scale), es un test psicométrico desarrollado por Peter Lovibond y otros investigadores de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia (9).

Conceptualmente la depresión y la ansiedad son muy distintas, pero en la práctica clínica e investigación tienden a sobreponerse ya que por lo general aparecen simultáneamente. Por esto, las medidas tradicionales no han podido distinguir bien entre la ansiedad y depresión por esta razón son creadas para este propósito las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) El DASS quedó constituido por tres escalas que miden por separado, depresión, ansiedad y estrés. Posteriormente, también se desarrolló una versión abreviada del instrumento (DASS - 21) para situaciones en que se necesite realizar una aplicación más breve. Esta última ha sido traducida y validada en población hispana (Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002) (51).

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13,16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

PUNTOS DE CORTE COMÚNMENTE UTILIZADOS:

Depresión:

- 5-6 depresión leve
- 7-10 depresión moderada
- 11-13 depresión severa
- 14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

- 4 ansiedad leve
- 5-7 ansiedad moderada
- 8-9 ansiedad severa
- 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

- 8-9 estrés leve
- 10-12 estrés moderado
- 13-16 estrés severo
- 17 o más, estrés extremadamente severo (52)

ESCALA ASSIST (anexo 3)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento respectivamente).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse. Cada pregunta del cuestionario tiene un conjunto de respuestas de las cuales elegir, y cada respuesta de las preguntas 2 a la 7 tiene una puntuación numérica.

Por cuestiones prácticas en estos manuales se ha utilizado el término puntuación de riesgo del ASSIST (para cada sustancia). Como se dispuso en el cuestionario ASSIST, cada usuario tendrá 10 puntos de riesgo, es decir:

- A. Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
- B. Puntuación de riesgo para alcohol (de 0 a 39) Puntuación de riesgo para cannabis (de 0 a 39)
- C. Puntuación de riesgo para cocaína (de 0 a 39)
- D. Puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina (de 0 a 39)
- E. Puntuación de riesgo para inhalantes (de 0 a 39)
- F. Puntuación de riesgo para sedantes (de 0 a 39)
- G. Puntuación de riesgo para alucinógenos (de 0 a 39)
- H. Puntuación de riesgo para opiáceos (de 0 a 39)
- I. Puntuación de riesgo para 'otras' drogas (de 0 a 39)

Interpretación ASSIST:

Riesgo bajo

Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de 'tres o menos' ('10 o menos' para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

Riesgo moderado

Los usuarios que obtuvieron una puntuación de 'entre 4 y 26' ('11 y 26' para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia

Riesgo alto

Una puntuación de '27 o más' en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto

riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también (10).

Tabla 1. Tabla de variables.

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Escala
Edad (rangos de 5 años) desde los 20	Años de vida de un individuo	Cualitativa	ordinal	Menor 20 20-25 26-30 31-35 36-40 Mayor 40
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa	nominal	Hombre, mujer, indeterminado
Género:	Percepción y manifestación personal del propio género.	Cualitativa	nominal	F M NB
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativa	ordinal	1,2,3,4,5,6
Religión	Grupo que comparte creencias, principios y	Cualitativa	nominal	

	valores.			
Programa Académico	Pregrado o tecnología que cursa.	Cualitativa	nominal	
Semestre que cursa	Nivel académico dentro de su pregrado o tecnología	Cualitativa	ordinal	
Con quién vive familia amigos pareja otros	Personas con las cohabita.	Cualitativa	Nominal	
¿Trabaja?	Labor que genere ingresos	Cualitativa	Nominal	
1. Me ha costado mucho descargar la tensión	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
4. Se me hizo difícil respirar	Escalas de Depresión Ansiedad y	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3

	Estrés - 21 (DASS-21)			
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
7. Sentí que mis manos temblaban	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
11. Me he sentido inquieto	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3

	(DASS-21)			
12. Se me hizo difícil relajarme	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
13. Me sentí triste y deprimido	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
16. No me pude entusiasmar por nada	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
17. Sentí que valía muy poco como persona	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3

haber hecho ningún esfuerzo físico	(DASS-21)			
20. Tuve miedo sin razón	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21)	Cualitativa	Nominal	0, 1, 2, 3
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago tan lleno que resulta incómodo?	Escala de TCA: SCOFF	Cualitativa	Nominal	Sí o No
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuánto come?	Escala de TCA: SCOFF	Cualitativa	Nominal	Sí o No
¿Ha perdido recientemente más de 6kg en un periodo de tres meses?	Escala de TCA: SCOFF	Cualitativa	Nominal	Sí o No
¿Cree que está gordo aunque otros digan que está demasiado	Escala de TCA: SCOFF	Cualitativa	Nominal	Sí o No

delgada?				
¿Diría que la comida domina su vida?	Escala de TCA: SCOFF	Cualitativa	Nominal	Sí o No
A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)	Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	Cualitativa	Nominal	<p>Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)</p> <p>Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)</p> <p>Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)</p> <p>Cocaína (coca, crack, etc.)</p> <p>Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)</p> <p>Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)</p> <p>Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)</p> <p>Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)</p> <p>Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)</p> <p>Otras, especifique: _____</p>
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha	Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	Cualitativa	Nominal	<p>Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)</p> <p>Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos,</p>

<p>consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</p>				<p>licores, etc.) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) Cocaína (coca, crack, etc.) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) Otras, especifique: _____</p>
<p>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</p>	<p>Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) Cocaína (coca, crack, etc.) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento,</p>

				<p>gasolina, solvente para pintura, etc.) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) Otras, especifique: _____</p>
<p>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</p>	<p>Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) Cocaína (coca, crack, etc.) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína,</p>

				morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) Otras, especifique: _____
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	Cualitativa	Nominal	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) Cocaína (coca, crack, etc.) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) Otras, especifique: _____
¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado	Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	Cualitativa	Nominal	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos,

<p>preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</p>				<p>licores, etc.) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) Cocaína (coca, crack, etc.) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) Otras, especifique: _____</p>
<p>¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</p>	<p>Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.) Cocaína (coca, crack, etc.) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento,</p>

				gasolina, solvente para pintura, etc.) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) Otras, especifique: _____
¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	Escala ASSIST: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	Cualitativa	Nominal	No, nunca. Sí, en los últimos 3 meses. Sí, pero no en los últimos 3 meses

(Fuente: construcción propia)

4.6. Análisis de confiabilidad del instrumento

ESCALA DASS-21 Esta escala fue evaluada a través de la investigación: Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. Encontrándose consistencia interna con alfa de Cronbach, obteniendo indicadores satisfactorios en la muestra clínica ($\alpha_{\text{depresión}} = 0,88$; $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,71$; $\alpha_{\text{estrés}} = 0,80$) y en la muestra de población general ($\alpha_{\text{depresión}} = 0,78$; $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,71$; $\alpha_{\text{estrés}} = 0,71$), los que fueron semejantes a los obtenidos en estudios previos con jóvenes chilenos (53).

ESCALA SCOFF: Según la validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas, de las 241 encuestas SCOFF, 95 (39,4%) fueron positivas. El alfa de Cronbach para el

cuestionario SCOFF fue de 0,436. En la tabla 3 se expone la correlación entre la encuesta SCOFF y la entrevista clínica. El valor de kappa fue de 0,554 (IC del 95%, 0,425-0,683) (8).

ESCALA ASSIST: Según el artículo Estructura factorial del test ASSIST, aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, menciona que el coeficiente alfa de Cronbach obtuvo un valor de 0,779 para los seis elementos de la escala. Todos los valores de alfa en caso de eliminar un ítem resultaban menores de 0,779, contando cada ítem con una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el total corregido de la escala, siendo la menor de ellas (ítem 6) de 0,395 y la mayor (ítem 3) de 0,621. Dados estos resultados, se está en condiciones de afirmar que los ítems muestran discriminación, y la consistencia interna del ASSIST es adecuada (54).

4.7. Estrategias de análisis de dato

Se hará a través de la construcción de una base de datos en Excel donde se analizarán por medio de medidas de tendencia central, tablas de distribución y gráficos.

4. 8 Aspectos Éticos de la Investigación

Para cada una de las etapas de la investigación se tendrá en cuenta los siguientes principios bioéticos, normas y comités éticos en cada una de las etapas:

4.8.1 Principios éticos:

Respeto: para esta investigación se respetarán los derechos de autor siguiendo los derechos de manejo de autoría, como las citaciones en el documento, uso de temas originales, rechazo a la piratería no publicando ni utilizando contenido sin autorización del titular de derecho y consultando los avisos legales.

Beneficencia: Esta es entendida como la obligación a no hacer daño, minimizando la misma y maximizando los beneficios, en relación con la investigación, este principio requiere que exista un análisis de los riesgos y beneficios a los sujetos, los cuales fueron premeditados al momento de realizar este proyecto, basándonos en la resolución 8430 de 1993 siendo así una investigación sin riesgo ya que “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o

modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio” (55).

Trabajo de campo: Dentro de la investigación y en pro del respeto, se permitirá que los participantes cambien de opinión, dado que la investigación no concuerde con sus intenciones o conveniencias, la reserva en el manejo de la información que debe ser considerada con reglas explícitas de confidencialidad; la información pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos como reconocimiento a la contribución de los sujetos, habrá un mecanismo para la información de los resultados y sobre lo que se aprendió en la investigación, teniendo en cuenta que el bienestar del sujeto se vigilará a lo largo de su participación en la investigación.

Autonomía: Está basada en la consigna de que el ser humano tiene la habilidad de darse a sí mismo su actuar como persona, es decir, determinar su propia norma, de forma autónoma teniendo la libertad de elegir, haciendo uso de su propio razonamiento y analizando los aspectos positivos y negativos, determinará la conducta a seguir y responsabilizarse de las consecuencias de la misma.

Confidencialidad: Hace referencia al acuerdo que realiza el investigador con el participante respecto a la manera en que se manejará, administrará y difundirá información privada que sea brindada durante la investigación. Esta debe describir claramente las estrategias que se usarán para mantener la confidencialidad de los datos, incluyendo los controles sobre manipulación, almacenamiento y la difusión de datos personales (56).

Consentimiento informado: Integrando los principios bioéticos, se aplicará a todos los sujetos el consentimiento informado con la finalidad de asegurar que los individuos que participarán en la investigación sean libres de elegir, además de respetar sus preferencias. Los requisitos para el consentimiento informado incluyen: la previa información sobre la finalidad de la investigación, los riesgos y los beneficios de esta. Es entonces, el consentimiento informado, el marco donde se respetará la autonomía de cada participante.

4.8.2 Normas éticas:

En esta investigación se contemplan las siguientes normas éticas, las cuales se aplicarán para todo el proceso investigativo, incluyendo el diseño, trabajo de campo, análisis y publicación, estas son:

Código de Nuremberg de 1947: Menciona que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide (57).

Declaración universal de los derechos humanos de 1948:

Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 19: Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 27: Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora (58).

Declaración de Helsinki: Este autorregula a la comunidad médica en lo que respecta a la investigación, “El principio básico es el RESPETO por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. Para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un CONSENTIMIENTO INFORMADO, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida” (59).

4.8.3 Nivel tres o de los comités ética

Autorización del comité de ética institucional.

5. RESULTADOS

Tras el objetivo de determinar cuál es la situación de salud mental de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista a través de la evaluación de aspectos sociodemográficos, presencia de estrés, depresión y ansiedad; la presencia y el riesgo de daño por consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En el estudio, la mayoría de los participantes se encuentra en el rango de edad de 20 a 25 años (52.5%), siendo el grupo de 41 a 45 años el menos representado (1.2%). En cuanto al sexo, predominan las mujeres (54.6%), seguidas por los hombres (45.03%). La mayoría se identifica con el género "Femenino" (54.35%), y un porcentaje no especificado como "No binario". La gran mayoría de los participantes son solteros (87.3%) y provienen de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. El "cristianismo" es la religión principal (69.9%), seguida por el "catolicismo" (18.6%), y otras religiones, incluyendo "Ninguna". Los programas académicos más comunes son "Enfermería" (25.2%) y "Teología" (12.4%). En cuanto al semestre, la distribución es relativamente uniforme en los semestres 2 al 8. La mayoría de los participantes vive con "Familia" (44.1%) o "Amigos" (36.0%), mientras que una proporción menor vive "Solo" (8.7%) o con una "Pareja" (6.8%). Casi la mitad de los participantes trabaja (48.4%), mientras que el resto no trabaja (51.6%). (Ver tabla 2)

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de los estudiantes UNAC. Medellín - 2023

Edad	N	%
Menos de 20 años	85	26,4%
20 a 25 años	169	52,5%
26 a 30 años	41	12,7%
31 a 35 años	12	3,7%
36 a 40 años	11	3,4%
41 a 45 años	4	1,2%
Sexo	N	%
Mujer	176	54,6%
Hombre	145	45,03%
Indeterminado	1	0,3%

Género	N	%
Femenino	175	54,35%
Masculino	146	45,1%
No binario		
Estado civil	N	%
Soltero	281	87,3%
Casado	27	8,4%
Unión libre	13	4,0%
Divorciado	1	0,3%
Estrato socioeconómico	N	%
1	70	22%
2	85	26%
3	114	35%
4	26	8%
5	27	8%
Religión	N	%
Católico	60	18,6%
Cristianismo	225	69,9%
Islam	2	0,6%
Panteísmo	1	0,3%
Adventista del Séptimo Día	20	6,2%
Agnóstico	1	0,3%
Ninguna	13	4,0%
Programa académico	N	%
Ingeniería de Sistemas	39	12,1%
Ingeniería industrial	9	2,8%
Enfermería	81	25,2%
Atención prehospitalaria	14	4,3%
Contaduría	17	5,3%
Administración de empresas	14	4,3%
Teología	40	12,4%
Lic. en Teología	5	1,6%
Lic. en Educación Infantil	15	4,7%
Lic. en Música	17	5,3%
Lic. en español e inglés	28	8,7%
Lic. en Educación Religiosa	26	8,1%
Semestre que cursa	N	%
1	30	9,3%
2	60	18,6%
3	18	5,6%
4	56	17,4%
5	23	7,1%

6	32	9,9%
7	17	5,3%
8	43	13,4%
9	15	4,7%
10	28	8,7%
¿Con quién vive?	N	%
Familia	142	44,1%
Pareja	22	6,8%
Amigos	116	36,0%
Residencia universitaria	3	0,9%
Residencia externa	11	3,4%
Solo	28	8,7%
¿Trabaja?	N	%
No	166	51,6%
Sí	156	48,4%

Se determinó la presencia de estrés, depresión y ansiedad utilizando la escala DASS 21, la cual también arrojó datos sobre el grado de complejidad de cada uno de ellos. Se observó la población evaluada la presencia de todas las alteraciones, siendo la de mayor prevalencia ansiedad. A continuación, se exponen los resultados:

En lo que respecta a la presencia de depresión entre los estudiantes matriculados en la Universidad Adventista durante el semestre 2023-2, se destaca que un 41% de ellos no manifiesta síntomas de depresión, mientras que el 59% presenta algún grado de esta afección. La “depresión moderada” es la más común, afectando al 19.6% de los estudiantes, seguida de cerca por la depresión extremadamente severa, que afecta al 14.3%. En cuanto a la gravedad de la depresión, se observa que la “depresión severa” es menos común, afectando al 11.5% de los estudiantes, mientras que la “depresión leve” se encuentra en un 13.7% de los casos.

Al analizar la relación entre la edad de los estudiantes y la presencia de síntomas de depresión, se observa que el grupo más afectado se encuentra entre los 20 y los 25 años, con un 51.1%, seguido por los menores de 20 años, que representan un 30.5% de los casos. Por otro lado, las edades en las que se registraron menos síntomas de depresión son las comprendidas entre los 41 y los 45 años, con un 0.5%.

En relación al género, los síntomas de depresión predominan en las mujeres, alcanzando un 64.8%. De este grupo, el 23.8% presenta “depresión

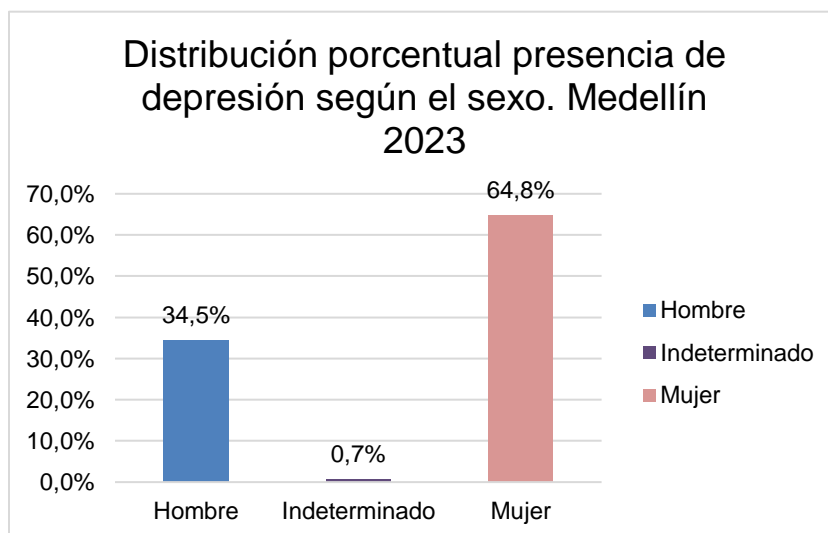
extremadamente severa”. Por otro lado, el 34.5% de los casos pertenecen al género masculino, entre los cuales el 11.1% experimenta “depresión extremadamente severa”. Además, un 0.7% restante pertenece al género indeterminado y también muestra síntomas de “depresión extremadamente severa”.

Tabla 3. Grado de depresión de los estudiantes UNAC. Medellín - 2023.

Grado de depresión	N	%
Sin Depresión	132	41,0%
Depresión leve	44	13,7%
Depresión moderada	63	19,6%
Depresión severa	37	11,5%
Depresión extremadamente severa	47	14,3%
Total	323	100%

En el **gráfico 1** se evidencia que el 64,8% de los estudiantes que presentan depresión son mujeres, el 34,5% son hombres y el 0,7% restante se considera de género indeterminado.

Gráfico 1. Distribución porcentual presencia de depresión según el sexo. Medellín - 2023.



En lo que concierne al género, la presencia de ansiedad es más significativa en las mujeres, alcanzando un 69.2%, seguido por el sexo masculino, que representa el 30%. Además, un 0.8% restante pertenece a un grupo de sexo indeterminado.

En relación a la presencia de ansiedad entre los estudiantes, se destaca que el 38.5% de ellos no muestra signos de ansiedad, mientras que el 61.5% presenta algún grado de este trastorno. Es relevante señalar que el 28.3% de la población presenta “ansiedad extremadamente severa”, lo que constituye la categoría predominante entre aquellos con síntomas de ansiedad. Le siguen la “ansiedad moderada”, con un 19.3%, y la ansiedad severa, que tiene la menor prevalencia, afectando al 6.8% de los estudiantes.

En cuanto a la edad, esta investigación revela que el 50.3% de los estudiantes con síntomas de ansiedad tienen edades comprendidas entre 20 y 25 años, seguidos por el 13.4% que se encuentra en el grupo etario de 26 a 30 años. Por otro lado, los estudiantes que menos síntomas de ansiedad presentan están en el rango de edades de 41 a 45 años, con tan solo un 0.2%.

Gráfico 2. Distribución porcentual presencia de depresión según la edad. Medellín – 2023.

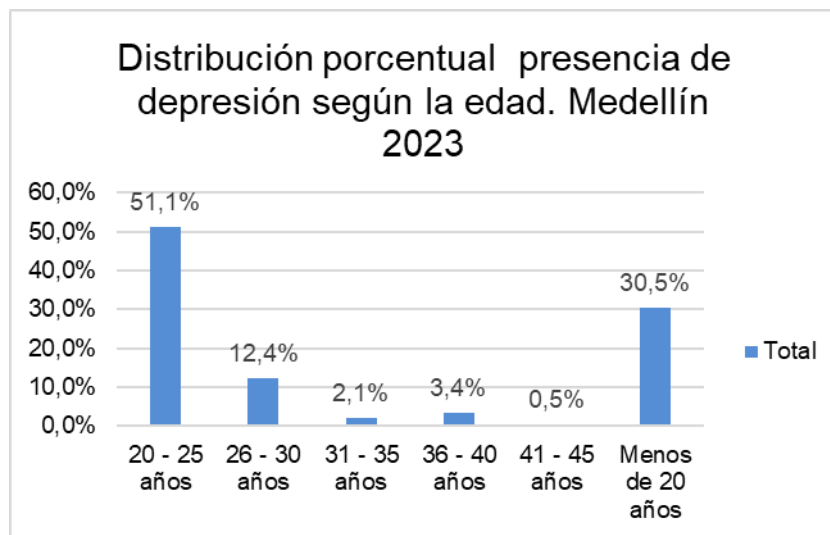


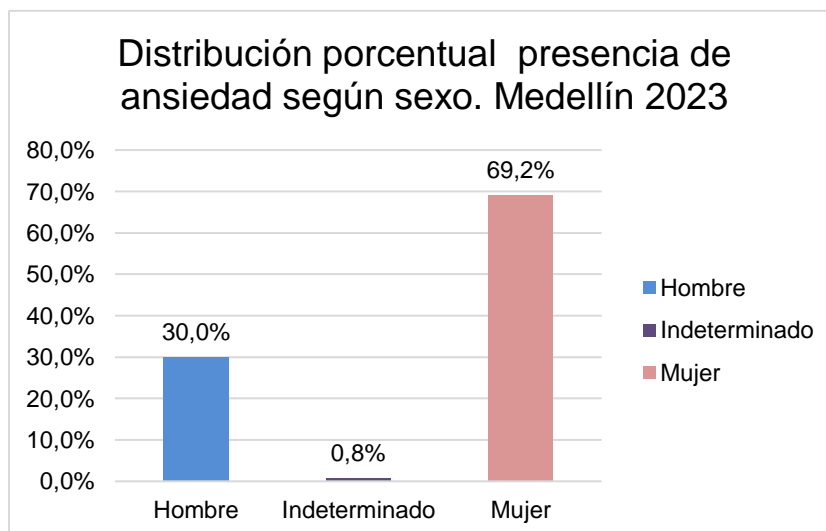
Tabla 4. Grado de ansiedad estudiantes UNAC. Medellín-2023.

Grado de ansiedad	N	%
-------------------	---	---

Sin ansiedad	124	38,5%
Ansiedad leve	23	7,1%
Ansiedad moderada	62	19,3%
Ansiedad severa	22	6,8%
Ansiedad extremadamente severa	91	28,3%
Total	322	100%

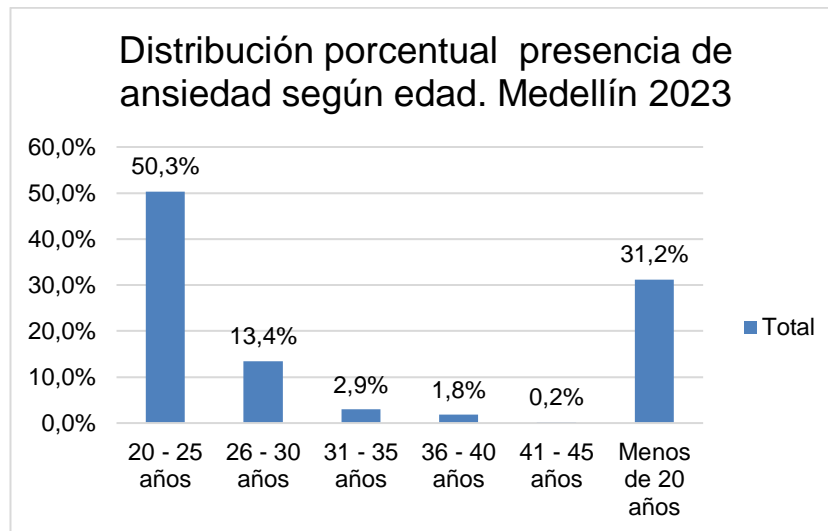
En el **gráfico 3** se evidencia que, el 69,2% de los estudiantes que presentan algún grado de ansiedad son mujeres y el 0,8% es de sexo indeterminado.

Gráfico 3. Distribución porcentual presencia de ansiedad según sexo. Medellín – 2023.



En el **gráfico 4** se evidencia que, los estudiantes que más presentaron algún grado de ansiedad están entre los 20 y los 25 años, por el contrario, los que menos presentaron algún grado de ansiedad pertenecen al grupo etario de 40 a 45 años.

Gráfico 4. Distribución porcentual de presencia de ansiedad según edad. Medellín – 2023.



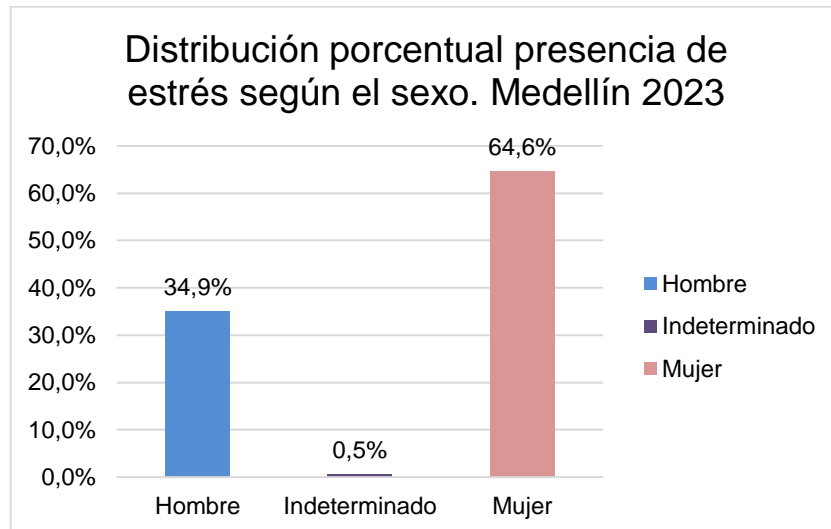
En cuanto al grado de estrés, se observan categorías que van desde "Sin Estrés" hasta "Estrés Extremadamente Severo". La mayoría de la muestra (51.6%) no experimenta estrés significativo en el momento de la evaluación, lo que sugiere un nivel razonable de bienestar emocional. Sin embargo, una proporción considerable de participantes enfrenta niveles variables de estrés, desde leve (8.4%) hasta severo (14.9%) y extremadamente severo (9.9%). Estos resultados subrayan la diversidad de experiencias de estrés en la población estudiada y destacan la importancia de ofrecer apoyo y recursos adecuados para aquellos con niveles más altos de estrés, especialmente en los grupos de estrés severo y extremadamente severo, lo que es esencial para abordar las necesidades de salud mental en esta población. **(Ver tabla 5)**

Tabla 5. Grado de estrés de los estudiantes UNAC. Medellín-2023.

Grado de estrés	N	%
Sin estrés	166	51,6%
Estrés leve	27	8,4%
Estrés moderado	49	15,2%
Estrés severo	48	14,9%
Estrés extremadamente severo	32	9,9%
Total	322	100%

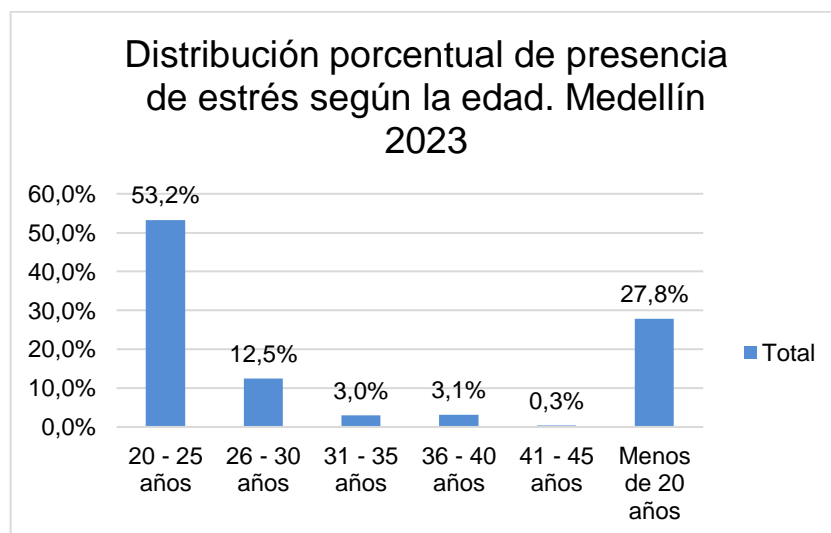
En el gráfico 5, se observa que el 64.6% de los estudiantes que experimentan algún nivel de estrés son mujeres, mientras que el 0.5% restante corresponde a individuos de género indeterminado.

Gráfico 5. Distribución porcentual presencia de estrés según el sexo. Medellín - 2023.



El **Gráfico 6** muestra claramente que el 53.2% de los estudiantes que experimentan algún nivel de estrés se encuentran en el rango de edades de 20 a 25 años. En marcado contraste, solo un escaso 0.3% de los estudiantes que tienen entre 40 y 45 años muestran algún grado de estrés.

Gráfico 6. Distribución porcentual presencia de estrés según la edad. Medellín – 2023.



Referente a los resultados derivados de la aplicación de la escala SCOFF la cual detecta posibles trastornos de la alimentación, específicamente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; se encontró que el 74,2% de los estudiantes no tienen una conducta de riesgo para TCA, mientras que el 25,3% de los estudiantes UNAC, presentan conductas de riesgo para (**tabla 6**)

Tabla 6. Presencia de trastorno de comportamiento alimentario estudiantes UNAC. Medellín – 2023.

Presencia de TCA	N	%
No	239	74,2%
Sí	83	25,3%
Total	322	100%

Los resultados de la **tabla 7**, muestran una diversidad de respuestas en relación a la alimentación y la imagen corporal. Un pequeño porcentaje reconoce prácticas como provocar el vómito (5.0%) o haber perdido más de 7 kg en tres meses (9.3%). Además, una proporción significativa manifiesta preocupación por haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingieren (34.5%) y cree que está gordo a pesar de opiniones contrarias (21.4%). La comida domina la vida de un 15.2%. Estos datos sugieren la existencia de preocupaciones y comportamientos relacionados con trastornos alimentarios en la muestra, destacando la importancia de una evaluación más profunda y posiblemente la derivación a profesionales de la salud mental especializados para una atención adecuada.

Tabla 7. Conducta alimentaria según preguntas escala SCOFF. Medellín 2023

	¿Usted se provoca el vómito porque se siente lleno?		¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		¿Ha perdido recientemente más de 7kg en un periodo de tres meses?		¿Cree que está gordo, aunque otros digan que está demasiado delgado?		La comida domina su vida	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	16	5,0%	<u>111</u>	<u>34,5%</u>	30	9,3%	<u>69</u>	<u>21,4%</u>	49	15,2%
No	306	95,0%	211	65,5%	292	90,7%	253	78,6%	273	84,8%

Así mismo se observó la relación de las personas con TCA según sexo y edad, la relación al sexo se observó el 1.2% de la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tiene un género indeterminado, mientras que el 60.2% son mujeres y el 36.6% son hombres. Estos datos indican que la mayoría de las personas con TCA son mujeres.

Respecto a la edad, el 47% de las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentran en el grupo de edad de 20 a 25 años, lo que indica una mayor incidencia en este rango etario. En contraste, el porcentaje más bajo de personas con TCA (1.2%) se ubica en el grupo de edades de 41 a 45 años, señalando una menor prevalencia en este grupo. (ver gráfico 8)

Gráfico 7. Distribución porcentual de personas con TCA según el sexo. Medellín – 2023.

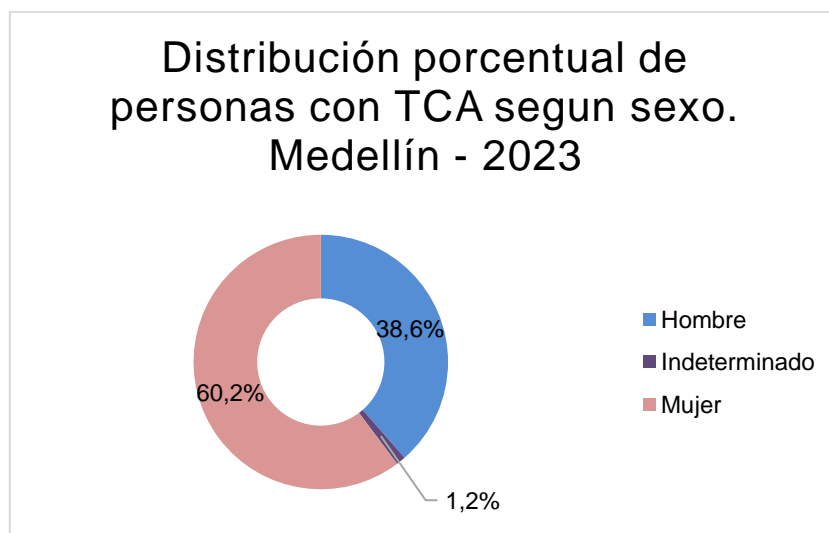
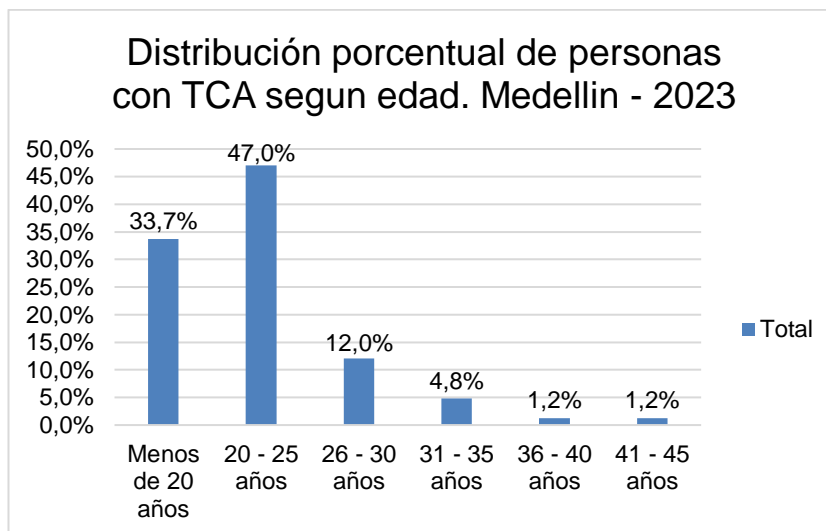


Gráfico 8. Distribución porcentual de personas con TCA según la edad.



Para dar respuesta al objetivo sobre el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes se utilizó la escala ASSIST que determina si este consumo es bajo, moderado o severo.

Respecto a la **tabla 8** la mitad de los estudiantes respondió que nunca ha consumido sustancias psicoactivas a lo largo de su vida (50%) y el otro 50% que afirmó si haber consumido algún tipo de sustancia a lo largo de su vida. La investigación fue realizada en una universidad de confesión adventista, esto puede explicar el no consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 8. Presencia de consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida.

Respuesta	N	%
No	161	50,0%
Sí	161	50,0%
Total	322	100,0%

En lo que respecta al consumo de diferentes sustancias, en la **tabla 9** se observan las siguientes estadísticas: el 34.2% de los encuestados han consumido tabaco o productos relacionados al menos una vez en su vida. El 98.8% ha admitido haber consumido alcohol en algún momento. En cuanto a la marihuana, el 31.1% la ha probado. El consumo de cocaína se encuentra en un nivel inferior, con un 8.1%, mientras que las anfetaminas no difieren significativamente, alcanzando un 10.6%.

El consumo de inhalantes es del 6.8%, y el de sedantes y pastillas para dormir es del 13.7%. Los alucinógenos se sitúan en un 5.6%, los opiáceos en un 6.8%, y otras sustancias representan un 11.2%.

Tabla 9. Presencia de riesgo de daño por consumo por cada sustancia psicoactiva.

Sustancia	N	%
Tabaco		
Sí	55	34,2%
No	106	65,8%
Bebidas alcohólicas		
Sí	159	98,8%
No	2	1,2%
Cannabis		
Sí	50	31,1%
No	111	68,9%
Cocaína		
Sí	13	8,1%
No	148	91,9%
Anfetaminas		
Sí	17	10,6%
No	144	89,4%
Inhalantes	n	%
Sí	11	6,8%
No	150	93,2%
Sedantes y pastillas para dormir		
Sí	22	13,7%
No	139	86,3%
Alucinógenos		
Sí	9	5,6%
No	152	94,4%
Opiáceos		
Sí	11	6,8%
No	150	93,2%
Otros		

Sí	18	11,2%
No	143	88,8%

Los datos presentados en la **tabla 10** revelan que, en todas las sustancias analizadas, más del 80% de la población se encuentra en un nivel de riesgo bajo. En el caso del tabaco, un 85.1% de la población se clasifica en la categoría de riesgo bajo, mientras que el 14.9% se sitúa en riesgo moderado, sin que se haya registrado riesgo alto en el consumo de esta sustancia o sus derivados. En contraste, el alcohol muestra una distribución en los tres niveles de riesgo, con un 82.6% en riesgo bajo, un 15.5% en riesgo moderado y un 1.9% en riesgo alto.

En cuanto al riesgo asociado al cannabis, no pudo ser evaluado debido a la omisión de uno de los ítems, lo cual no afecta la medición de las otras sustancias. Similarmente, la cocaína presenta solo dos categorías de riesgo: bajo, que comprende al 90.7% de la población, y moderado, que afecta al 9.3%.

En lo que respecta a sustancias tipo anfetaminas, la mayoría de la población se encuentra en riesgo bajo, con un 88.2%, mientras que un 10.6% se sitúa en riesgo moderado y un 0.62% en riesgo alto. El consumo de inhalantes es menos común, con un 93.8% en riesgo bajo y un 6.2% en riesgo moderado.

En cuanto a sedantes y pastillas para dormir, un 88.1% se clasifica en riesgo bajo, un 11.3% en riesgo moderado, y un 0.6% en riesgo alto. Los alucinógenos afectan al 93.2% en riesgo bajo y al 6.8% en riesgo moderado. De la misma manera, los opiáceos presentan un 92.5% en riesgo bajo y un 7.5% en riesgo moderado. Por último, la categoría de otras sustancias que representaba sustancias no descritas en la tabla tampoco pudo ser evaluada, por la misma razón del cannabis.

Tabla 10. Nivel de riesgo por cada sustancia de los estudiantes UNAC. Medellín 2023

Sustancia	N	%
Tabaco	N	%
Bajo	137	85,1%
Riesgo moderado	24	14,9%
Bebidas alcohólicas	N	%
Bajo	133	82,6%

Moderado	25	15,5%
Alto	3	1,9%
Cocaína	N	%
Bajo	146	90,7%
Moderado	15	9,3%
Anfetaminas	N	%
Bajo	143	88,8%
Moderado	17	10,6%
Alto	1	0,62%
Inhalantes	N	%
Bajo	151	93,8%
Moderado	10	6,2%
Sedantes y pastillas para dormir	N	%
Bajo	141	88,1%
Moderado	18	11,3%
Alto	1	0,6%
Alucinógenos	N	%
Bajo	150	93,2%
Moderado	11	6,8%
Opiáceos	N	%
Bajo	149	92,5%
Moderado	12	7,5%

Finalmente, en lo que respecta a la presencia y al nivel de riesgo según el sexo de la población, se puede destacar que el grupo de edades comprendidas entre 20 y 25 años representa el mayor porcentaje, con un 52,2%, seguido por el grupo de menores de 20 años, que constituye un 20,5% de la población. Por otro lado, los adultos de entre 41 y 45 años son los que muestran el menor consumo de sustancias con un 1,9%.

Además, es relevante notar que el sexo mujer presenta un mayor riesgo de sufrir daños debido al consumo de sustancias psicoactivas. En particular, se observa que el porcentaje de presencia de cocaína (50,3%), inhalantes (51,6%), alucinógenos (50,9%) y opiáceos (50,3%) supera el 50% en las mujeres, indicando un riesgo bajo. En el caso de sustancias como anfetaminas y sedantes, donde se detecta un riesgo alto, este riesgo se limita exclusivamente al sexo mujer.

Gráfico 9. Distribución porcentual de presencia de consumo de SPA según el sexo. Medellín – 2023.

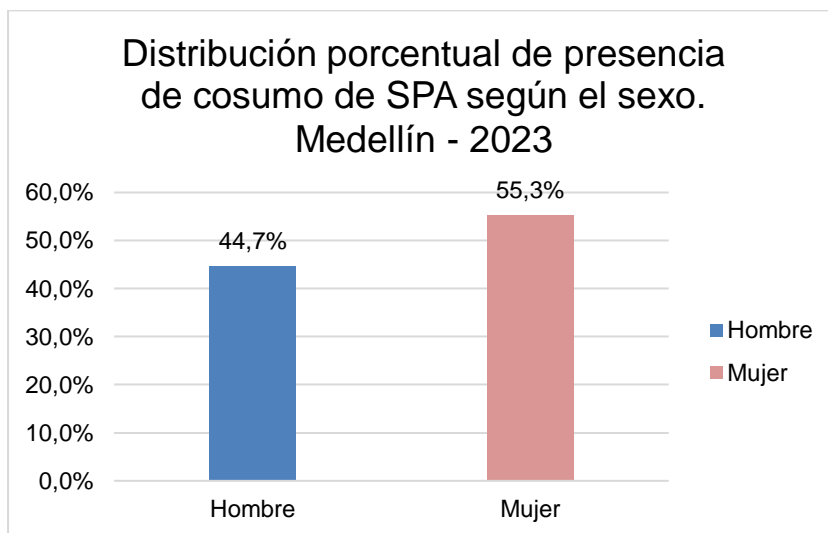


Gráfico 10. Distribución porcentual de presencia de consumo de sustancias SPA según la edad. Medellín – 2023.

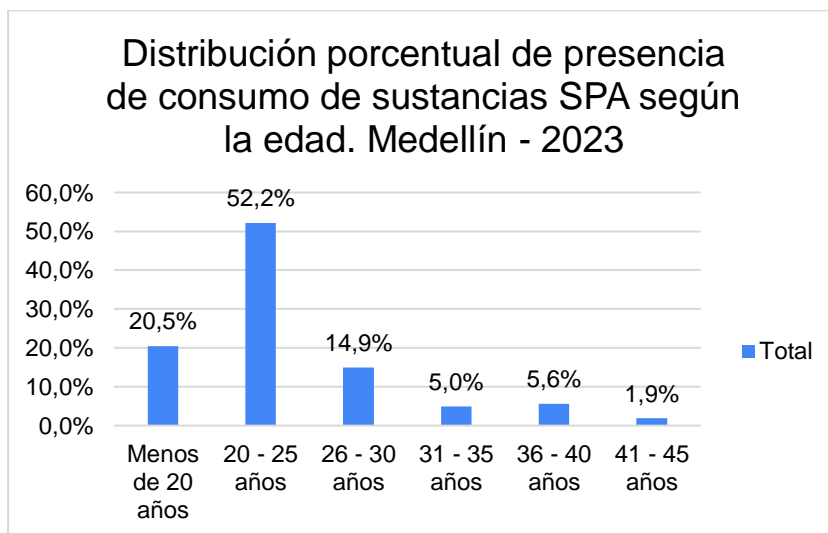


Tabla 11. Nivel de riesgo de daño por consumo de sustancias psicoactivas según el sexo. Medellín – 2023.

Sustancia	Sexo		Total general
Tabaco	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	36,6%	48,4%	85,1%
Moderado	8,1%	6,8%	14,9%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%
Alcohol	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	36,6%	46,0%	82,6%
Moderado	6,8%	8,7%	15,5%
Alto	1,2%	0,6%	1,9%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%
Cocaina	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	40,4%	50,3%	90,7%
Moderado	4,3%	5,0%	9,3%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%
Anfetamina	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	41,0%	47,8%	88,8%
Moderado	3,7%	6,8%	10,6%
Alto	0,0%	0,6%	0,6%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%
Inhalantes	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	42,2%	51,6%	93,8%
Moderado	2,5%	3,7%	6,2%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%
Sedantes	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	40,6%	47,5%	88,1%
Moderado	3,8%	7,5%	11,3%
Alto	0,0%	0,6%	0,6%
Total general	44,4%	55,6%	100,0%
Alucinógenos	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	42,2%	50,9%	93,2%
Moderado	2,5%	4,3%	6,8%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%
Opiáceos	Hombre	Mujer	Total general
Bajo	42,2%	50,3%	92,5%
Moderado	2,5%	5,0%	7,5%
Total general	44,7%	55,3%	100,0%

5. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo principal evaluar la salud mental de los estudiantes de la Corporación Universitaria Adventista, abordando aspectos sociodemográficos, así como la identificación de la presencia de depresión, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento alimentario; la presencia y el riesgo de daño por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto al perfil sociodemográfico de la población estudiada, se destaca que el 52.5% de los estudiantes tienen edades comprendidas entre 20 y 25 años, mientras que solo el 1.2% se encuentra en el grupo de 40 a 45 años. Respecto al género, el 54.6% son mujeres, el 45% son hombres y un pequeño porcentaje (0.3%) se considera de género indeterminado.

Respecto al estrato socioeconómico el 35% de los estudiantes pertenecen al estrato. La religión que más población tiene es el cristianismo con un 69,9%. En relación con las personas con quienes viven los jóvenes universitarios de la UNAC el 44,1% vive con familia seguido de un 36% que vive con amigos. Por último, al cuanto a la vida laboral el 48,4% afirmó que trabajaba y el 51,6% restante niega.

En segundo lugar, en cuanto a la presencia de depresión, en contraste con la investigación realizada por la Universidad Austral de Chile en 2017 (40) donde el 20,7% de los estudiantes mostraron signos de depresión moderada, en esta investigación, solo el 19,6% de los estudiantes presentaron un grado similar de depresión. Además, otro estudio llevado a cabo en Chile reveló que el 46,0% de los estudiantes mostraba síntomas depresivos (60), mientras que este trabajo muestra que el 59% de los estudiantes experimenta algún grado de depresión, siendo la depresión severa la menos común, con un 11,5% de los casos. En cambio, durante su estudio llevado a cabo en la Universidad Nacional Agraria La Molina, en Lima, Perú, Soto y Zúñiga identificaron un alarmante índice de depresión, que afecta al 66% de la población estudiantil (61).

Por otra parte, en la presencia de síntomas de ansiedad se observa una diferencia del 16% respecto a los universitarios chilenos, ya que solo el 45,5% de los estudiantes universitarios presentaron estos síntomas, en comparación con la UNAC que se presentó en el 61,5% de la población. Muy distante de la Universidad Austral de Chile (40) donde la presencia de ansiedad severa es del 26,4%, en la UNAC es del 6,8%. De la misma manera, según datos recopilados a través de la

escala DASS-21, se ha encontrado que el nivel de ansiedad en los alumnos de la Universidad Nacional Agraria La Molina se sitúa en un 64.1%. En comparación, los estudiantes encuestados en el sur de Chile reportan un nivel de ansiedad ligeramente más bajo, que alcanza el 53.2% (62).

En cuanto al estrés, el 48,4% de los estudiantes UNAC presentaron algún grado de estrés, un poco menos de los estudiantes universitarios en Chile (53.3%). Álamo y otros (40) presentan en su investigación la presencia de estrés severo de un 15,9% solo un 1% más de los estudiantes de la UNAC con un 14,9%. Se evidencia que el programa académico donde más se presenta algún grado de estrés es Enfermería con un 31,3% siguiéndole Ingeniería de Sistemas con un 12,2 %, por el contrario, el programa que menos estrés presentó fue Licenciatura en Teología con un 0,4%.

Seguidamente, Ramón, Martínez y su equipo llevaron a cabo un estudio en el que aplicaron la escala DASS-21 a estudiantes de la Universidad San Jorge en Zaragoza, España. Los resultados revelaron que la prevalencia del estrés es del 33,9%, siendo más pronunciada en la población femenina (63). En conclusión, un estudio realizado por Trunce Et Al, se analizaron los niveles de estrés en estudiantes de una universidad pública en el sur de Chile. Los resultados de la investigación revelaron que la prevalencia de estrés alcanza el 47.8% (62).

En relación a la prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre estudiantes universitarios venezolanos y estudiantes de secundaria en Bogotá, según la información proporcionada, se observan diferencias significativas. En el estudio llevado a cabo con estudiantes de secundaria en Bogotá, se identificó que el 30,1% de los estudiantes presentaban un riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (64). Por otro lado, en la investigación realizada con estudiantes universitarios venezolanos, se encontró un factor de riesgo del 12,61% para el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario (65). En el caso de los estudiantes de la UNAC, se determinó que el 25,3% de ellos presentaban conductas de riesgo relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. De esto se puede inferir que la prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la UNAC es mayor que la encontrada en el estudio con estudiantes de secundaria en Bogotá, pero menor que la detectada en el estudio con estudiantes universitarios venezolanos.

Además, se puede comparar la información proporcionada sobre la preocupación por la cantidad de comida y la creencia de estar gordo con la información de los estudios. En la investigación de estudiantes UNAC, se encontró que una proporción

significativa manifiesta preocupación por haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingieren (34,5%) y cree que está gordo a pesar de opiniones contrarias (21,4%) Según la investigación realizada por Ángel y otros (66), se ha observado que las personas con riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario manifiestan un deseo constante de perder peso. Además, se pudo observar que las edades en las que más se presenta son de 20 a 25 años con un 47% y donde menos se presenta son en las edades de 41 a 45 años con un 1,2%.

Después de revisar los resultados de la búsqueda, se encontró un estudio que utilizó la Escala SCOFF para evaluar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria en Bogotá, Colombia. En este estudio, se encontró que el 30,1% de los estudiantes presentaban riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, siendo mayor en mujeres que en hombres, con un 41,3% y un 18,3%, respectivamente. Además, se observó que la prevalencia de riesgo era mayor en la clasificación normal del estado nutricional y en instituciones públicas. El estudio concluyó que la Escala SCOFF es una herramienta útil para la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria. De igual manera, en los estudiantes de Arquitectura de la Universidad Cesar Vallejo, un 21% de la población se encuentra en riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (67). Resultados similares se evidenciaron en otro estudio aplicado a los estudiantes de la Universidad Particular de Loja, donde un 20% presenta riesgo para TCA (68).

Ahora bien, al analizar los datos obtenidos sobre consumo de sustancias psicoactivas se evidencia que el 50% de los estudiantes no había consumido ninguna sustancia psicoactiva a lo largo de su vida, esto en total contraste con la investigación de López Et Al (35) donde todos los estudiantes encuestados habían consumido alcohol alguna vez en su vida. En cuanto a bebidas alcohólicas en los estudiantes de la UNAC el 98,8% a lo largo de su vida las ha ingerido. De estos el 1,9% presenta riesgo alto y la mayoría se mantiene en riesgo bajo lo que comprende un 82,6% de los estudiantes. Sumado a esto el consumo de tabaco tiene presencia en el 34,2% más elevado que el presentado en la investigación de una universidad pública en Colombia donde le 24% de los hombres reportó haber fumado alguna vez a lo largo de su vida (69), pero inferior al de la investigación de Vázquez y otros (70) donde el consumo de tabaco está presente en el 55,69 % de la población. Aparte, el consumo de cannabis tiene presencia en el 31,1% de la población a diferencia de los universitarios en España con un 43,3% (35) y de los estudiantes de la universidad El Bosque en Colombia con una prevalencia del 43,7% (71).

En sustancias como anfetaminas 17 personas respondieron que alguna vez la había consumido lo que corresponde al 10,6%, lo cual supera la investigación realizada en Ecuador (70) donde la incidencia de consumo es del 3,29%. Pero, inferior a la de Colombia con una prevalencia del 16,7% para esta sustancia. En cuanto a cocaína (8,1%) opiáceos (6,8%), inhalantes (6,8%) y alucinógenos (5,6%) su consumo se mantiene por debajo del 10% de la población, a diferencia de los sedantes o pastillas para dormir (13,7%).

El estudio realizado en el Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ecuador, muestra una incidencia de 1,2% para cocaína, 1,8% para inhalantes y 0,6% para sedantes. En marcado contraste con la investigación de Bohórquez y otros (71) donde el consumo de cocaína está presente en el 7% de la población muy similar a los sedantes con una prevalencia de 6,1% una vez en la vida.

Se evidencia que, en todas las sustancias, más del 80% de la población permanece en un riesgo bajo. Solo se observa un riesgo alto en sustancias como alcohol (15,5%) anfetaminas (0,62%) y sedantes o pastillas para dormir con 0,6%.

Cabe mencionar aquí que la Comisión Interamericana para el control de Abuso de Drogas (2012) reportó que 33,9% de los estudiantes universitarios colombianos declararon haber consumido alguna droga ilícita o lícita, excluyendo al alcohol, tabaco y fármacos, alguna vez en su vida (71).

Dicho sea de paso, que, en cuanto al riesgo asociado al cannabis, no pudo ser evaluado debido a la omisión de uno de los ítems, lo cual no afecta la medición de las otras sustancias.

CONCLUSIONES

Depresión

Los resultados muestran una variabilidad en la presencia de la depresión en la muestra, con una proporción significativa de participantes sin depresión (41.0%). Sin embargo, también se identifican niveles variables de depresión, desde leve hasta extremadamente severa. Esto destaca la importancia de evaluar y abordar las necesidades de salud mental en la población estudiada, brindando apoyo y recursos adecuados para aquellos que enfrentan niveles significativos de depresión, especialmente en los grupos de depresión moderada y severa.

Estrés

La mayoría de los participantes no experimenta estrés significativo (51.6%). Sin embargo, un subgrupo sustancial enfrenta niveles variables de estrés, desde leve hasta extremadamente severo. Es importante reconocer las experiencias de estrés, para proporcionar herramientas en las que se gestione el estrés.

Ansiedad:

La evaluación de la ansiedad en la muestra revela una variabilidad considerable, desde la ausencia de ansiedad hasta niveles extremadamente severos. Esto subraya la importancia de ofrecer apoyo y recursos adecuados para aquellos con niveles más altos de ansiedad, especialmente en los grupos de ansiedad severa y extremadamente severa.

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA):

Los resultados evidencian una variedad de respuestas relacionadas con la alimentación y la imagen corporal. Se destaca que un subgrupo de participantes manifiesta prácticas o actitudes relacionadas con trastornos de la alimentación, como la preocupación por la pérdida de control y una percepción distorsionada de la imagen corporal. Estos hallazgos sugieren la importancia de una evaluación más profunda y posiblemente la derivación a profesionales de la salud mental especializados para una atención adecuada en casos de TCA o preocupaciones relacionadas con la alimentación y la imagen corporal.

RECOMENDACIONES

1. Servicios de apoyo psicológico

Implementar servicios de apoyo psicológico accesibles y confidenciales para los estudiantes. La presencia de profesionales de la salud mental en el campus puede facilitar la detección temprana y el manejo de problemas emocionales y de salud mental.

2. Programas de educación en salud mental y bienestar

Desarrollar programas educativos continuos sobre salud mental y bienestar emocional. Estos programas pueden incluir charlas, seminarios y actividades que fomenten la conciencia sobre la importancia de la salud mental y proporcionen estrategias prácticas para gestionar el estrés, mejorar la resiliencia y promover estilos de vida saludables.

3. Fomentar un ambiente de apoyo comunitario

Crear un ambiente de apoyo comunitario donde los estudiantes se sientan seguros y respaldados. Esto podría incluir la formación de grupos de apoyo, grupos, o actividades que promuevan la conexión social y la construcción de relaciones significativas. Además, promover la apertura y la comprensión en la comunidad universitaria acerca de los desafíos de salud mental contribuirá a reducir el estigma y fomentar un ambiente de compasión y cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f334423054>
2. DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=780
3. Inmens. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inmens.es/articulo/dsm-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales>
4. UNICEF. UNICEF. [citado 15 de marzo de 2023]. UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/p%C3%A1gina-de-inicio>
5. Federación Mundial de Salud Mental. World Federation for Mental Health. [citado 15 de marzo de 2023]. World Federation for Mental Health. Disponible en: <https://wfmh.global/>
6. UNAC | La Adventista: Transformar Innovar Cuidar Servir [Internet]. 2022 [citado 6 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unac.edu.co/>
7. Center of Excellence for Eating Disorders [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2023]. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? Disponible en: <https://www.med.unc.edu/psych/eatingdisorders/learn-more/informacion-en-espanol/bfque-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>
8. Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J, Cadena LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Aten Primaria. 15 de febrero de 2005;35(2):89-94.
9. Personalities Lab. www.personalitieslab.com. 2020 [citado 31 de marzo de 2023]. Test DASS-21. Disponible en: <https://www.personalitieslab.com/es/test-dass-21>
10. OMS, OPS. ASSIST [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
11. BBC. Los «barbáricos» experimentos contra enfermedades mentales de nuestra historia reciente (y cómo conseguimos dejarlos atrás). BBC News Mundo [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48809703>
12. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [citado 1 de noviembre de 2022]. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>

13. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. septiembre de 2020;24(3):578-94.
14. OMS. Organización Mundial de la Salud. [citado 1 de noviembre de 2022]. ¿Como define la OMS la salud? Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
15. Claridad Mental. William James: El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden cambiar sus vidas cambiando su actitudes mentales. » Claridad Mental [Internet]. Claridad Mental. 2022 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://claridadmental.com/william-james-el-gran-descubrimiento-de-mi-generacion-es-que-los-seres-humanos-pueden-cambiar-sus-vidas-cambiando-su-actitudes-mentales/>
16. ABC. abc. 2015 [citado 1 de noviembre de 2022]. En el mundo hay 450 millones de personas con enfermedad mental. Disponible en: <https://www.abc.es/salud/noticias/20150305/abci-enfermedad-mental-trabajar-201503051707.html>
17. MinSalud. Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
18. Alarcón RD. La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Rev Medica Hered*. octubre de 2019;30(4):219-21.
19. La neurociencia de las emociones. Marian Rojas-Estapé, psiquiatra y escritora [Internet]. 2021 [citado 1 de noviembre de 2022]. (Aprendemos juntos). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Tjqrualxgkl>
20. OMS. Suicidio: 1 de cada 100 muertes son por esta causa según la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/tasas-de-suicidio-en-el-mundo/>
21. Palacio C. Situación de salud mental en Colombia. *Int J Psychol Res*. 1 de septiembre de 2018;11(2):6-7.
22. Restrepo J. Incremento de afectaciones a la salud mental en Antioquia: coletazos de la pandemia [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!/ut/p/z0/fYyxDslwEEN_hSUjuqOUFMaKAQkxMCDUZkGnNoKDJpe2AfH5tDAgFhbLtuwHBgownh58psjiqRlyafRpuVonszzFHepUY6736SJLNvPDEWEL5v9gIPC1bU0Ophlf7TNCEaSL1NxrSwqp_00XcfbjR514iVwx9Qrfb8-1jKtvHWzHUnMl1DhyFG2nsB9xzvoBOw3ksgQh3Ez5AiHH7eE!/
23. Arango JDO, Ramírez RV. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE. :46.

24. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente | UNICEF [Internet]. 2021 [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021-en-mi-mente>
25. Quitian H, Ruiz RE, Gómez C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015: Poverty and Mental Disorders in the Colombian Population: National Mental Health Survey 2015. Rev Colomb Psiquiatr. diciembre de 2016;45:31-8.
26. Macaya XC, Pihan R, Vicente B. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. Humanidades Médicas. agosto de 2018;18(2):338-55.
27. Quintanilla R, Haro L, Vega J, Gonzalez J, Ramírez L. Educación y salud mental. Rev de Educ y Des. :61-4.
28. Muñoz CO, Restrepo D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2016;
29. Lluch MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Ment. 2002;25(4):42-55.
30. Trastornos mentales [Internet]. [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
31. Medrano J. DSM-5, un año después. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2014;34(124):655-62.
32. Arija V, Santi-Cano MJ, Novalbos JP, Canals J, Rodríguez A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2022;39(SPE2):8-15.
33. Weinstein M. Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos [Internet]. Mediterraneo; 2010. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastornos_conducta_alimentaria.pdf
34. García A. El trastorno por atracón en el DSM-5. Cuad Med Psicossomática Psiquiatr Enlace. 2014;(110):70-4.
35. Lopez MJ, Santín Vilariño C, Torrico Linares E, Rodriguez J. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios [Internet]. 2003. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/74644/Consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20en%20una%20muestra%20de%20j%c3%b3venes%20universitarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Quironsalud. Por ser legales, ¿son las drogas menos perjudiciales? | Blogs Quirónsalud [Internet]. [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/psicologia-salud/legales-drogas-menos-perjudiciales>

37. Psicología y mente. ¿Qué son las drogas legales y qué tipos existen? [Internet]. 2018 [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/drogas/drogas-legales>

38. UNODC. El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes [Internet]. [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unodc.org/ropan/es/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2022-destaca-las-tendencias-del-cannabis-posteriores-a-su-legalizacin--el-impacto-ambiental-de-las-drogas-ilcitas-y-el-consumo-de-drogas-entre-las-mujeres-y-las-personas-jvenes.html>

39. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2012 [citado 1 de noviembre de 2022]. OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

40. Álamo C, Antúnez Z, Baader T, Kendall J, Barrientos M, de la Barra D. The sustained increase of mental health symptoms in Chilean university students over three years. *Rev Latinoam Psicol.* 1 de enero de 2020;52(1):71-80.

41. Albuquerque FDN, Silva CP, Salamanca Y, Alves MEDS. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS COLOMBIANOS DE PSICOLOGÍA. *Rev Psicol Educ E Cult.* 1 de mayo de 2022;26(1):66-79.

42. Bedoya PB, Prada MPP, Robayo GMR, López A, Díaz GHR. Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Rev Investig En Salud Univ Boyacá.* 30 de junio de 2015;2(1):31-50.

43. Santos-de Pascual A, Saura-Garre P, López-Soler C, Santos-de Pascual A, Saura-Garre P, López-Soler C. Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *An Psicol.* diciembre de 2020;36(3):443-50.

44. Cabrera N, Hoyos A, Villaquiran F, Jácome J. Salud Mental, hábitos de sueño y nivel de actividad física en estudiantes de medicina en la educación virtual. *CES Med.* 1 de mayo de 2022;36(2):17-35.

45. Congreso de la Republica. Secretaría Senado. 2015 [citado 1 de noviembre de 2022]. Ley 1751 del 2015. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

46. Ministerio de Saud y Protección social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

47. Congreso de la Republica. Secretaría Senado. [citado 1 de noviembre de 2022]. Ley 1616 de 2013. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
48. Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid. julio de 2015;6(2):1108-20.
49. Alvarado KG, Guglielmetti S, Tenis S, Diaz CA. El Cuidado: Hildegard Peplau [Internet]. El Cuidado. 2012 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/hildegard-peplau.html>
50. Monterrosa A, Boneu D, Muñoz J. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ESCALAS PARA VALORAR SÍNTOMAS Y CONDUCTAS DE RIESGO. Disponible en: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/Trastornos%20Del%20Comportamiento%20Alimentario%20Escala%20Para%20Valorar%20S%C3%ADntomas%20Y%20Conductas%20de%20Riesgo.pdf>
51. Antúñez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. Ter Psicológica. diciembre de 2012;30(3):49-55.
52. ClinicLab. DASS 21 [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/dass-21.pdf>
53. Román F, Santibáñez P, Vinet EV. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos1. Acta Investig Psicológica - Psychol Res Rec. 1 de abril de 2016;6(1):2325-36.
54. Pérez P, Calzada N, Rovira Guardiola J, Torrico E. Estructura factorial del test ASSIST, aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Trastor Adict. 1 de abril de 2012;14(2):44-9.
55. MinSalud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
56. Naciones Unidas. Biblioteca de la CEPAL. Gestión de datos de investigación ¿Qué se entiende por privacidad? Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/c.php?g=495473&p=4398114#:~:text=La%20confidencialidad%20se%20refiere%20al,la%20informaci%C3%B3n%20privada%20de%20identificaci%C3%B3n.>
57. López F. The Conversation. 2020 [citado 31 de marzo de 2023]. El Código de Núremberg: el amanecer de la bioética tras los crímenes del nazismo. Disponible en:

<http://theconversation.com/el-codigo-de-nuremberg-el-amanecer-de-la-bioetica-tras-los-crimenes-del-nazismo-137492>

58. Nations United. United Nations. United Nations; [citado 30 de marzo de 2023]. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
59. Morales OB. Sitio Web del Comité de ética en investigación. [citado 30 de marzo de 2023]. Comité de ética en investigación. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>
60. Barrera-Herrera A, San Martín Y, Barrera-Herrera A, San Martín Y. Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos. *Psykhé Santiago*. mayo de 2021;30(1):1-16.
61. Rodríguez IS, Blanco AZ. Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *Espí-ritu Emprend TES*. 15 de julio de 2021;5(3):45-61.
62. Trunce Morales ST, Villarroel Quinchalef G del P, Arntz Vera JA, Muñoz Muñoz SI, Werner Contreras KM, Trunce Morales ST, et al. Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investig En Educ Médica*. diciembre de 2020;9(36):8-16.
63. Ramón Arbués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R, et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*. diciembre de 2019;36(6):1339-45.
64. Fajardo E, Méndez C, Jauregui A. PREVALENCIA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA, BOGOTÁ-COLOMBIA. *Rev Med*. enero de 2017;25(1):46-57.
65. Ramírez A, Zerpa C. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos: prevalencia en la ciudad de caracas, 2020. *Rev GICOS*. 2022;7(1):11-26.
66. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (T.C.A) EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO. 2008;56(3).
67. Vega-Gonzales EO, Velásquez-Castillo V, Cubas-Romero FC. FRECUENCIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ARQUITECTURA DE LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, 2018. *Crescendo*. 7 de marzo de 2020;10(2):335.
68. Cunalata Guano J. Clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables: una propuesta de intervención familiar. 2018;108.

69. Ospina AG, Restrepo AR, Román MMG, Chirivi YE, Gómez MLM, Suárez AAA. Frecuencia y factores asociados al consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas, en estudiantes de una Universidad Pública en Colombia: Un estudio mixto. *Rev Nac Odontol.* 1 de junio de 2020;16(1):1-19.
70. Wong Vázquez L, Labrada González E, Gómez NCV, Wong Vázquez L, Labrada González E, Gómez NCV. Caracterización del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios. *Conrado.* diciembre de 2020;16(77):423-31.
71. Bohórquez-Borda D, Gómez-Villarraga D, Pérez-Cruz D, García-Rincón L, Bohórquez-Borda D, Gómez-Villarraga D, et al. Desregulación emocional y nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en universitarios colombianos. *CES Psicol.* diciembre de 2022;15(3):115-32.