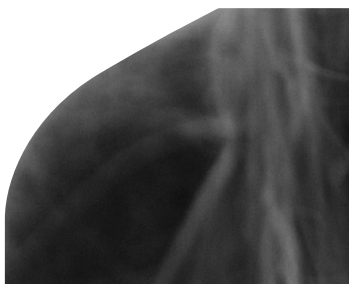
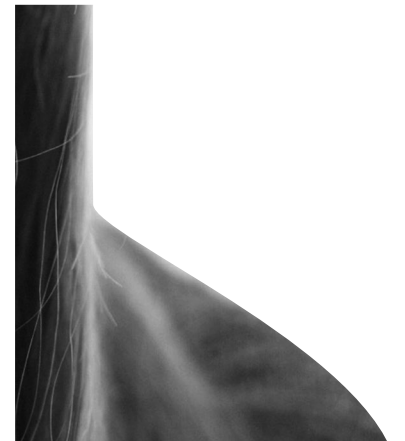


ESTUDIO SOBRE

# BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL

DEL ESTUDIANTADO DE LA UEx





# **ESTUDIO SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL DEL ESTUDIANTADO DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

Coordinadores: Víctor López Ramos  
y Rocío Yuste Tosina



ESTUDIO SOBRE

**BIENESTAR PSICOLÓGICO  
Y SALUD MENTAL**

DEL ESTUDIANTADO DE LA UEX



### **Coordinadores**

Víctor M<sup>a</sup> López Ramos - Rocío Yuste Tosina  
Universidad de Extremadura

### **Autores**

Víctor M<sup>a</sup> López Ramos  
*vmlopez@unex.es. 0000-0002-5945-0810.*

Rocío Yuste Tosina  
*rocioyuste@unex.es. 0000-0002-9241-0079.*

Teresa Alzás García  
Universidad de Extremadura  
*alzas@unex.es. 0000-0001-7847-2997*

Benito León del Barco  
Universidad de Extremadura  
*bleon@unex.es. 0000-0003-0061-9498*

Santiago Mendo Lázaro  
Universidad de Extremadura  
*smendo@unex.es. 0000-0002-4377-8416*

Eva M<sup>a</sup> Pérez López  
Universidad de Extremadura  
*evaperez@unex.es. 0000-0002-6580-7038*

M<sup>a</sup> Isabel Polo del Río  
Universidad de Extremadura  
*mabelpdrio@unex.es. 0000-0001-7107-1330*

Eva Solanas Garzo  
Psicóloga clínica  
*esolanas@alumnos.unex.es. 0009-0000-5287-2968*

Celestino Nieto Román  
Universidad de Extremadura  
*romanroman@unex.es. 0009-0002-1237-6382*

### **Edita**

Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones.  
Plaza de Caldereros, 2. 10003 Cáceres (España)  
*publicac@unex.es*  
<http://publicauex.unex.es/>  
E - ISBN.: 978-84-9127-183-3 (edición digital)  
Cáceres, 2023

### **Maquetación**

Gloria Redondo y Toni Barquero. Onda Campus

### **Financiado por:**

Universidad de Extremadura

### **Cómo citar esta publicación:**

López, V.M., Yuste, R., Alzás, T., León, B., Mendo, Pérez, E.M. y Polo, M.I., Solanas, E. y Nieto, C. (2023). Estudio sobre bienestar psicológico y salud mental del estudiantado de la Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura. ISBN: 978-84-9127-183-3 (edición digital)

1ª edición, 2023

Edita:

Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones

Plaza de Caldereros, 2. 10003 Cáceres (España)

Tel. 927 257 041; Fax 927 257 046

publicac@unex.es

<http://publicauex.unex.es/>

E- ISBN.: 978-84-9127-183-3 (edición digital)

Maquetación: los autores

Cáceres, 2023.

**Dehesa** Repositorio  
Institucional

Acceso abierto en el Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura



Más allá de ser objeto de investigación, este trabajo está dedicado a los y las jóvenes –y no tan jóvenes– que hacen posible la existencia de nuestra institución académica, porque su participación en el estudio no ha supuesto una mera recogida de datos, sino la constatación de que trabajamos con personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y que muchas de ellas están viviendo en este momento, en mayor o menor medida, un sufrimiento psicológico que estamos obligados a abordar.

Agradecemos muy sinceramente la participación de todas y todos los estudiantes que han hecho posible este estudio y, de una manera algo más especial, agradecemos todas las aportaciones que nos han hecho llegar y que han supuesto un golpe de realidad que merece ser analizado y compartido.



# PRÓLOGO

El cuidado de la salud mental y del bienestar emocional son aspectos para tener presentes en cualquier colectivo social y, de manera más señalada, en la juventud. Quizás no se ha prestado la suficiente atención a los problemas derivados de las continuas y cada vez más rápidas transformaciones a los que están sometidos los jóvenes actuales. Transformaciones de diferentes procedencias: sociales, tecnológicas, relacionales, etc., a las que debemos sumar los efectos derivados de la reciente pandemia sanitaria que tanto ha afectado a todos los niveles.

Particularizando a nuestros jóvenes estudiantes universitarios, la preocupación por los problemas de salud mental y emocional se ha obviado quizás en mayor grado por la creencia incorrecta de que el entorno universitario era como un “remanso de paz” en medio de todo este ambiente convulso. Mi impresión como profesor experimentado hubiese coincidido con esa falsa idea de tranquilidad. Sin embargo, las labores de gestión al frente de la Universidad de Extremadura me han aportado una perspectiva diferente y mucho más realista de las vicisitudes que afrontan los estudiantes en su periodo universitario, complicaciones procedentes no sólo de las obligaciones académicas, sino de todo tipo: sociales, relaciones interpersonales, económicas, problemas de identidad, de expectativas de futuro y un extenso conjunto de variables que rodean a los jóvenes estudiantes en esta etapa vital y que han sido sistemáticamente detectados y recogidos en este estudio.

Podemos corroborar la extensión del problema con el incremento de casos atendidos por la Unidad de Atención al Estudiante de la UEx cada curso académico y, muy especialmente, desde la pandemia de la COVID-19, que ha desencadenado un incremento en las situaciones de ansiedad y agudizado el resto de las situaciones.

Quisiera hacer mía una reflexión de uno de los participantes en la que afirma *“la verdad es que no han sabido enseñarnos a ser felices y a gestionar nuestras emociones, nadie, ni la familia, ni la escuela, ni la universidad”*. La conclusión no puede ser otra que algo estamos haciendo mal y que los jóvenes estudiantes encuentran en la sociedad y también en la universidad un ambiente hostil que debemos cambiar. El presente trabajo es una herramienta muy útil a tal fin, detectando los problemas, sus causas y analizando científicamente los resultados y proponiendo mejoras.

Por último, quiero destacar y elogiar el trabajo realizado por los autores de este estudio, elogios de los que son merecedores por la minuciosa labor realizada, incluso en tiempos en los que han compaginado con otras actividades de gestión académica. Mis mejores deseos para futuros trabajos que, como hemos visto, no podemos dejar de lado.

*Antonio Hidalgo García*  
*Rector de la Universidad de Extremadura (2019-2023)*

# ÍNDICE

<b>01. INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>02. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Ámbito</b>	<b>23</b>
<b>2.2. Universo</b>	<b>23</b>
<b>2.3. Tamaño de la muestra</b>	<b>23</b>
<b>2.4. Objetivos del estudio</b>	<b>23</b>
<b>2.5. Técnica de recogida de información</b>	<b>23</b>
<b>2.6. Estructura del instrumento</b>	<b>23</b>
<b>2.7. Descripción de los instrumentos clínicos utilizados.</b>	<b>24</b>
<b>2.8. Temporalización</b>	<b>25</b>
<b>2.9. Análisis de la información</b>	<b>25</b>
<b>2.10. Características generales de la muestra</b>	<b>25</b>
<b>03. PRINCIPALES HALLAZGOS</b>	<b>26</b>
<b>04. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>4.1. Características sociodemográficas y personales</b>	<b>29</b>
4.1.1. Relaciones personales.	29
4.1.2. Problemas e intereses	31
4.1.3. Redes sociales virtuales	35
<b>4.2. Bienestar Psicológico y Salud Mental</b>	<b>40</b>
4.2.1. Factores que afectan al bienestar psicológico y la salud mental	40
4.2.2. Percepción sobre la salud mental	42
4.2.3. Diagnóstico de problemas o trastornos psicológicos	44
<b>4.3. Descriptivo del cuestionario Listado de Síntomas Breves (LSB-50)</b>	<b>47</b>
<b>4.4. Ideación Suicida</b>	<b>50</b>
4.4.1. Escala Paykel de Ideación suicida (PSS)	51
4.4.2. Opinión sobre la ideación suicida	53
4.4.3. Ideación suicida y grado de influencia en función del sexo, género y edad	55
4.4.3.1. <i>Sexo</i>	55
4.4.3.2. <i>Género</i>	56
4.4.3.3. <i>Edad</i>	57
<b>4.5. Resultados del análisis del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) (Godman, 1997)</b>	<b>58</b>
4.5.1. Factores relacionados con Síntomas emocionales, Problemas conductuales, Hiperactividad y Problemas con iguales en relación con Sexo y Género	59
4.5.1.1. <i>Variable sexo</i>	59
4.5.1.2. <i>Variable género</i>	60
4.5.2. Factores externalizantes e internalizantes en relación con el Sexo y al Género	61
4.5.2.1. <i>Variables sexo</i>	61
4.5.2.2. <i>Variable género</i>	62
<b>05. LA VOZ DEL ESTUDIANTADO: ANÁLISIS CUALITATIVO</b>	<b>64</b>
<b>5.1. Sistema universitario</b>	<b>66</b>
5.1.1. Problemas universitarios como detonantes de malestar psicológico	67
5.1.2. Propuestas para mejorar la atención de la salud mental en la universidad	70
5.1.2.1. <i>Propuestas para mejorar la atención a estudiantes con problemas de salud mental</i>	70

<b>5.2. Problemas socio-estructurales como predisponentes y detonantes:</b>	<b>72</b>
<b>5.3. Problemas personales como predisponentes y detonantes</b>	<b>73</b>
<b>06. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES</b>	<b>74</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>78</b>

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Problemas de los jóvenes europeos.	14
Imagen 2. Concepción biomédica de la salud mental.	16
Imagen 3. Concepción comportamental de la salud mental.	17
Imagen 4. Concepción socioeconómica de la salud mental.	18
Imagen 5. Categorías de análisis de la dimensión Sistema Universitario.	66

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Relación de pareja y sexo.	29
Gráfica 2. Personas con las que se dan los problemas en la familia.	31
Gráfica 3. Consumo (diario) de sustancias.	33
Gráfica 4. Interés por información general.	34
Gráfica 5. Frecuencia de uso diario de redes sociales.	35
Gráfica 6. Frecuencia de uso diario de redes sociales según el género.	36
Gráfica 7. Motivos para usar redes sociales.	38
Gráfica 8. Valoración de aspectos de su vida cotidiana.	40
Gráfica 9. Percepción sobre problemas o trastornos psicológicos.	42
Gráfica 10. Diagnóstico de trastornos y problemas psicológicos, según el género.	46
Gráfica 11. Resultados obtenidos con la Escala Paykel de Ideación Suicida.	52
Gráfica 12. Motivos principales de suicidio, según el género.	54
Gráfica 13. Puntuación de ideación suicida en relación con la variable sexo	56
Gráfica 14. Puntuación de ideación suicida en relación con la variable género	57
Gráfica 15. Puntuación de ideación suicida en relación con la variable edad	58

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables relacionadas con familia y amigos.	30
Tabla 2. Principales problemas que tienen las personas jóvenes en la actualidad.	32
Tabla 3. Tipo de red social y frecuencia de uso.	37
Tabla 4. Percepción sobre problemas o trastornos psicológicos.	44
Tabla 5. Diagnóstico profesional de trastornos y problemas psicológicos.	45
Tabla 6. Listado de Síntomas Breves. Resultados descriptivos.	48
Tabla 7. Media de puntuación de ideación suicida en relación con la variable sexo	55
Tabla 8. Prueba Levene de igualdad de varianzas en relación con la variable sexo	55
Tabla 9. Media de puntuación de ideación suicida en relación con la variable género	56
Tabla 10. Prueba Levene de igualdad de varianzas en relación con la variable género	56
Tabla 11. Media de puntuación de ideación suicida en relación con la variable edad	57
Tabla 12. Prueba ANOVA de comparación de varianzas en relación con la variable edad	57
Tabla 13. Diferencias de medias por grupos de edad	58
Tabla 14. Puntuaciones medias de factores en función de la variable sexo (SDQ).	59
Tabla 15. Prueba Levene de igualdad de varianzas de la variable sexo (SDQ)	60
Tabla 16. Prueba Levene de igualdad de varianzas de la variable género (SDQ)	61
Tabla 17. Puntuaciones medias de escala en función de la variable sexo (SDQ).	62
Tabla 18. Prueba Levene de igualdad de varianzas de la variable sexo (SDQ)	62
Tabla 20. Prueba Levene de igualdad de varianzas de la variable género (SDQ)	63



# INTRODUCCIÓN



ESTUDIO SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL  
DEL ESTUDIANTADO DE LA UEX

Probablemente, en pocos momentos históricos, como el que vivimos en la actualidad, ha sido tan necesario analizar y sensibilizar socialmente acerca de todos los aspectos que conciernen a lo que denominamos “salud mental”, siendo aún más perentorio tratar esta materia en relación con las personas jóvenes, en un rango de edad que va desde el final de la adolescencia hasta el final de la veintena, e incluso, en muchos casos, cumplidos ya los treinta años –aunque no estemos hablando propiamente de juventud–, dadas las situaciones socioeconómicas que han alargado esta consideración etaria más allá de lo que se establece desde el punto de vista científico.

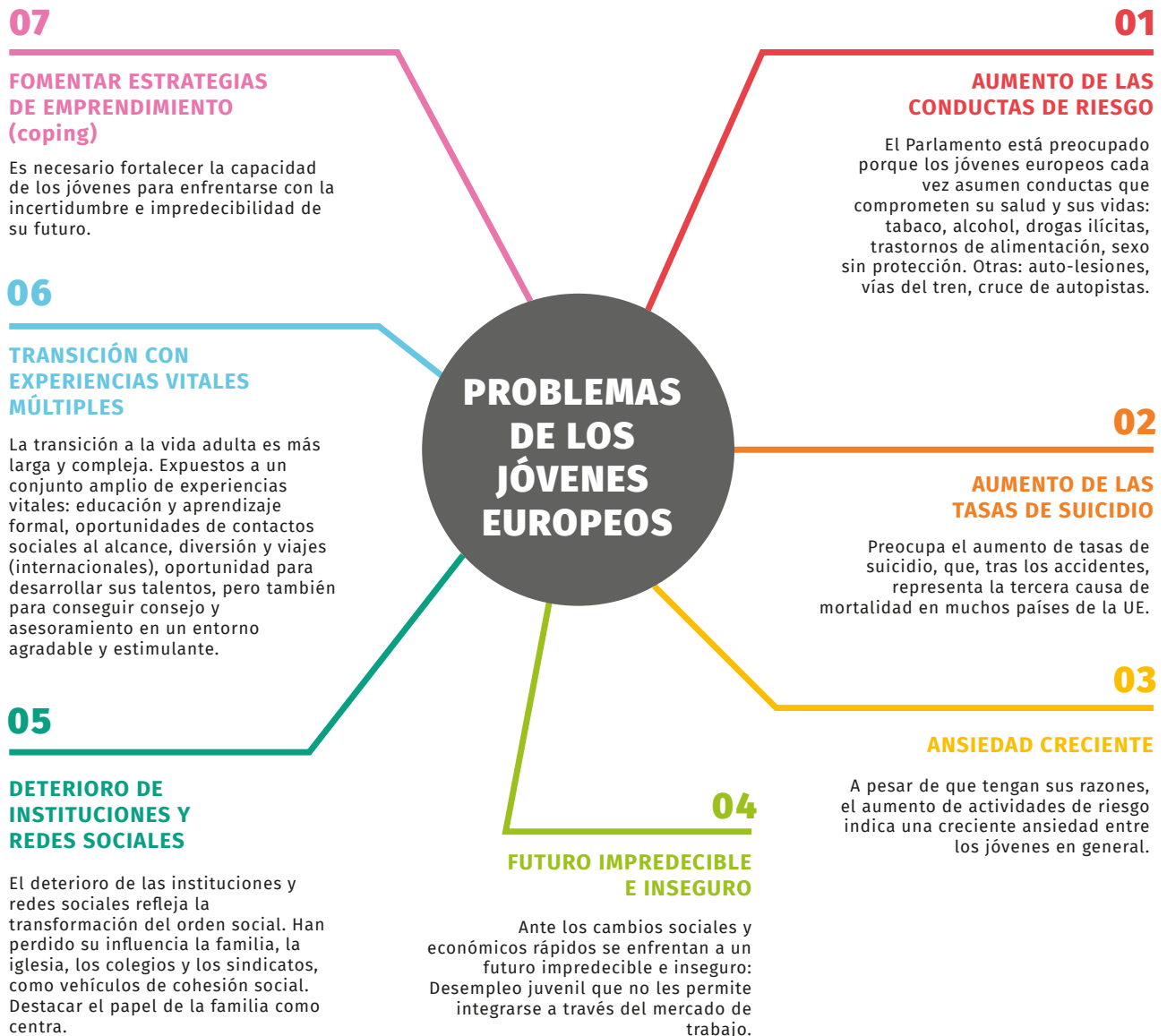
Los paulatinos cambios estructurales que las sociedades contemporáneas han experimentado en los últimos decenios nos han permitido afrontar muchas cuestiones que tenían un complicado tratamiento desde el punto de vista social y cuya interpretación ha estado sometida, casi en exclusividad, a un modelo marcadamente biologicista que ofrecía tan solo una parte de la respuesta que explica la compleja evolución cognitiva que supone el desarrollo integral de una persona. El innegable avance que los paradigmas y planteamientos que las Ciencias Sociales, en todas sus disciplinas y ámbitos, han aportado al conocimiento en los últimos 50 años, nos ha permitido reconducir y enfocar los estudios sobre nuestra realidad como personas, colectivos y comunidades desde argumentos más diversos, heterogéneos y discordes, en una palabra, argumentos muchos más integradores. Esta realidad, ha ido transformando la pretendida armonía y homogeneidad que las tesis organicistas ofrecían para explicar los cambios, dificultades y problemas que una persona podría experimentar a lo largo de su vida y que, en muchos casos, derivan en comportamientos desadaptados, anómalos o claramente patológicos.

Afortunadamente, hoy no es posible abordar la conducta humana, con toda su complejidad y particularidades, desde una posición científica uniformada. El estudio sobre el desarrollo que convierte a un ser humano en una persona es producto de la concurrencia de conocimientos diversos que deben comenzar por las aportaciones de la biología y las ciencias de la salud, pero que deben nutrirse, al mismo nivel, de las ciencias del comportamiento, de la educación o de la sociología, entre otras.

Por otro lado, actualmente, no se puede obviar que cualquier análisis acerca de la salud mental o el bienestar psicológico de las personas que se plantee en fechas posteriores al año 2020 debe tener en cuenta los efectos que ha generado la crisis sociosanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, cuyas consecuencias y secuelas se han dejado notar en la práctica totalidad de la población, pero, especialmente en la salud mental de la población adolescente y joven. No obstante, la preocupación por estos problemas venía ya manifestándose antes de la pandemia, como planteaba la Recomendación 1632 (2003) del Consejo de Europa, recogida en el informe *“Teenagers in distress: a social and health-based approach to youth malaise”*, y que se hace especialmente gráfica en la Imagen 1, o como se recoge en el Libro Verde: *“Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”*, publicado por la Comisión de las Comunidades Europeas en 2006.

**“ El estudio sobre el desarrollo que convierte a un ser humano en una persona es producto de la concurrencia de conocimientos diversos que deben comenzar por las aportaciones de la biología y las ciencias de la salud, pero que deben nutrirse, al mismo nivel, de las ciencias del comportamiento, de la educación o de la sociología ”**

Imagen 1. Problemas de los jóvenes europeos.



Fuente: González, B. y Rego, E. *Problemas emergentes en la juventud mental de la juventud*. INJUVE.

En la imagen anterior pueden observarse una serie de claves diagnósticas que, dos décadas después, siguen siendo determinantes para entender los problemas que hoy afectan de lleno a nuestra juventud y que entonces se planteaban como emergentes. Está claro que para abordar estas dificultades en las personas jóvenes hay que asumir sin ambigüedades que no son consecuencia de un único factor, sino de factores de naturaleza y etiología múltiple –individuales y socioculturales– que implican una interacción acumulativa (González y Rego, 2006). De hecho, cualquier abordaje que hoy se pretenda hacer sobre esta problemática requiere elaborar un modelo teórico en el que se analicen todos los posibles factores in-

tervinientes y las interacciones que se producen entre ellos y, de igual manera, cualquier propuesta de intervención deberá abarcar los diversos ámbitos científicos y profesionales que ofrecen una respuesta comunitaria e integradora.

## ► ACTUALIZACIÓN CONCEPTUAL SOBRE SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

### SALUD MENTAL

Los diversos y sucesivos estudios epidemiológicos que explican la contribución de la enfermedad mental a la concepción de enfermedad en el mundo –sobre todo desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras entidades similares en diferentes regiones del planeta–, confirman la importancia que tiene, para el ámbito de la salud pública, la salud mental como dimensión humana, y la necesidad de integrarla en todos aquellos aspectos que definen la salud y las políticas sociales (Restrepo y Jaramillo, 2012).

La propia OMS, a través del eslogan “No hay salud sin salud mental”, reconocía a ésta como un elemento esencial para el bienestar y el desarrollo de los individuos y las sociedades (OMS, 2005). Sin embargo, esta unanimidad en torno a la importancia de la salud mental en el ámbito de la salud pública se enfrenta a los desacuerdos, contradicciones y objeciones que las diversas aproximaciones conceptuales plantean sobre ella, de tal manera que, aunque se trata de un término ampliamente utilizado, su definición y conceptualización sigue siendo compleja y polivalente (Restrepo y Jaramillo, 2012).

En la actualidad, la salud mental se entiende como un concepto en el que tiene cabida una amplia variedad de discursos y contribuciones sobre las capacidades y alteraciones mentales, el bienestar psicológico y los problemas psicosociales o el bienestar emocional, como factores principales (Gómez-Beneyto, Rodríguez y Camaño, 2018); contribuciones que se ajustan a los planteamientos de los diferentes enfoques sobre la salud y la enfermedad –en muchas ocasiones, enfoques bastante dispares– en los campos de la salud pública, la medicina, la psicología, la filosofía, la psiquiatría, la sociología, la antropología o la economía, entre otros. Estas visiones se corresponden con momentos históricos diferentes que presentaban unas características ideológicas, políticas y económicas concretas, así como una aseveración de lo que debía considerarse, según sus postulados, como sano y enfermo en las personas (Restrepo y Jaramillo, 2012). Además, el origen y desarrollo de estos enfoques no puede ser entendido de una manera continua temporalmente, en la que se han ido reemplazando unos a otros de manera lineal, sino que, sobre todo, ha habido una superposición de estos, incluso hasta el punto de confundirse entre ellos, lo que ha dificultado contar con una conceptualización que aúne parámetros válidos que den respuesta a la gran diversidad de contextos socioculturales con los que nos podemos encontrar. Para ello, hay que tener en cuenta las posiciones teóricas y políticas a partir de las cuales los distintos enfoques sobre el continuo **salud–enfermedad**, sobre las nociones acerca de **lo mental** y sobre una realidad social en **permanente estado de cambio** (entendida como la *sociedad líquida* que preconiza Zygmunt Bauman) deben ofrecer la posibilidad de aunar concepciones de salud mental realistas y con la mayor validez posible ante contextos y situaciones vivenciales diversas y diferentes.

La OMS definió la salud mental como **un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad** (OMS, 2001). De tal forma que las carencias en torno a este planteamiento se han atribuido, tradicionalmente, a problemas genéticos, tras-

tornos cerebrales y causas, en general, de índole biológica. No es hasta principios del siglo XX, que este paradigma se fue transformando hacia postulados que hoy asumen la trascendencia de otros factores no sólo en relación con este tipo de enfermedades, sino, en general, con los problemas relacionados con la salud, considerando que su origen está provocado por una variedad de factores biológicos, psíquicos y de interacción social, y que, además de al propio funcionamiento cerebral y bioquímico, se deben a elementos ambientales, experienciales, vivenciales e interrelacionales.

En las siguientes imágenes se sintetizan los tres modelos que han abordado, hasta hoy, la salud y la enfermedad mental desde que ésta es una preocupación para el ser humano, de acuerdo con los condicionantes históricos imperantes o emergentes.

**Imagen 2. Concepción biomédica de la salud mental.**

## LO MENTAL COMO PRODUCTO ORGÁNICO-CEREBRO

(Concepción biomédica de la salud mental)



Fuente: elaboración propia, a partir de Restrepo, D.A. & Jaramillo, J.C., 2012



De acuerdo con Gómez (2002), el enfoque biomédico:

*“reduce la salud a la ausencia de enfermedades, concebidas como epifenómenos dañinos, con sentido en sí mismos, cuya naturaleza es mensurable y comprensible con base en las evidencias empíricas de los ensayos controlados y la epidemiología clínica”.*

Aunque, desde hace casi 40 años, se venga utilizando la definición de la OMS en la que se afirma que la salud *no es solo la ausencia de enfermedad* (OMS, 1986), lo cierto es que la salud mental continúa siendo una categoría en la que se incluyen, casi exclusivamente, los estudios sobre trastornos mentales que dan origen a políticas basadas en curar, corregir, tratar o prevenir la aparición de una enfermedad mental.

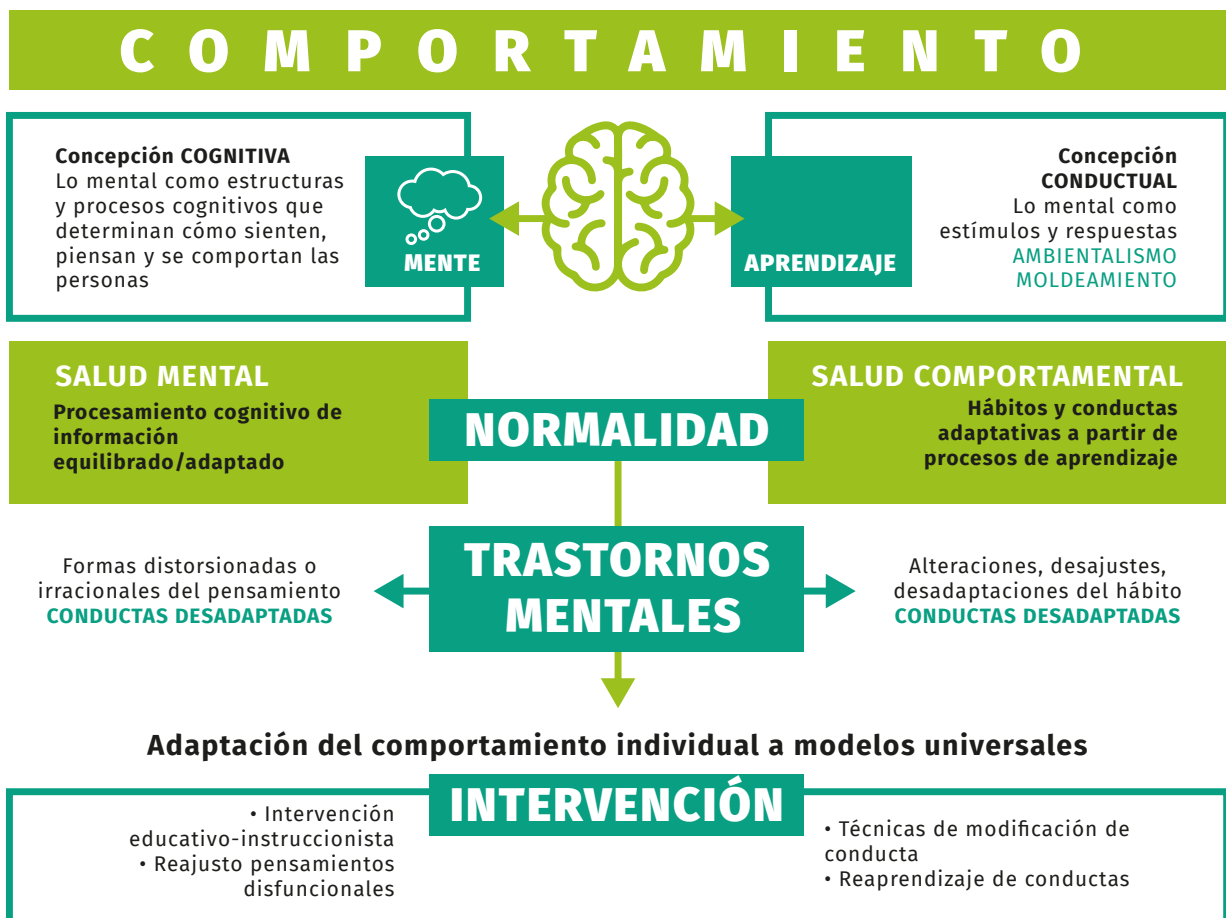
**Imagen 3. Concepción comportamental de la salud mental.**

## LO MENTAL COMO COGNICIÓN Y CONDUCTA

(concepción comportamental de la salud mental)

- La salud se vincula a hábitos de vida saludable
- La enfermedad es resultado del comportamiento inadecuado del individuo

El eje central del modelo es el **ESTILO DE VIDA**  
Formas de vivir social y culturalmente



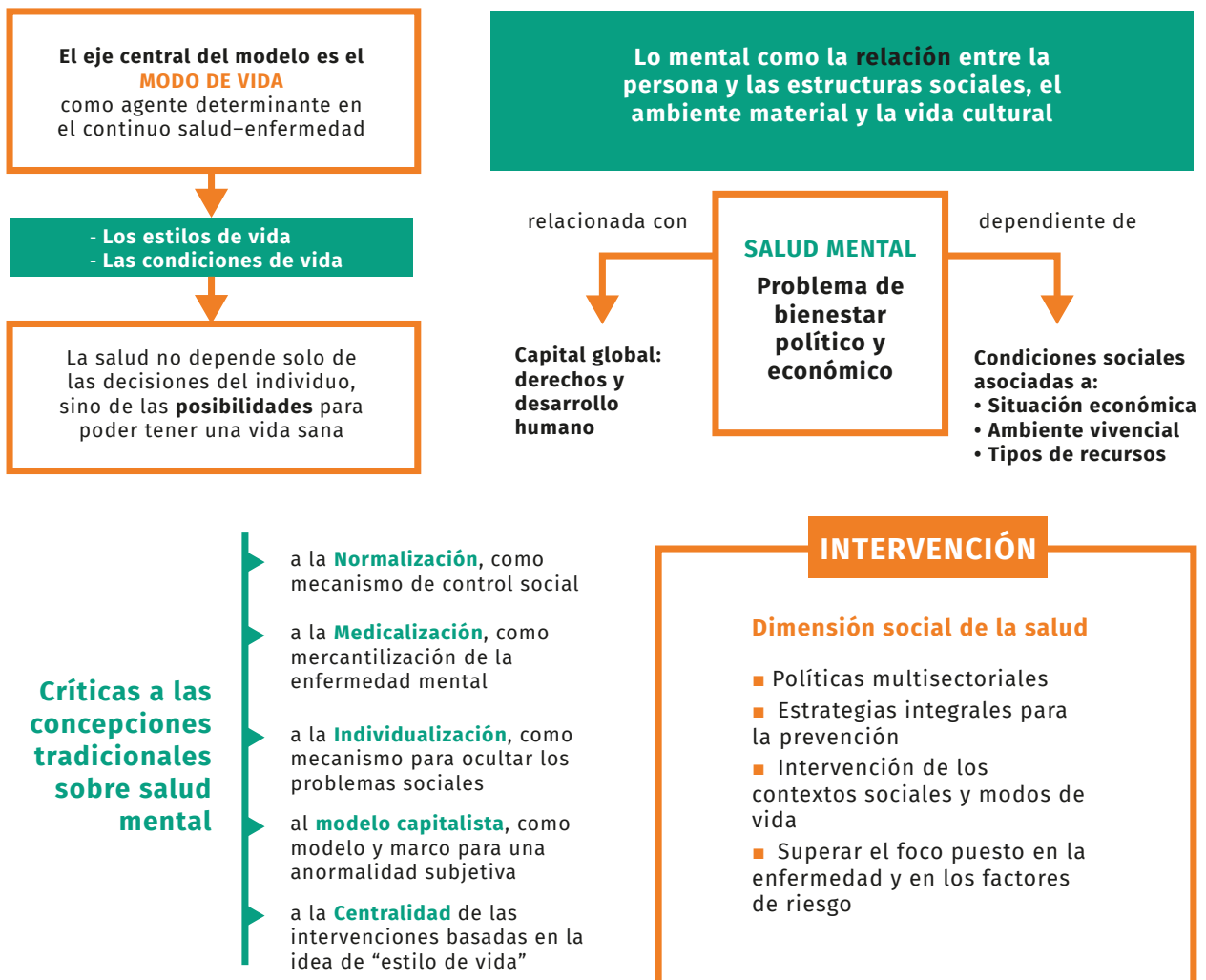
Fuente: elaboración propia, a partir de Restrepo, D.A. & Jaramillo, J.C., 2012

A mediados del pasado siglo XX, los factores de riesgo ambientales y comportamentales, vinculados a las circunstancias de salud de las sociedades contemporáneas, comienzan a adquirir una especial importancia a la hora de comprender los procesos del continuo salud-enfermedad, dando lugar al enfoque comportamental, que pone el foco principal, para abordar las causas de las alteraciones mentales, en dos constructos diferentes pero conexos, el cognitivo (mentalismo) y el conductual (conductismo). A partir de estos, el actor principal para definir la salud y la enfermedad queda determinado en la manera como las personas se comportan (Rogers y Pilgrim, 2010).

**Imagen 4. Concepción socioeconómica de la salud mental.**

## LO MENTAL COMO PRODUCTO SOCIAL

(concepción socio-económica-cultural de la salud mental)



Fuente: elaboración propia, a partir de Restrepo, D.A. & Jaramillo, J.C., 2012



**“ La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales y se integra en un proceso humano complejo que cada persona experimenta de una manera diferente, con grados de dificultad diferentes y con resultados sociales y clínicos que también pueden ser muy diferentes ”**

Los movimientos transformadores que se dieron en casi todo el mundo a partir de la década de los 70, vinculados fundamentalmente a una concepción más crítica con el sentido del desarrollo humano y los nuevos derechos que éste implicaba, fueron la base para que surgiera un enfoque que situaba la principal responsabilidad para que las personas pudieran tener una buena salud en el análisis de las estructuras y modelos sociales (Possas, 1989; Paschall y Flewelling, 1997; Guinsberg, 2007; OMS, 2005). Siendo la declaración de Alma Ata el punto de inflexión en la consolidación de este enfoque socioeconómico, que establece que el desarrollo económico y social es un agente fundamental para conseguir un estado ideal de salud para todas las personas, destacándose la responsabilidad de los gobiernos frente a la salud de los ciudadanos, no solo mediante la asistencia sanitaria, sino también a través de medidas sociales (OPS, 1978).

De acuerdo con los más recientes planteamientos de la OMS y ampliando el sentido de la definición aportada anteriormente, la salud mental debe ser explicada en la medida en que es parte fundamental de la salud y el bienestar que permite nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer nuestras relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. Se trata, además, de un derecho humano fundamental y de un agente esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Como se ha comentado también anteriormente, en relación con la definición de salud, la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales y se integra en un proceso humano complejo que cada persona experimenta de una manera diferente, con grados de dificultad diferentes y con resultados sociales y clínicos que también pueden ser muy diferentes. En este sentido, las afecciones de salud mental comprenden, entre otras situaciones, trastornos mentales y disfunciones psicosociales, así como otros estados mentales asociados a altos grados de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conductas autolesivas.

Precisamente, como consecuencia de los planteamientos expuestos, el empleo cada vez más recurrente de los conceptos de **bienestar psicológico** y de **bienestar emocional**, no solo tratan de hacer más integrador el propio concepto de salud mental, sino que son planteados como constructos independientes que participan en la explicación acerca del comportamiento humano, fundamentalmente en lo referente a las decisiones y conductas conflictivas, anómalas o patológica que las personas llevan a cabo.

## BIENESTAR PSICOLÓGICO

De acuerdo con las definiciones de Ryff y Keyes (1995), por bienestar psicológico debemos entender el esfuerzo para que una persona se perfeccione y pueda expresar todo su potencial, que está íntimamente vinculado a tener un propósito en la vida que le dé significado, lo que implica asumir retos y esfuerzos para superarlos y alcanzar las metas propuestas.

Teniendo en cuenta esta definición principal, y siguiendo a Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez (2016), deben diferenciarse dos perspectivas (Ryan y Deci, 2001):

- **hedónica o bienestar subjetivo:** el objetivo último es la obtención de placer y felicidad, la ausencia de problemas y la experiencia de sensaciones exclusivamente positivas. Se destaca aquí la existencia de un componente emocional o afectivo de placer y displacer, y un componente cognitivo relacionado con la formulación de juicios de valor.
- **eudaimónica o bienestar psicológico:** referida al desarrollo personal como una función de las habilidades individuales y la realización del potencial de uno mismo. A partir de aquí, se plantean seis dimensiones que sirven de base a las escalas de bienestar psicológico (Ryff, 1989), estas son:
  - Autonomía, entendida como la capacidad para mantener la independencia y la individualidad en diferentes contextos con el fin de resistir la presión social.
  - Dominio del entorno, entendido como la capacidad para elegir o crear entornos favorables para satisfacer metas y necesidades.
  - Autoaceptación, entendida como la capacidad para tener una percepción exacta de las propias acciones, motivos y sentimientos.
  - Relaciones positivas con otros, entendida como la confianza mutua y la empatía.
  - Crecimiento personal, entendido como la dedicación a la realización del potencial personal.
  - Propósito en la vida, entendido como el establecimiento de metas y definición de objetivos para dar una dirección a la vida. (Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016).

---

De esta forma, se puede definir el concepto de bienestar psicológico, entendido en términos de desarrollo del potencial humano, como el resultado de una vida “bien vivida” (Muñoz Arrovaye, Cardona, Restrepo-Ochoa y Calvo, 2022), más que como un motivo de vida.

Esta formulación va más allá de la idea de bienestar subjetivo, dado que se incluyen factores cognitivos y afectivos, también va más allá de la reacción emocional inmediata ante situaciones y experiencias vitales, y pone en relación el sentimiento positivo y el pensamiento constructivo con las dimensiones física, psíquica y social del funcionamiento humano (García-Viniegras y López González, 2003).

En relación con las personas jóvenes, y más concretamente con estudiantes universitarios, hay que entender este concepto en términos de progreso vital, íntimamente relacionado con la consecución de las dimensiones que se han indicado anteriormente, que son las que le dan carácter identitario y estable al constructo *bienestar psicológico*, y que coadyuva a una correcta y positiva salud mental del individuo. Así, adecuados niveles de bienestar psicológico indicarían un funcionamiento positivo, posibilitando el desarrollo de sus capacidades y su crecimiento personal (Vivaldi y Barra, 2012).

El modelo multidimensional que se plantea establece que, conforme se va alcanzando la edad adulta, los individuos adquieren mayor autonomía,

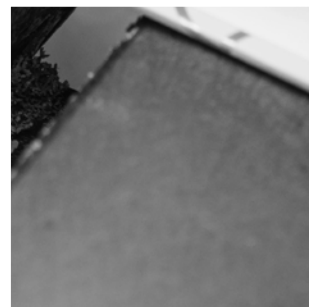
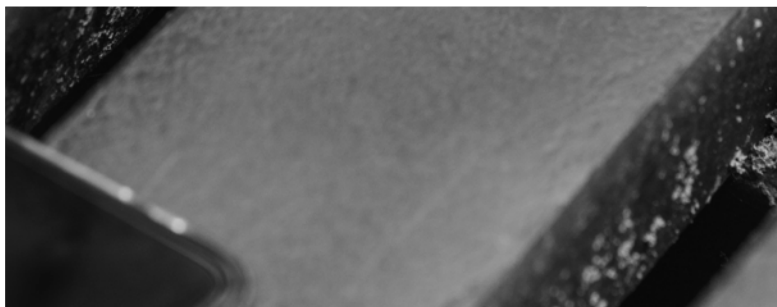
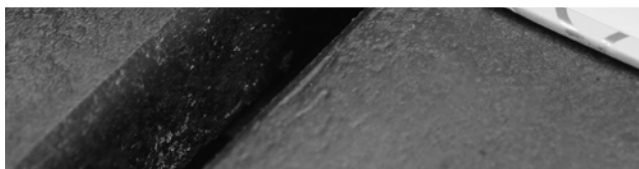
se sienten más capaces de dominar el entorno y perciben sentimientos positivos de crecimiento (Páramo, Straniero, García, Torrecilla y Escalante, 2012). Sin embargo, los niveles de bienestar psicológico de los jóvenes universitarios pueden estar siendo afectados por una gran cantidad de limitaciones para desarrollar sus potencialidades personales y llegar a alcanzar un estado de felicidad y satisfacción consigo mismos (Calvarro, 2016). En este sentido, la actual situación socioeconómica, agravada por las consecuencias de la crisis por COVID-19, es la principal causa de que estas limitaciones sean percibidas de una manera claramente amenazantes por las personas jóvenes, impidiéndoles alcanzar adecuados niveles de bienestar psicológico.

“ **Se puede definir el concepto de bienestar psicológico, entendido en términos de desarrollo del potencial humano, como el resultado de una vida “bien vivida”, más que como un motivo de vida.** ”



02

# DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO



## **2.1 ÁMBITO**

Estudiantes matriculados en la Universidad de Extremadura (UEX) durante el curso 2022/23.

## **2.2. UNIVERSO**

La población objeto de estudio es de 19.800 estudiantes –matrícula oficial del curso 2022-2023–.

## **2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Calculando la representatividad de la muestra para un nivel de confianza del 95% y un margen de error de  $\pm 3\%$ , el resultado es de 110 sujetos, sin embargo, han participado un total de 2.057 estudiantes, lo que supone un 10,38% del total de la población.

## **2.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

- Analizar las características sociodemográficas, personales y psicológicas de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.
- Conocer la percepción sobre su salud mental.
- Identificar riesgos de comportamiento suicida.
- Valorar síntomas psicológicos y psicosomáticos.
- Detectar causas de trastornos psicopatológicos.

## **2.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

Cuestionario anónimo personal realizado de manera online. Fue difundido de forma masiva por la lista de distribución del Vicerrectorado de Estudiantes, Empleo y Movilidad de la universidad.

## **2.6. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO**

- El cuestionario está compuesto por cinco dimensiones y una categoría abierta de aportaciones.
- Dimensión 1. Datos sociodemográficos y personales, con un total de 24 ítems.
- Dimensión 2. Autopercepción sobre salud mental, con un total de 9 ítems.
- Dimensión 3. Escala Paykel de Ideación suicida, con un total de 5 ítems.
- Dimensión 4. Cuestionario auto aplicado de Listado de Síntomas Breve (LSB-50), con un total de 50 ítems.
- Dimensión 5. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas), con un total de 30 ítems.
- Aportaciones personales.

## 2.7. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS CLÍNICOS UTILIZADOS.

- **ESCALA PAYKEL DE IDEACIÓN SUICIDA** (*Paykel Suicidal Scale, PSS*) (Paykel, Myers, Lindenthal & Tanner, 1974).

La PSS es una herramienta diseñada originalmente para la evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en población clínica. Consta de un total de cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente). A nivel teórico, mayores puntuaciones indican mayor gravedad. El marco temporal se refiere al último año vivido. La escala ha sido validada en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Su ventaja principal es la sencillez y brevedad en la contestación, aspecto muy importante si se consideran las limitaciones de tiempo en los ámbitos aplicados. La PSS se pueden utilizar como instrumento de evaluación o como herramienta de cribado de ideación suicida en diferentes entornos de evaluación.

- **LISTADO DE SÍNTOMAS BREVES** (LSB-50) (De Rivera y Albuín, 2012).

El Listado de Síntomas Breve (LSB-50) es un instrumento clínico que se emplea para identificar y valorar síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. El cuestionario se compone de:

- 7 escalas principales: Sensibilidad obsesiva, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Sueño estricto y Sueño ampliada;
- 2 subescalas: Sensibilidad y Obsesión-compulsión;
- 1 escala de Riesgo psicopatológico.

Permite la obtención de 3 índices globales: Índice global de severidad, Número de síntomas positivos e Índice de intensidad de los síntomas positivos, cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general. Su brevedad, claridad y sencillez de los ítems, la inclusión de nuevas dimensiones (Sueño estricto y Sueño ampliada) y su mayor consistencia factorial, hacen del LSB-50 una herramienta fundamental para los profesionales del ámbito clínico.

- **CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES** (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ*) (Godman, 1997).

El SDQ fue desarrollado por Robert Goodman (1994, 1997, 1999), basándose en los principales síntomas de DSM IV, el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (American Psychiatric Association, 1994) y utilizando el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para establecer su estructura definitiva. Está constituido por una serie de indicadores que representan fortalezas y dificultades que se encuentran clasificados en 4 escalas en este estudio: Problemas conductuales, Síntomas emocionales, Hiperactividad y Problemas con los iguales. Cada escala está compuesta por 5 reactivos y la escala denominada conducta prosocial está constituida exclusivamente por ítems centrados en las fortalezas. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que cada ítem es puntuado con 0, 1 o 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: no es cierto, es cierto, absolutamente cierto, a excepción de los



ítems que refieren a fortalezas, que se puntúan de manera inversa (0: absolutamente cierto y 2: no es cierto). Los puntajes de las escalas problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad –inatención y problemas con pares– se suman, para generar un puntaje total de dificultades que puede ir de 0 a 40 puntos.

## 2. 8. TEMPORALIZACIÓN

La distribución del cuestionario comenzó a mediados del mes de octubre y finalizó a mediados del mes de noviembre de 2022.

## 2.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de los datos cuantitativos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics 26.0, mientras que el de los datos cualitativos del apartado de aportaciones personales se realizó con el programa ATLAS.Ti.

## 2.10. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

- **Sexo.** El 72% de la muestra son mujeres y el 28% hombres. De ellos el 70,6% identifica su género como femenino, el 27, 3% como masculino y un 2,1% (43 personas) se identifica con “otro género”.
- **Género.** El 2,1% de las personas encuestadas no se identifican con el género masculino o femenino.
- **Edad.** El 21% de la población tiene entre 17 y 18 años, el 25% entre 19 y 20 años (siendo el mayor porcentaje de la muestra). El 23,9% tiene entre 21 y 22 años, el 12, 3% entre 23 y 24 años, el 6,4% entre 25 y 26 años y 27 o más años supone un 10,5%.
- **Ocupación.** El 69,7% de la muestra únicamente estudia, frente al 19,8% que estudia y lo compagina con un empleo irregular y esporádico, mientras que el 10,5% estudia y lo compagina con un empleo regular y estable.
- **Estudios.** El 88% son estudiantes de grado. El 32% son estudiantes de 1º de grado, el 13% de 2º, el 11% de 3º de grado y el 15% de 4º. El resto, un 22%, son estudiantes de máster, doctorado o que se encuentran matriculados en asignaturas de varios cursos. En este mismo apartado, cabe señalar que indica sentirse satisfecho con los estudios que está cursando un 87,5%. Además, el 70% está de acuerdo, bastante o totalmente de acuerdo con que “Tener un título universitario supone más posibilidades para conseguir un empleo digno que no tenerlo”.
- **Procedencia fundamental de la financiación para realizar los estudios.** Para el 40% de los estudiantes encuestados la procedencia es de la familia y algún tipo de ayuda o becas. Para un 36% es exclusivamente de la familia, mientras que solo para el 8% la procedencia es autofinanciada, es decir, exclusivamente del empleo que tienen.
- **Residencia durante el curso.** El 54,3% reside durante el curso en domicilio compartido con otras personas, frente al 29,4% que reside en el domicilio familiar. Solo el 9,9% reside en un domicilio propio y el 6,5% lo hace en una residencia universitaria.

# PRINCIPALES HALLAZGOS





# Las y los ESTUDIANTES de la UEx:



Están especialmente preocupados por su **SALUD MENTAL**.



Se encuentran muy **vinculados y apegados al NÚCLEO FAMILIAR**. La familia es, hoy en día, un espacio de protección y seguridad incuestionable.



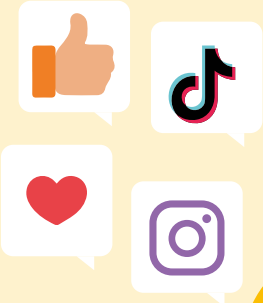
Consideran de **gran valor** personal y social tener **ESTUDIOS UNIVERSITARIOS**

Están muy preocupados por su **FUTURO**, desde todos los puntos de vista, lo que los lleva a gestionar con dificultad las expectativas de vida.

Presentan una gran **DESCONEXIÓN** con muchos de los elementos que conforman su realidad social, con un especial **desapego por la política y la participación**.



Consumen en exceso **REDES SOCIALES VIRTUALES** y son claramente conscientes de ello, incluso de los riesgos que supone para su equilibrio personal y mental.



Usan las redes virtuales, principalmente **para ligar, saber qué hacen las personas famosas y para sentirse integrados** socialmente.

♥ **LIGAR** 👁️ **FAMOSOS**  
🔗 **INTEGRACIÓN**

Tienen problemas generalizados de **ansiedad, de afrontamiento de su realidad** más cotidiana y un alto **riesgo depresivo** y de **desadaptación social**.



Los principales **síntomas psicopatológicos** están relacionados con alteraciones nerviosas, del estado de ánimo, la tristeza, las obsesiones y la dificultad para tomar decisiones importantes.



Consideran mayoritariamente que la **crisis** pandémica y post-pandémica, y la situación social actual, han **empeorado sus expectativas vitales**.

Tienen una **baja tolerancia a la frustración**.



Presentan indicadores similares a otros estudios sobre jóvenes en relación con **conductas e ideaciones suicidas**. Las mujeres, el grupo de 18 a 20 años y quienes se identifican con otro género distinto al masculino y femenino son los que manifiestan mayores factores de ideación suicida.

Presentan una **significativa diferencia, según el sexo**, en la determinación de sus problemas personales: las mujeres se ven más afectadas en cuanto a problemas emocionales, conductuales y problemas con iguales; los hombres, se ven más afectados en cuanto a la gestión de su actividad y la agresividad.

## DIFERENCIAS POR SEXO:

♀ **PROBLEMAS EMOCIONALES**   
♂ **GESTIÓN DE LA AGRESIVIDAD**

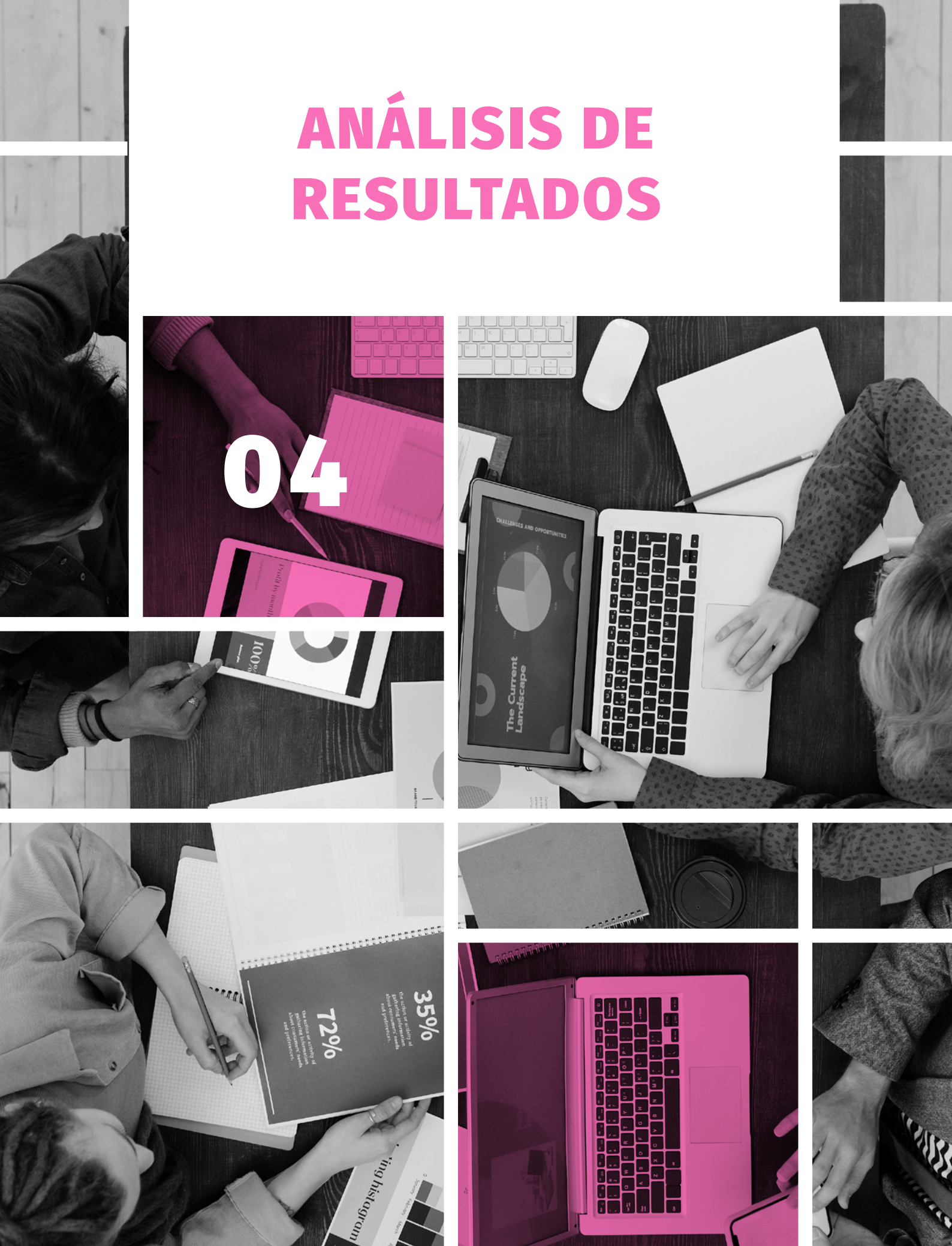
18-20 AÑOS

GÉNERO ≠

Jóvenes que se **identifican con otro género diferente** al masculino y femenino, presentan **mayores afectaciones** en problemas emocionales, conductuales, de personalidad y de relación con los iguales.

# ANÁLISIS DE RESULTADOS

04



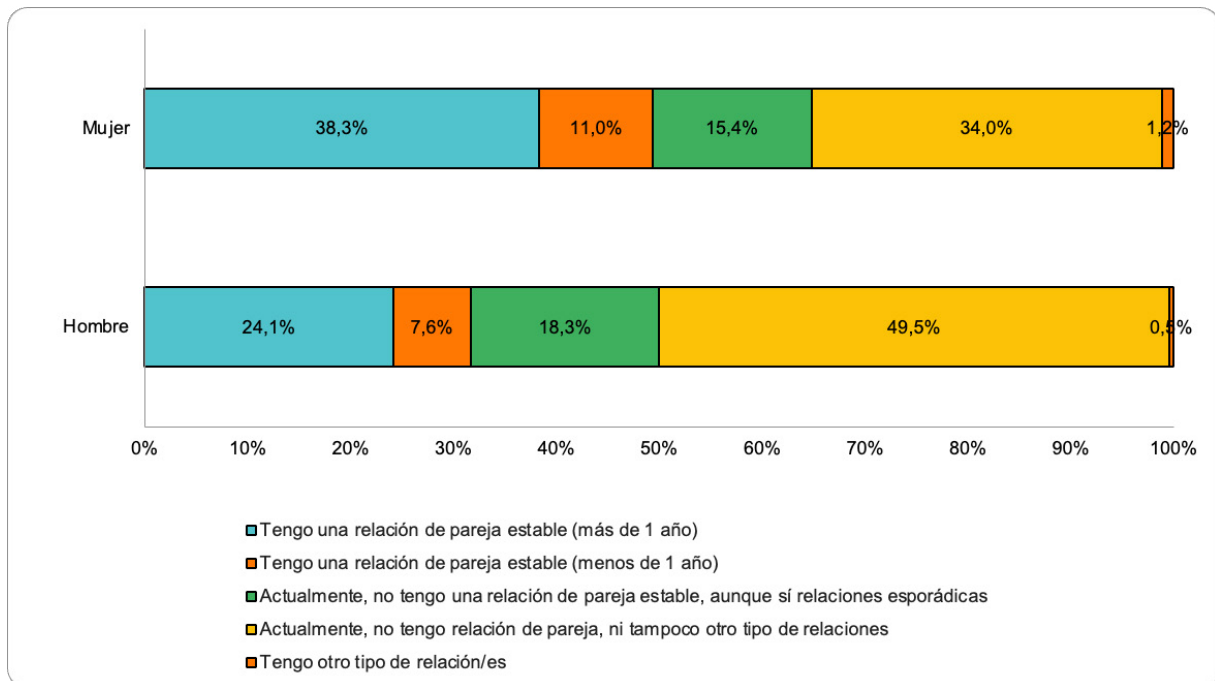
## 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERSONALES

### 4.1.1. Relaciones personales.

En cuanto a la **relación de pareja**, un 44,5% tiene una relación estable y un 38,3% no tiene ninguna relación de pareja, mientras que un 16,2% afirma tener relaciones esporádicas. Se puede afirmar, por tanto, que, en lo relativo a relaciones afectivo-emocionales, mayoritariamente, o bien se tiene una pareja estable, desde el punto de vista tradicional, o bien no se tiene pareja.

Desagregando estos datos por sexo, encontramos una clara diferencia, ya que el 38,3% de las mujeres se encuentran en una relación de pareja estable (más de un año), frente al 24% de los hombres; sin embargo, este dato se invierte cuando se hace referencia al hecho de “no tener pareja ni tampoco otro tipo de relaciones”, en el que un 49,5% son hombres, frente al 34% de las mujeres.

Gráfica 1. Relación de pareja y sexo.



Fuente: elaboración propia.

Para conocer en profundidad la realidad de nuestro estudiantado y los factores que pueden influir en la consecución de un adecuado bienestar psicológico es importante conocer los vínculos que establecen en sus círculos sociales más cercanos, como son **la familia y los amigos**. Para ello, se ha analizado el grado de importancia que tienen estos núcleos en su vida cotidiana, la satisfacción que les produce, la influencia que ejercen en su día a día y el grado de felicidad que les aportan.

**Tabla 1. Variables relacionadas con familia y amigos.**

	Familia			Amigos		
	Alta	Normal	Baja	Alta	Normal	Baja
Importancia	90,30%	7,10%	2,60%	79,20%	17,10%	3,70%
Satisfacción	72,60%	18%	9,40%	68,30%	22,40%	9,20%
Influencia	69,20%	22,70%	8,10%	43,60%	37,90%	18,50%
Felicidad	78,30%	14,90%	6,90%	68%	22,10%	10%

*Fuente: elaboración propia.*

Como se refleja en los datos, la **familia** ocupa un lugar claramente destacado en la vida cotidiana de nuestros estudiantes, en todas las variables analizadas, Importancia, Satisfacción, Influencia y Felicidad, hasta el punto de que puede decirse que la unidad familiar es, hoy día, la red social más importante en el conjunto de sus vidas, eso sí, con matices importantes en cuanto a las relaciones familiares. Del mismo modo, se constata que el círculo de **amigos** es el otro núcleo fundamental en el devenir diario de sus vidas, con unas consideraciones similares, aunque algo inferiores, a las que tienen respecto de la familia, pero con una evidente importancia a la hora de relacionarse socialmente.

“

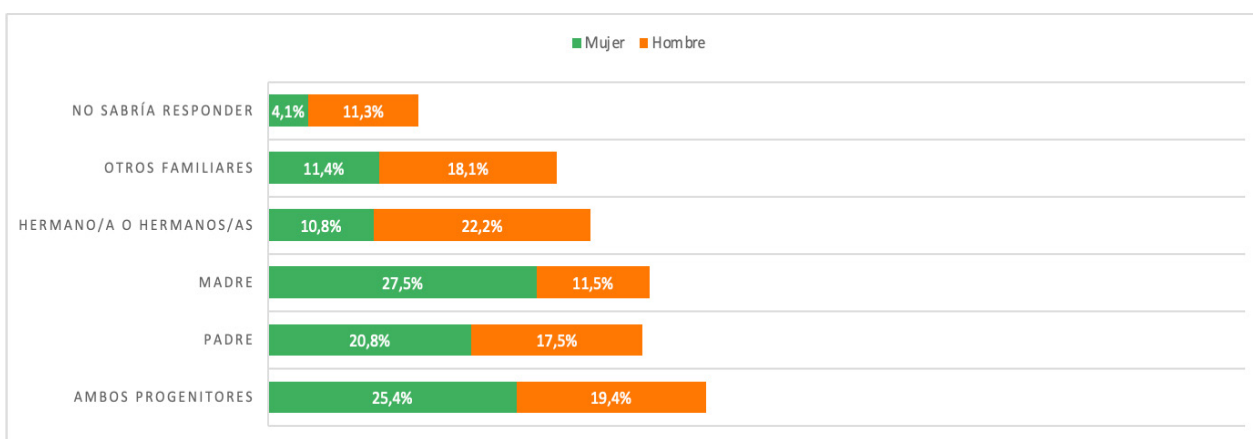
*La familia ocupa un lugar claramente destacado en la vida cotidiana de nuestros estudiantes, en todas las variables analizadas, Importancia, Satisfacción, Influencia y Felicidad, hasta el punto de que puede decirse que la unidad familiar es, hoy día, la red social más importante en el conjunto de sus vidas.*

”



Por otro lado, en referencia a las relaciones familiares, casi el 40% reconoce tener problemas –o haber tenido– que, en algunas ocasiones, han condicionado su vida actual, de tal manera que hasta un 13,2% indica que esos problemas son muy habituales. Estas circunstancias se suelen dar con ambos progenitores en un 23,8% de los casos. En este punto es importante destacar el dato obtenido atendiendo al sexo, pues en las mujeres el conflicto suele darse con ambos progenitores en un 25,4% de los casos, o bien con la madre en un 27,5%, o bien con el padre en un 20,8%; en cambio, en los hombres el porcentaje desciende en todos los casos, así, en cuanto a problemas con ambos progenitores, se da en un 19,4% de los casos, con el padre en un 17,5% y con la madre en un 11,5%; por otro lado, es llamativo también que, en el caso de problemas con los hermanos, los conflictos llegan hasta un 22,2% en el caso de los hombres y a un 10% en el caso de las mujeres.

**Gráfica 2. Personas con las que se dan los problemas en la familia.**



*Fuente: elaboración propia.*

#### 4.1.2. Problemas e intereses

Es necesario destacar la percepción que tiene el estudiantado de la UEx acerca de los principales problemas que afectan a las personas jóvenes en la actualidad, ya que no solo se trata de una visión subjetiva sobre su realidad más cercana, sino que puede ser fruto también de la proyección que hacen acerca de su futuro más inmediato, sobre todo, relacionado con la formación superior que están recibiendo. Los cinco principales problemas en los que coinciden más de un 50% de los encuestados, *como problemas totalmente importantes* son:

- Dificultad para emanciparse y tener una vida independiente.
- Problemas psicológicos y emocionales.
- Dificultad para acceder a una vivienda.
- Desempleo, dificultad para acceder a un primer empleo, acceso únicamente a empleos precarios, etc.
- Incertidumbre y desánimo con el futuro.

Es muy significativo, por ser parte central de este estudio, que dos de estos cinco problemas principales no sean cuestiones tangibles relacionadas con elementos objetivos de su vida (como son poder tener una vida independiente, fundamentalmente desde el punto de vista económico, poder acceder a una vivienda o tener un empleo digno, entre otras), sino a cuestiones subjetivas e intangibles que tienen que ver con un desarrollo equilibrado de su personalidad y de su *estar en el mundo*. De hecho, el segundo problema que perciben nuestros estudiantes como un conflicto muy importante en su vida actual son los *problemas psicológicos y emocionales*.

**Tabla 2. Principales problemas que tienen las personas jóvenes en la actualidad.**

	<b>Nada importante</b>	<b>Poco importante</b>	<b>Normal</b>	<b>Bastante importante</b>	<b>Totalmente importante</b>
<b>Dificultad para emanciparse y tener una vida independiente</b>	1,2%	3,2%	8,9%	25,6%	61,1%
<b>Problemas psicológicos y emocionales</b>	1,4%	3,7%	10,5%	26,6%	57,8%
<b>Dificultad para acceder a una vivienda, carestía, etc</b>	1,4%	2,9%	11,7%	26,7%	57,3%
<b>Desempleo, dificultad para acceder a un primer empleo, acceso únicamente a empleos precarios, etc.</b>	0,7%	2,5%	9,2%	30,4%	57,2%
<b>Incertidumbre y desánimo con el futuro</b>	1,2%	4,3%	14,4%	30,4%	49,8%
<b>Dificultad para encontrar empleos relacionados con los estudios cursados</b>	0,7%	4,1%	16%	38%	41,2%
<b>Dependencia de las redes sociales virtuales</b>	2,3%	7,3%	17,1%	33,1%	40,2%
<b>Falta de una adecuada educación sexual y afectiva</b>	4,3%	9,3%	16,8%	30,5%	39%
<b>Dificultad para formar una familia</b>	3%	10,5%	26,7%	26,3%	33,4%
<b>Falta de una adecuada orientación educativa y profesional</b>	2%	6,9%	21%	37,1%	33,1%
<b>Falta de valores y educación cívica</b>	5,1%	14%	25,7%	26,3%	29%
<b>Consumo de drogas</b>	6,6%	14,4%	26,4%	25,8%	26,7%
<b>Inmadurez e irresponsabilidad</b>	5,4%	14,9%	27,4%	29,5%	22,8%
<b>Las relaciones con los progenitores</b>	5,5%	16%	35,3%	24%	19,1%
<b>Excesiva libertad y permisividad</b>	14,6%	26%	30,7%	18%	10%

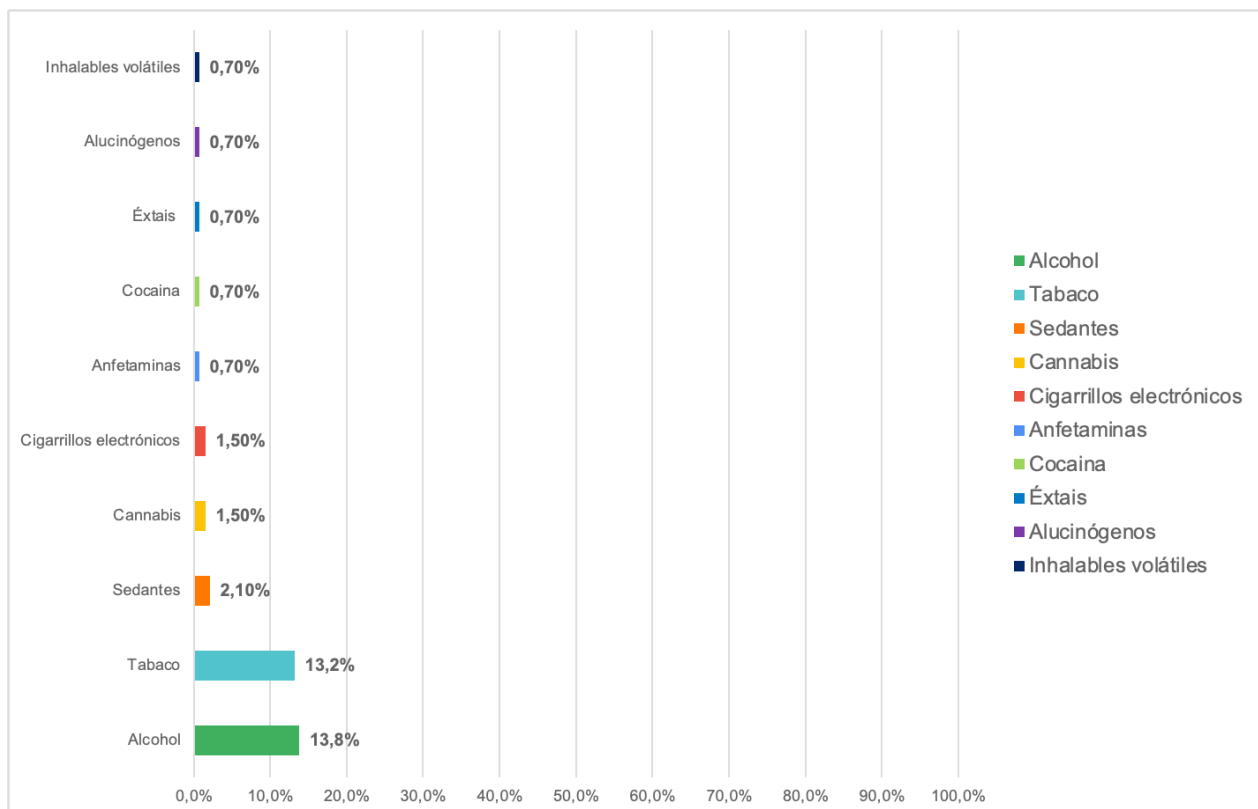
Fuente: elaboración propia.



En el otro lado de la balanza, los problemas que tienen una consideración “normal” son las relaciones con los progenitores y el exceso de libertad y permisividad. Reseñar también que en relación con el consumo de sustancias psicoactivas no se obtiene un consenso claro, aunque mayoritariamente es considerado un problema bastante, o totalmente, importante (52,5%); sin embargo, para el 26,4% se trata de un problema normal, mientras que no lo considera un problema hasta el 21% de las personas encuestadas.

En relación con esta última cuestión, se hace necesario exponer y analizar, al menos de forma descriptiva, la **frecuencia en el consumo de sustancias**, ya que puede tratarse de una variable que afecte de manera determinante al bienestar psicológico y la salud mental de quienes las consumen. Si bien, las sustancias más consumidas diariamente son el alcohol (13,8%) y el tabaco (13,25), lo cual podría considerarse normal, de acuerdo con los patrones socioculturales de ocio y consumo entre la juventud, llama poderosamente la atención que, a continuación, se sitúe el consumo diario de sedantes –hasta un 2,1%–, lo cual refleja una realidad preocupante en cuanto al equilibrio personal de quienes han participado en este estudio. Tras estas sustancias, se sitúa el consumo diario de cannabis y de cigarrillos electrónicos y, en mucha menor medida, otras sustancias.

**Gráfica 3. Consumo (diario) de sustancias.**

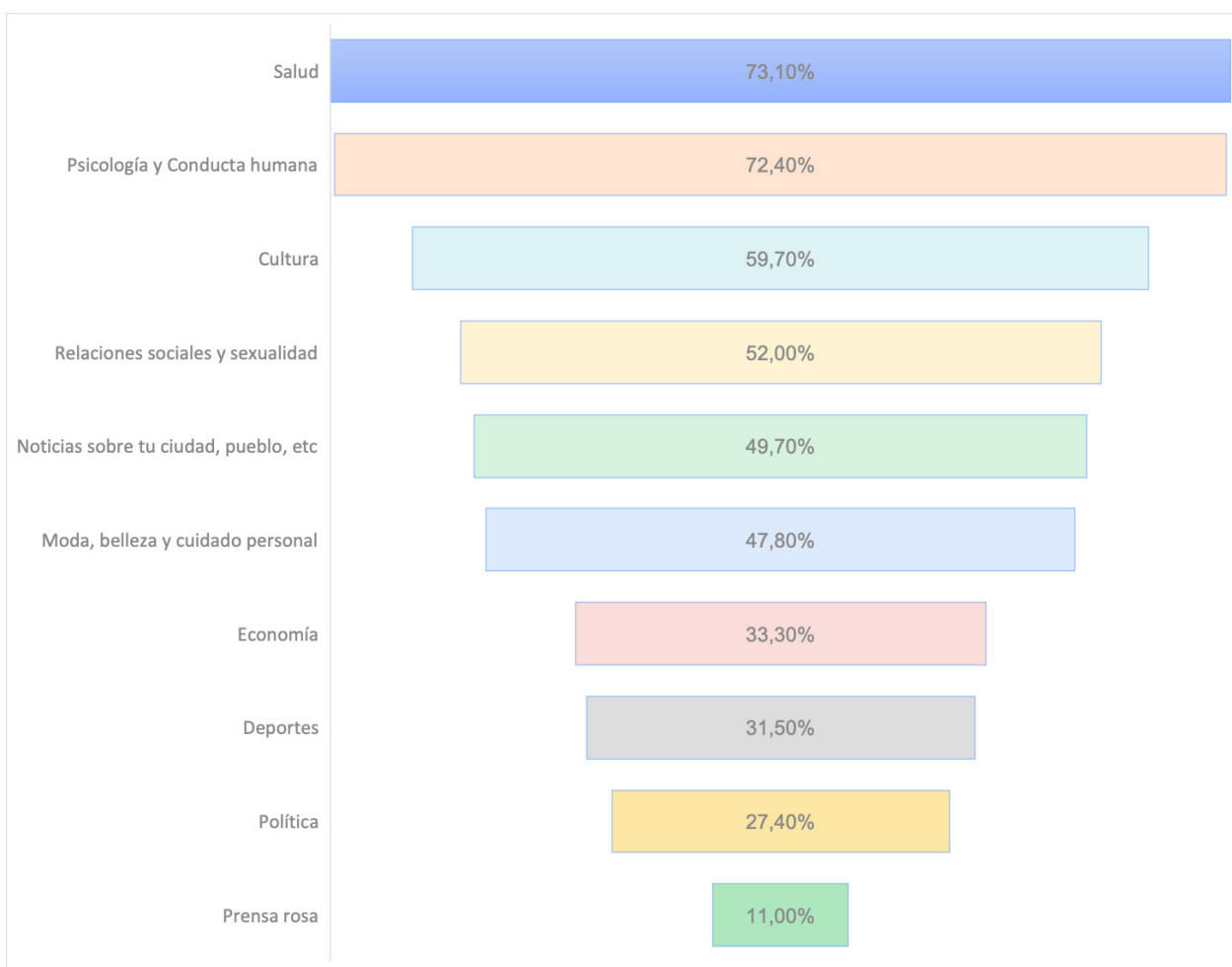


*Fuente: elaboración propia.*

En cuanto a los **temas de interés** por estar informados que el estudiantado extremeño manifiesta, los resultados obtenidos en esta cuestión parecen coherentes con el hecho de que sean los problemas psicológicos y emocionales una de las principales preocupaciones que tienen en su día a día; de esta forma, son la **salud**, en general, y la **psicología y conducta humana** los focos de interés principal para ellas y ellos, seguidos por **contenidos culturales**, así como por temáticas relacionadas con las **relaciones sociales y la sexualidad**.

En el otro extremo, los temas que parecen interesarles menos son la **prensa rosa** y la **política**, por ese orden. Si tenemos en cuenta la distribución de temas de interés según el sexo, observamos que las mayores diferencias se encuentran en los contenidos relativos al **deporte**, donde los hombres se sitúan muy por encima de las mujeres, y en los contenidos referidos a la moda, belleza y cuidado personal, donde se da una relación inversa.

**Gráfica 4. Interés por información general.**

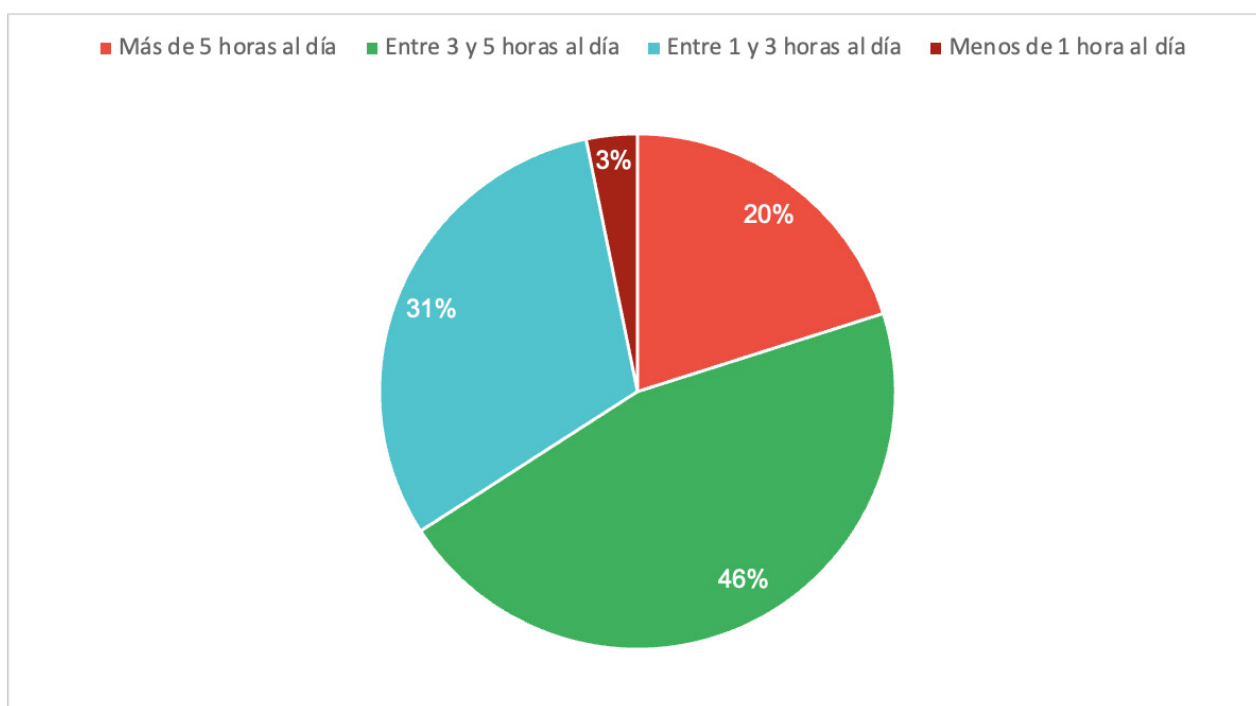


*Fuente: elaboración propia.*

### 4.1.3. Redes sociales virtuales

En el presente estudio se hace un especial análisis sobre la utilización y relación que mantienen las y los estudiantes con las redes sociales virtuales, sobre todo, teniendo en cuenta las implicaciones que este uso pueda tener en su bienestar psicológico y su salud mental. Se valoran, para ello, la frecuencia de uso, el tipo de red social y las motivaciones, como factores fundamentales para entender esta relación y para comprender los procesos de comunicación y de relaciones personales que establecen. En cuanto a la **frecuencia de uso**, el 46% reconoce dedicar entre 3 y 5 horas al día a las redes sociales y un 20% dedica más de 5 horas, lo que supone que dos tercios del estudiantado extremeño dedica más de 3 horas al día en el empleo de redes sociales; esto implica que, a su vez, ocupan un tercio diario del tiempo que están activos al uso de este tipo de medios de comunicación. En el otro extremo, sólo el 3% reconoce dedicar menos de una hora al día y un 31% lo hace entre 1 y 3 horas.

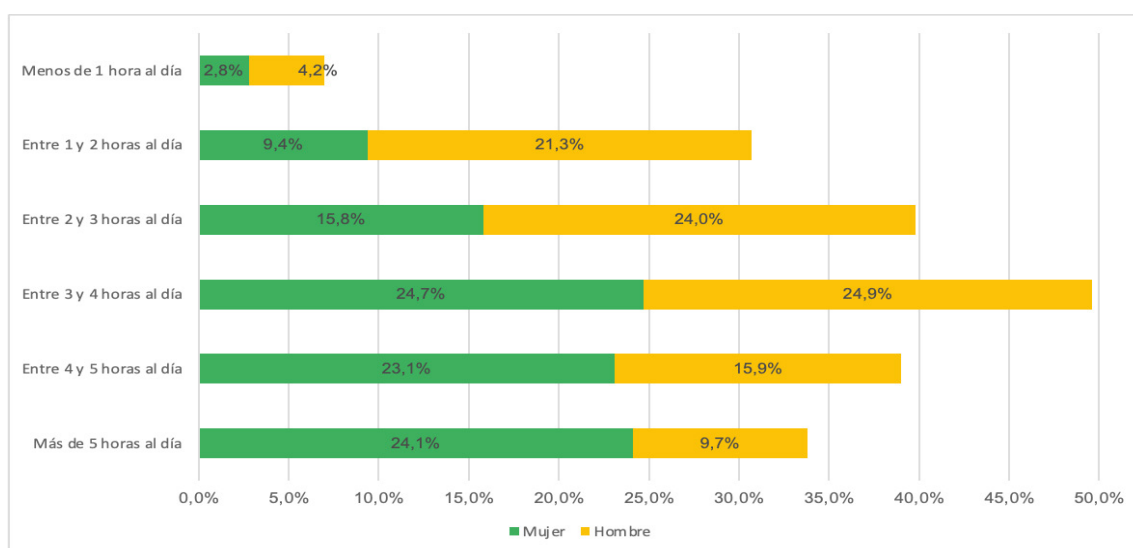
**Gráfica 5. Frecuencia de uso diario de redes sociales.**



*Fuente: elaboración propia.*

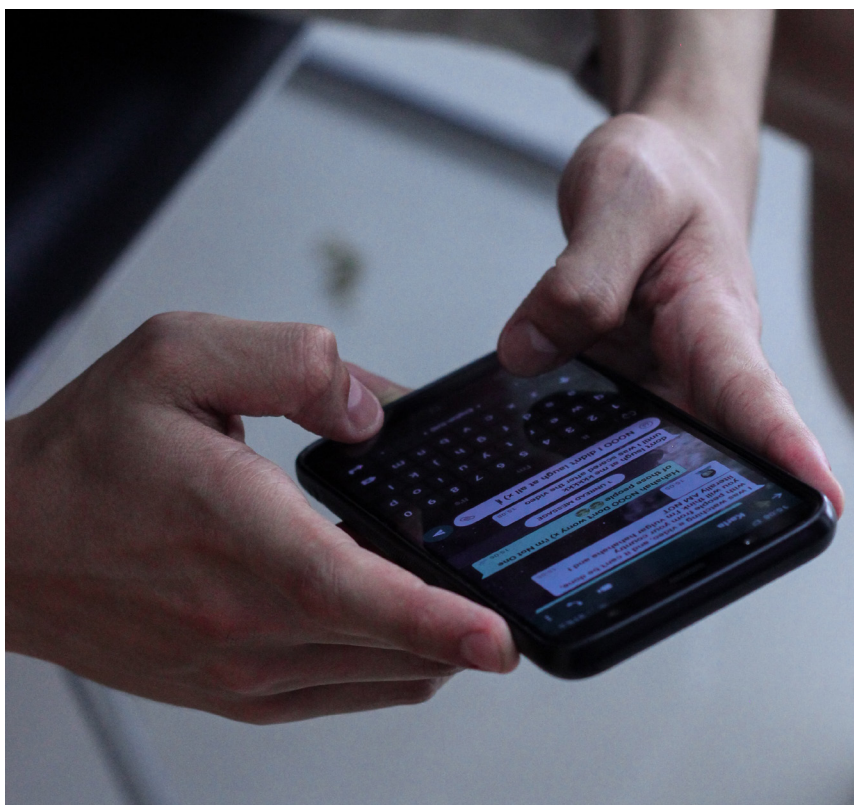
En relación con esta variable, se observa un claro sesgo de género, ya que son las mujeres las que reconocen consumir redes sociales más que los hombres, sobre todo en los periodos de tiempo más altos, tal y como se puede comprobar en la Gráfica 6, -24,1% frente 9,7% en el consumo de más de 5 horas al día y 23,1% frente 15,9% en el consumo de entre 3 y 5 horas al día.

**Gráfica 6. Frecuencia de uso diario de redes sociales según el género.**



*Fuente: elaboración propia.*

En cuanto al **tipo de red social** más utilizado y su frecuencia de uso, los datos reflejan que **Whatsapp**, aunque no se trata propiamente de una red social como tal, sino de un servicio de mensajería, se ha convertido en un espacio indispensable para la comunicación y el contacto entre ellos y ellas. Podría decirse que, actualmente, adolescentes y jóvenes han encontrado un “territorio principal de convivencia” en este espacio virtual, en el que no solo hay una comunicación directa entre personas, sino a través de una gran diversidad de grupos que generan una suerte de red en la que la comunicación es inmediata y se comparte una gran cantidad de contenido.



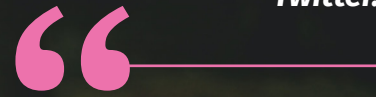
“

*La red social más utilizada es Whatsapp, que, aunque no se trata propiamente de una red social como tal, sino de un servicio de mensajería, se ha convertido en un espacio indispensable para la comunicación y el contacto entre ellos y ellas.*

”



**Tras Whatsapp, hay una especial preferencia por Instagram, seguida de Youtube, Tik Tok y Twitter.**



En la Tabla 3 se pueden comprobar las frecuencias de uso de las principales redes sociales que siguen, en frecuencia de uso, a Whatsapp, con una especial preferencia por **Instagram** que es, claramente, la red social que más consumen los y las estudiantes de la UEx; a una cierta distancia de ésta, se sitúan **Youtube, Tik Tok y Twitter**, con una distribución de frecuencia similar y que, todas en conjunto, pueden considerarse los principales espacios de convivencia, digital y virtual, en los que contacta y se comunica la inmensa mayoría de las personas objeto de este estudio, visualizando y compartiendo contenidos audiovisuales, principalmente.

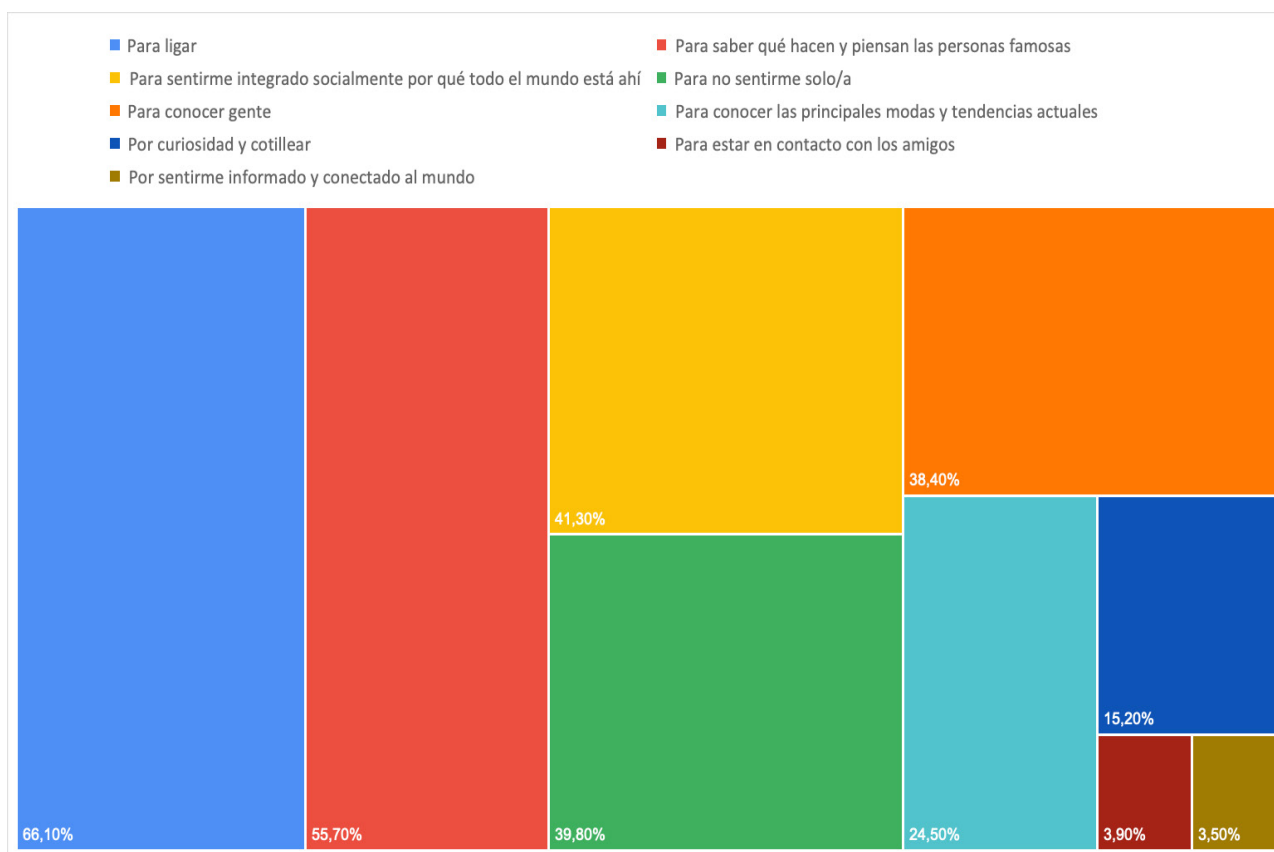
**Tabla 3. Tipo de red social y frecuencia de uso.**

	Muy frecuente	Frecuente	Nada frecuente
<b>Whatsapp</b>	95,6%	2,4%	2%
<b>Instagram</b>	83,7%	6,1%	10,1%
<b>Youtube</b>	53,6%	19,3%	27%
<b>Tiktok</b>	50,7%	7,4%	42%
<b>Twitter</b>	43,5%	8,9%	47,6%
<b>Facebook</b>	12,2%	7,6%	80,1%
<b>Twitch</b>	9,4%	7,9%	82,6%
<b>LinkedIn</b>	4,3%	5,3%	90,4%
<b>Tinder</b>	1,5%	1,9%	96,7%

*Fuente: elaboración propia.*

Una cuestión clave en el análisis del consumo de redes sociales son las **motivaciones** de este, fundamentales para entender el excesivo uso que se ha podido constatar. En este sentido, no deja de sorprender que el principal motivo para este consumo sea el de **ligar** (un 66,1%), entendido, quizá, como la intención de “relacionarse” en un espacio que facilita una comunicación poco profunda y la posibilidad de estar pendiente de personas que puedan gustarles, conociendo aficiones o gustos sin que sea necesario un contacto estrecho o un mayor compromiso. A continuación de aquel, se sitúa **saber qué hacen y piensan las personas famosas** (un 55,7%), que, sobre todo, sería un seguimiento de personajes públicos que se han convertido en una referencia muy importante para ellos y ellas, desde muchos puntos de vista. Es importante destacar también que hasta un 41,3% indica que utilizan las redes sociales para **sentirse integrados socialmente, porque todo el mundo está ahí**, o que un 39,8% las emplea para **no sentirse solos/as** y, coincidiendo con estos motivos, un 38,4% afirma que las usa **para conocer gente**. En el extremo opuesto se sitúan motivos como **para estar en contacto con los amigos** (un 3,9%) y **para sentirse informado y conectado al mundo** (un 3,5%).

**Gráfica 7. Motivos para usar redes sociales.**



Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, cabe resaltar una serie de consideraciones que los y las estudiantes de la UEx hacen en cuanto a la utilización de las redes sociales y que nos permite comprobar su identificación y vinculación con las mismas:

- Hasta un 69,8%, considera –bastante o totalmente– que el uso de redes sociales puede generar problemas psicológicos o de comportamiento.
- Un 33,9% considera –bastante o totalmente– que las redes sociales tienen una gran influencia en sus vidas y un 34,2% indican que tienen una influencia normal.

Mientras que, en una posición opuesta:

- Hasta un 66,4% considera –nada o poco– que las redes sociales sean un elemento fundamental en sus vidas para sentirse felices.
- Un 57,3% considera –nada o poco– que las redes sociales les genere confianza y que les aporte veracidad en cuanto a la información que circula en ellas.

En el mismo sentido de estas consideraciones, cabe resaltar la dificultad que parecen tener las personas encuestadas para desvincularse del consumo de redes sociales. Así, mientras que sólo un 17,5% afirma que **podría prescindir de ellas sin problema**, un 30,2% indica que **se lo ha planteado alguna vez, aunque no ha llegado a hacerlo**, un 24,2% afirma que se ha planteado **dejar de usarlas durante algún tiempo, pero que volvería a utilizarlas**, un 17,8% **no se ha planteado en ningún momento prescindir de su uso**, y un 5,8% reconoce que, **de ninguna manera, podría vivir sin redes sociales**.



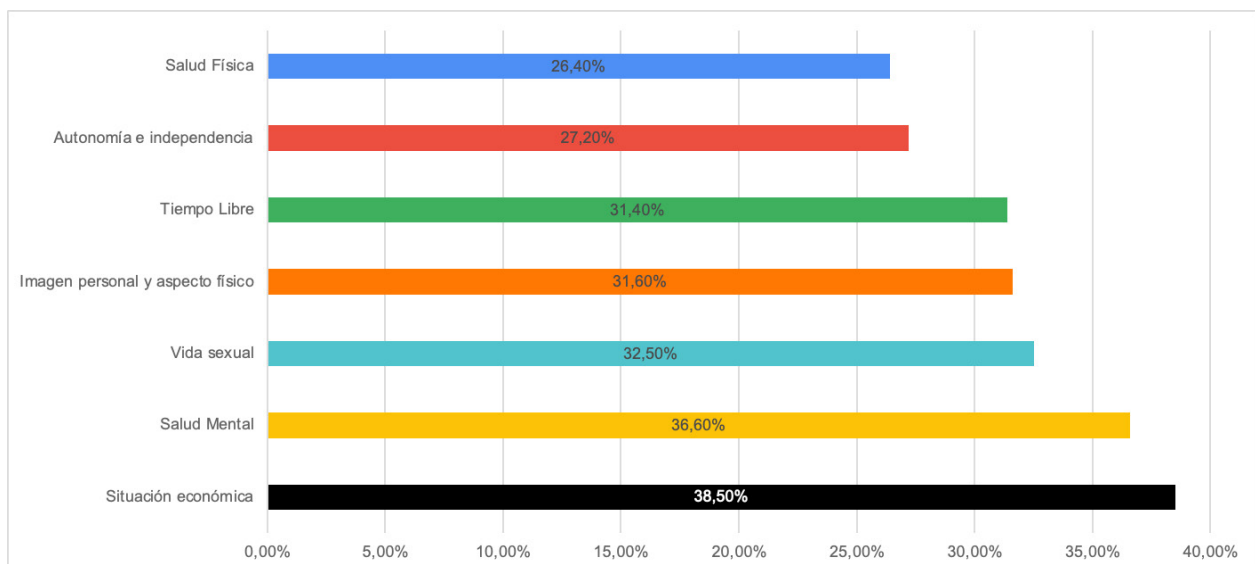
## 4.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL

### 4.2.1. Factores que afectan al bienestar psicológico y la salud mental

Para determinar los elementos que tienen una implicación principal en la consecución de un correcto bienestar psicológico y, con ello, unos parámetros adecuados en relación con la salud mental, se demandó a las personas objetivo del estudio acerca del **grado de satisfacción sobre diferentes aspectos de su vida**, como son la salud física, la salud mental, la vida sexual, la imagen personal y el aspecto físico, su situación económica, su autonomía e independencia y el tiempo libre del que disponen.

En la Gráfica 8 se puede comprobar los aspectos de su vida cotidiana con los que menos satisfechos se sienten, que son su **situación económica**, su **salud mental** y su **vida sexual**. Por otro lado, aquellas cuestiones con las que se sienten más satisfechos son las referidas a su **salud física**, su **autonomía e independencia** y el **uso del tiempo libre**.

Gráfica 8. Valoración de aspectos de su vida cotidiana.



Fuente: elaboración propia.

También se aporta en este análisis, la valoración sobre los **aspectos que más felices les hacen** en su vida cotidiana, en íntima relación con factores que favorecen una gestión emocional eficiente que permita un adecuado bienestar psicológico; entre los aspectos que les hacen más felices –bastante o mucho– se encuentran:

- Disfrutar del tiempo libre o de ocio (un 85,9%).
- Tener una buena salud física y mental (un 81%).
- La familia (un 78,1%).
- Los amigos/as (76,5%).



Por otro lado, los aspectos que menos felices les harían –poco o nada– son:

- No hacer nada (un 50,4%).
- La vida universitaria (un 27,2%).
- Su vida sexual (un 26,3%).
- La imagen personal y aspecto físico (21,8%).

Como se indicaba en la introducción de este estudio, un hecho fundamental que ha afectado a la salud mental de la práctica totalidad de la población, pero con una especial incidencia en la población joven, han sido las repercusiones de la crisis sociosanitaria como consecuencia de la pandemia por **COVID-19**. Por ello, no podía dejar de someterse a análisis aquellos aspectos que, a juicio, de los y las estudiantes de la UEx se han visto más alterados por esta situación. Así, de acuerdo con la percepción de las personas encuestadas, los aspectos de su vida cotidiana que se han visto más afectados –bastante o totalmente– son:

- La salud mental o bienestar psicológico (un 45,5%).
- Poder disfrutar del tiempo libre y ocio (un 35,6%).
- Las relaciones sociales en general (un 34,4%).
- Los hábitos de estudios también se han alterado para un 34,2%

En una posición contraria, aquellos aspectos que se ha visto menos afectados –poco o nada– son:

- La relación y convivencia con la familia (62,5%).
- La autonomía e independencia personal (58,4%).
- Los hábitos de alimentación (58,1%)
- La salud general (un 53,3%).

“

*Los aspectos que más felices les hacen en su vida cotidiana son disfrutar del tiempo libre o de ocio, tener una buena salud física y mental, la familia y los amigos/as*

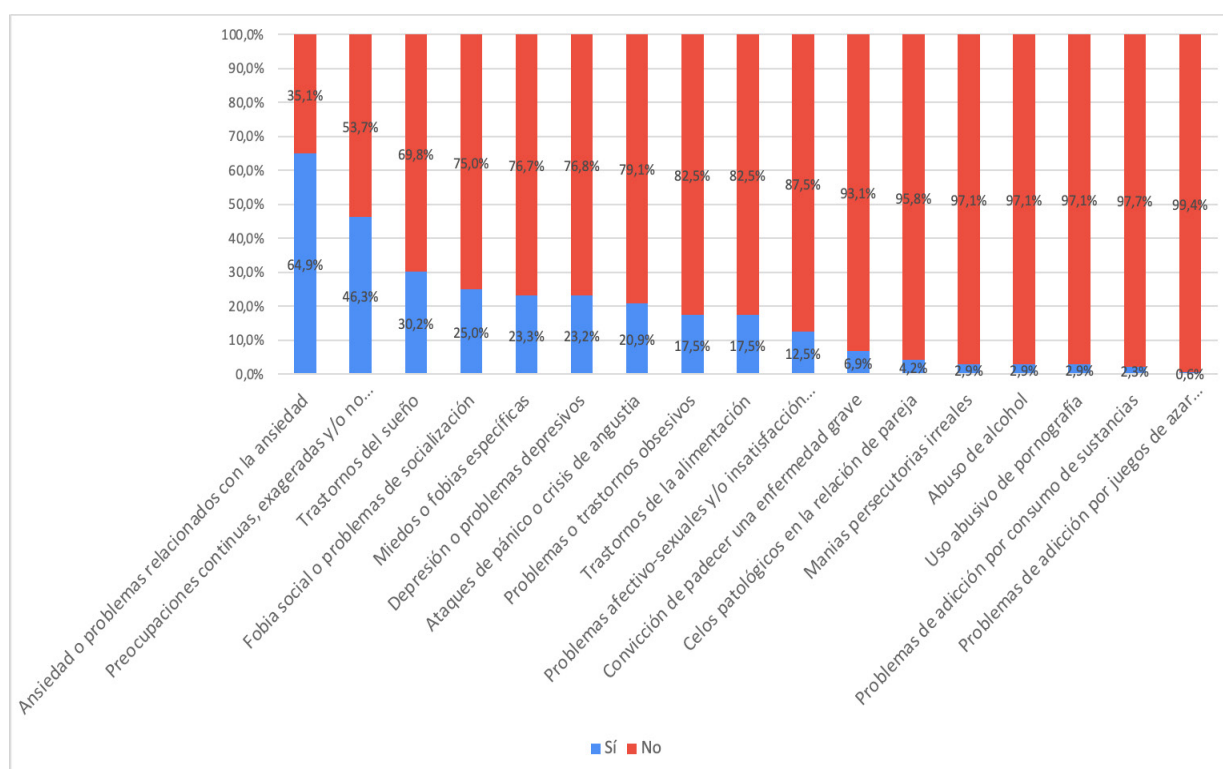
”



## 4.2.2. Percepción sobre la salud mental

En la Gráfica 9 se recoge la apreciación que tiene el estudiantado de la UEx sobre su salud mental, expresada de acuerdo con la percepción acerca de problemas o trastornos psicológicos. Como, en general, sucede con el conjunto del presente estudio, esta es la primera ocasión en que se tienen datos directos sobre las alteraciones psicológicas que presentan los y las estudiantes de la UEx, indicadas directamente por las personas afectadas que han podido, además, aportar sus impresiones y opiniones sobre esta materia tan crucial y perentoria en la actualidad. Los datos que se recogen muestran una realidad que debe abordarse con inmediatez y profesionalidad, de acuerdo con las peculiaridades y características de las personas que están viviendo estas alteraciones y, sobre todo, teniendo en cuenta el contexto educativo en el que se desenvuelven.

**Gráfica 9. Percepción sobre problemas o trastornos psicológicos.**



Fuente: elaboración propia.

**La ansiedad o los problemas relacionados con la ansiedad** son, sin duda, las perturbaciones de índole psicopatológica que se reconocen con mayor presencia en la vida cotidiana de las personas encuestadas. Se trata de un dato que genera una justificada alarma, ya que hasta un 64,9% afirma sufrir este tipo de problemas. En relación con ello, puede observarse en la Tabla 4, que hay un claro sesgo en relación con el género, ya que mientras que un 81,5% de las mujeres afirman padecer problemas de ansiedad, tan solo un 18,5% de los hombres indican lo mismo.



“ **La ansiedad es, sin duda, la perturbación de índole psicopatológica que se reconoce con mayor presencia en la vida cotidiana de las personas encuestadas. Se trata de un dato que genera una justificada alarma, ya que hasta un 64,9% afirma sufrir este tipo de problemas.** ”

Las **preocupaciones continuas, exageradas y/o no realistas** –un 46,3%– suponen también una perturbación de considerable afectación y debe interpretarse, más que como un trastorno, como un problema íntimamente ligado a la ansiedad. En este caso, la desagregación por género sigue el mismo patrón que el anterior, ya que afecta a un 79,5% de las mujeres, frente al 20,5% de los hombres.

También relacionado con las alteraciones indicadas previamente, los **trastornos del sueño** se presentan como un problema presente en un alto porcentaje de la muestra, el 30,2%. E igualmente, la distribución por género evidencia una clara diferencia, afectando al 77,2% de las mujeres, frente al 22,8% de los hombres.

Problemas de **fobia social o de socialización** (25,0%), **miedos o fobias específicas** (23,3%) y **crisis de angustia** (20,9%), así como **problemas o trastornos obsesivos** (17,5%), se presentan como perturbaciones psicopatológicas que, aunque no suponen unos registros elevados si se comparan con los anteriores, sí resultan ciertamente altos teniendo en cuenta las características propias de una población joven, que, habitualmente, no ha sufrido este tipo de problemas con una prevalencia tan marcada.

Mención aparte merece el dato relativo a la **depresión o problemas depresivos**, ya que hasta un 23,2% de las personas encuestadas afirman tenerlos. Siendo un dato bajo, en términos cuantitativos, es, desde luego, un porcentaje excesivamente elevado si tenemos en cuenta que hablamos de una población joven, comprendida entre los 17 y los 24 o 25 años, que, en principio, no debería presentar alteraciones depresivas de gran calado, de acuerdo con los estudios epidemiológicos de las últimas décadas. También en este caso la desagregación por género nos muestra una clara diferencia, alcanzando un 76,8% entre las mujeres, frente a un 23,2%.

En general, todos los problemas o trastornos percibidos presentan una distribución por género que sitúa a las mujeres en condiciones menos favorables que los hombres. Este es un hecho que requiere un análisis más profundo, ya que las variables que pueden influir en estos datos no solo pueden deberse a la propia percepción de los sujetos, sino que pueden estar determinadas por los procesos de enculturación y socialización que son vividos de manera diferente por hombres y mujeres. En cualquier caso, la presencia de problemas o trastornos psicopatológicos parecen afectar de una manera más insidiosa a las mujeres que a los hombres. Las únicas alteraciones en las que este patrón se invierte es en problemas percibidos en relación con el **uso abusivo de pornografía** (un 75,5% de los hombres, frente a un 25% de las mujeres), en **problemas de adicción por juegos de azar** (un 69,2% de los hombres por un 30,8% de las mujeres) y en **problemas por consumo de sustancias** (un 55,3% de los hombres, frente a un 44,7% de las mujeres); si bien, estos problemas tienen una incidencia muy baja entre los y las estudiantes.

**Tabla 4. Percepción sobre problemas o trastornos psicológicos.**

	Mujeres	Hombres
<b>Ansiedad o problemas relacionados con la ansiedad</b>	81,5%	18,5%
<b>Depresión o problemas depresivos</b>	76,8%	23,2%
<b>Problemas o trastornos obsesivos</b>	82,8%	17,2%
<b>Miedos o fobias específicas</b>	83,7%	16,3%
<b>Fobia social o problemas de socialización</b>	75,0%	25,0%
<b>Ataques de pánico o crisis de angustia</b>	87,4%	12,6%
<b>Preocupaciones continuas, exageradas y/o no realistas</b>	79,5%	20,5%
<b>Convicción de padecer una enfermedad grave</b>	70,4%	29,6%
<b>Manías persecutorias irreales</b>	78,3%	21,7%
<b>Problemas afectivo-sexuales y/o insatisfacción sexual</b>	64,2%	35,8%
<b>Celos patológicos en la relación de pareja</b>	80,2%	19,8%
<b>Trastornos del sueño</b>	77,2%	22,8%
<b>Trastornos de la alimentación</b>	83,7%	16,3%
<b>Abuso de alcohol</b>	66,7%	33,3%
<b>Problemas de adicción por consumo de sustancias</b>	44,7%	55,3%
<b>Problemas de adicción por juegos de azar</b>	30,8%	69,2%
<b>Uso abusivo de pornografía</b>	25,0%	75,0%

*Fuente: elaboración propia.*

#### 4.2.3. Diagnóstico de problemas o trastornos psicológicos

A fin de contrastar la información obtenida en el apartado anterior con información sobre diagnóstico profesional de problemas y trastornos psicológicos, se demandó a los participantes acerca de esta cuestión. De los 2.057 participantes en el estudio, se obtuvieron respuestas sobre 1.358 diagnósticos, algunos de ellos son indicados por la misma persona. El trastorno más diagnosticado –424 casos– es el de **Trastorno de Ansiedad Generalizada**, que supone un 20,7%, lo que determina que 2 de cada 10 estudiantes de la UEx tienen un diagnóstico en este sentido.

El segundo y el tercer trastorno que tienen un mayor diagnóstico son el **Trastorno Depresivo Persistente** (6,7%) y el **Trastorno Depresivo Mayor** (5,7%), que suman entre ambos un total de 256 casos y que suponen un 12,4% del conjunto de la muestra, lo que determina, en consonancia con el trastorno anterior, que 1 de cada 10 estudiantes de la UEx tienen un diagnóstico por depresión.

**Tabla 5. Diagnóstico profesional de trastornos y problemas psicológicos.**

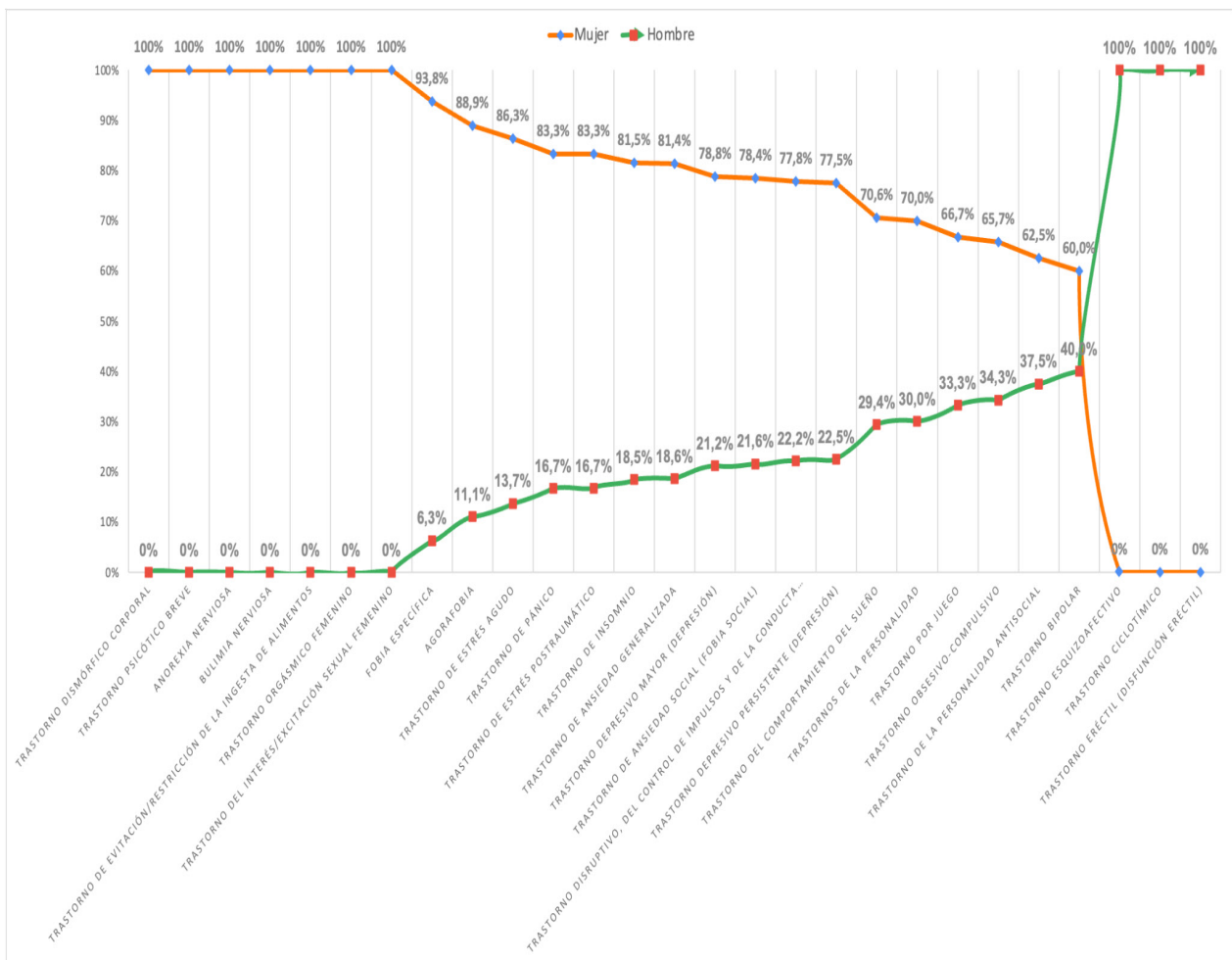
	Porcentaje	Casos
Trastorno de ansiedad generalizada	20,7%	424
Trastorno depresivo persistente (Depresión)	6,7%	138
Trastorno depresivo mayor (Depresión)	5,7%	118
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	4,7%	97
Trastorno de insomnio	3,9%	81
Trastorno obsesivo-compulsivo	3,3%	67
Trastorno del comportamiento del sueño	3,3%	68
Trastorno de estrés agudo	2,5%	51
Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos	2,2%	46
Trastorno de estrés postraumático	2,0%	42
Bulimia nerviosa	1,8%	37
Anorexia nerviosa	1,3%	27
Trastorno dismórfico corporal	1,2%	25
Trastornos de la personalidad	1,0%	20
Agorafobia	0,9%	18
Trastorno de pánico	0,9%	18
Fobia específica	0,8%	16
Trastorno de la personalidad antisocial	0,8%	16
Trastorno bipolar	0,5%	10
Trastorno del interés/excitación sexual femenino	0,4%	8
Trastorno disruptivo, del control de impulsos y de la conducta especificado	0,4%	9
Trastorno por consumo (alcohol, cannabis, opiáceos, estimulantes, etc.)	0,3%	6
Trastorno esquizoafectivo	0,2%	4
Trastorno orgásmico femenino	0,2%	4
Trastorno psicótico breve	0,1%	2
Trastorno eréctil (disfunción eréctil)	0,1%	2
Trastorno por juego	0,1%	3
Trastorno ciclotímico	0,1%	1
Trastorno psicótico inducido por sustancias	0%	0
Trastornos parafilicos (sexuales)	0%	0

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con estos datos, resulta especialmente importante tener en cuenta y analizar las diferencias significativas que se dan en función del género. Así, encontramos trastornos que únicamente se dan en mujeres como son el **Trastorno dismórfico corporal**, el **Trastorno psicótico breve**, la **Anorexia nerviosa**, la **Bulimia nerviosa**, los **Trastornos de evitación/restricción de la ingesta de alimentos**, el **Trastorno orgásmico femenino** o el **Trastorno del interés/excitación sexual femenino**. Por otro lado, resulta, de los datos obtenidos, que el **Trastorno Esquizoafectivo**, el **Trastorno Ciclotímico** y el **Trastorno Eréctil (disfunción eréctil)** se presentan únicamente entre los hombres.

También hay que reseñar que el trastorno más detectado, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, presenta una distribución por género con un claro sesgo femenino, ya que, entre las mujeres alcanzan un 81,4%, frente al diagnóstico de hombres que supone un 18,6%.

**Gráfica 10. Diagnóstico de trastornos y problemas psicológicos, según el género.**



Fuente: elaboración propia.

### 4.3. DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO LISTADO DE SÍNTOMAS BREVES (LSB-50)

Como se indicaba en el apartado 7.1., relativo a la descripción de los instrumentos clínicos utilizados en este estudio, el LSB-50 es una herramienta que pretende identificar y valorar síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. El cuestionario está constituido por 7 escalas principales (Sensibilidad obsesiva, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Sueño estricto y Sueño ampliada); 2 subescalas (Sensibilidad y Obsesión-compulsión) y 1 escala de Riesgo psicopatológico. Además, permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, Número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos), cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general (De Rivera y Albuin, 2012). Aunque su empleo en este estudio, al igual que en el caso de la PSS y del SDQ, debe entenderse como instrumento para llevar a cabo un análisis correlacional con las diferentes variables obtenidas, resulta interesante exponer aquí algunos de los resultados obtenidos con este instrumento de detección, aunque sea de manera sucintamente descriptiva.

De los 50 síntomas que componen esta prueba, destacan 5 que son reconocidos, por parte de las personas participantes en el estudio, como un especial sufrimiento psicológico y/o emocional y que son señalados como tal con una alta afectación –bastante o con mucha frecuencia–, que supera, en todos los casos, el 40% de los y las encuestados, estos son:

- ***Siento nerviosismo o agitación interior***
- ***Me siento triste***
- ***Doy vueltas a palabras que no consigo quitarme de la cabeza***
- ***Me cuesta tomar decisiones***
- ***Me siento decaído/a o falta/a de fuerzas***

De los cinco síntomas, los cuatro primeros implican una afectación que es superior a las otras categorías –Afectación moderada y Escasa afectación–. Si bien, el quinto síntoma presenta un alta y una escasa afectación en porcentajes iguales. Otros síntomas con una importante afectación, aunque con una distribución más normalizada, serían ***“Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago”*** (un 39,40%) o ***“Me preocupa la dejadez y el descuido”*** (un 38,0%). Cabe señalar que se trata de síntomas con un claro sesgo psicológico, mental o emocional, frente a sintomatología más orgánica o del funcionamiento. En el extremo contrario de los resultados, encontramos una serie de síntomas que tienen una afectación claramente menor y que no parecen suponer una perturbación psicopatológica importante entre el estudiantado, estos son:

- ***Me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien***
- ***Me da por gritar o tirar cosas***
- ***Me vienen ideas de acabar con mi vida***
- ***Me da miedo salir de casa solo/a***
- ***Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo***

**Tabla 6. Listado de Síntomas Breves. Resultados descriptivos.**

	<b>Alta afectación</b>	<b>Afectación moderada</b>	<b>Escasa afectación</b>
<b>4. Siento nerviosismo o agitación interior</b>	52,2%	20,4%	27,4%
<b>2. Me siento triste</b>	49,9%	19,7%	30,4%
<b>15. Doy vueltas a palabras o ideas que no consigo quitarme de la cabeza</b>	48,6%	18,8%	32,6%
<b>8. Me cuesta tomar decisiones</b>	47,8%	19,7%	32,5%
<b>12. Me siento decaído/a o falto/a de fuerzas</b>	40,2%	19,3%	40,5%
<b>7. Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago</b>	39,4%	18,2%	42,4%
<b>6. Me preocupa la dejadez y el descuido</b>	38,0%	23,4%	38,6%
<b>1. Mi corazón palpita o va muy deprisa</b>	37,5%	19,7%	42,8%
<b>11. Tengo dolores de cabeza</b>	33,7%	16,6%	49,7%
<b>9. Me irrito o enfado por cualquier cosa</b>	33,3%	23,3%	43,4%
<b>39. Lloro con facilidad</b>	31,9%	15,6%	52,5%
<b>16. Me siento incómodo/a o vergonzoso/a cuando estoy en reuniones o con gente</b>	30,9%	19,9%	49,1%
<b>13. Me despierto de madrugada</b>	30,4%	15,0%	54,6%
<b>27. Me cuesta dormirme</b>	29,4%	15,1%	55,5%
<b>14. Duermo inquieto/a o me despierto mucho por la noche</b>	28,7%	14,3%	57,0%
<b>49. Siento que todo requiere un gran esfuerzo</b>	27,4%	17,2%	55,4%
<b>28. Tengo sentimientos de culpa</b>	27,3%	14,7%	58,0%
<b>50. Tengo presentimientos de que va a pasar algo malo</b>	26,8%	13,6%	59,6%
<b>22. Me da miedo estar solo/a</b>	26,5%	15,5%	58,0%
<b>38. Me siento inferior a los demás</b>	26,0%	16,8%	57,2%
<b>40. Me siento solo/a aunque tenga compañía</b>	25,9%	14,2%	59,9%
<b>3. Tengo ganas de romper o destruir algo</b>	23,8%	19,3%	56,9%
<b>42. Me siento inútil o poco valioso/a</b>	23,3%	15,6%	61,1%
<b>24. Me siento incomprendido/a o no me hacen caso</b>	22,3%	16,6%	61,1%
<b>19. Tengo molestias digestivas o náuseas</b>	22,2%	13,7%	64,1%
<b>30. Me siento herido/a con facilidad</b>	21,9%	16,7%	61,4%
<b>21. Veo mi futuro sin esperanza</b>	21,0%	14,2%	64,8%



<b>37. Me siento solo/a</b>	20,9%	16,4%	62,7%
<b>31. Me siento incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas</b>	19,7%	14,9%	65,4%
<b>20. Siento hormigueo o se me duerme alguna parte del cuerpo</b>	19,4%	13,9%	66,7%
<b>5. Tengo mareos o sensaciones de desmayo</b>	18,9%	16,5%	64,6%
<b>26. Me parece que otras personas me observan o hablan de mí</b>	18,9%	13,7%	67,4%
<b>36. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que las hago bien</b>	18,8%	13,5%	67,7%
<b>33. Tengo manías como repetir cosas innecesariamente (tocar algo, lavarme, comprobar algo, etc.)</b>	18,7%	13,4%	67,9%
<b>32. No siento interés por nada</b>	18,3%	14,6%	67,0%
<b>46. Me dan ahogos o me cuesta respirar</b>	17,8%	12,5%	69,7%
<b>45. Tengo dolores en el corazón o en el pecho</b>	16,9%	13,4%	69,7%
<b>34. Me vienen ideas o imágenes que me dan miedo</b>	15,1%	9,1%	75,8%
<b>43. Me duelen los músculos</b>	14,6%	11,6%	73,8%
<b>44. Discuto con frecuencia</b>	14,4%	11,9%	73,7%
<b>18. Tengo miedo sin motivo</b>	14,1%	12,2%	73,7%
<b>29. Me siento incómodo/a comiendo o bebiendo en público</b>	13,9%	8,3%	77,8%
<b>10. Siento miedo en la calle o en espacios abiertos</b>	12,3%	10,9%	76,8%
<b>47. Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo</b>	10,4%	7,8%	81,8%
<b>35. Me siento temeroso/a</b>	8,8%	9,4%	81,8%
<b>17. Me vienen ideas de acabar con mi vida</b>	6,6%	6,4%	87,0%
<b>23. Tengo ataques de ira que no puedo controlar</b>	6,2%	8,0%	85,8%
<b>25. Me da miedo salir de casa solo/a</b>	6,0%	6,9%	87,1%
<b>48. Me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien</b>	4,3%	4,0%	91,7%
<b>41. Me da por gritar o tirar cosas</b>	3,3%	4,0%	92,7%

*Fuente: elaboración propia.*

#### 4.4. IDEACIÓN SUICIDA

La introducción de análisis sobre ideación suicida en el presente estudio responde a la necesidad de conocer la opinión y disposición del estudiantado de la UEx, en íntima relación con los constructos de bienestar psicológico y de salud mental en su conjunto. Los datos epidemiológicos en relación con el suicidio y la ideación suicida entre adolescentes y jóvenes, en los últimos años, muestran una realidad que debe ser abordada con rigor científico y con una intervención multidisciplinar que debe hacer partícipes a las familias, al sistema educativo, a los servicios sociales y al sistema sanitario. En este sentido, la institución universitaria debe ser un agente fundamental para el análisis de una realidad social que ha alcanzado datos realmente alarmantes; al mismo tiempo, debe promover iniciativas que, bajo una intervención comunitaria, afronten los problemas emocionales, psicológicos y mentales que puedan presentar sus estudiantes.

El presente estudio considera de gran importancia la difusión y el debate público de datos y cifras que revelen la realidad que se está produciendo en torno al suicidio y la ideación suicida, tomando como base análisis e investigaciones realizadas con rigor científico y posibilidades de contrastación, sin participar en opiniones o interpretaciones subjetivas que no aporten conocimiento sobre este problema. Por ello, se planteó al estudiantado de la UEx la cumplimentación de un instrumento de medida, ampliamente utilizado en el ámbito clínico y en otros ámbitos de evaluación, que permitiera una aproximación a las disposiciones e ideas que se tiene en torno a las conductas e ideas suicidas.

“

*La institución universitaria debe ser un agente fundamental para el análisis de una realidad social que ha alcanzado datos realmente alarmantes; al mismo tiempo, debe promover iniciativas que, bajo una intervención comunitaria, afronten los problemas emocionales, psicológicos y mentales que puedan presentar sus estudiantes.*

”



#### 4.4.1. Escala Paykel de Ideación suicida (PSS)

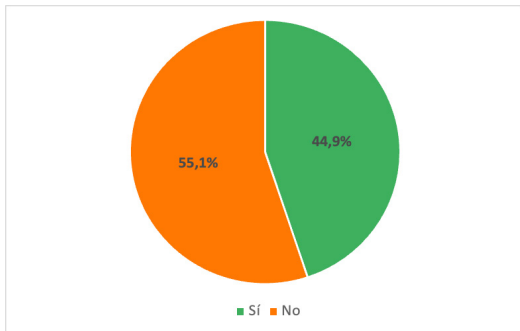
En el apartado 7.1. del estudio se indican las características principales de este instrumento de medición de la intención suicida en adultos. Efectivamente, la PSS es una herramienta diseñada originalmente para la evaluación de diferentes manifestaciones de la conducta suicida en población clínica. Está constituida por cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente). A nivel teórico, mayores puntuaciones indican mayor gravedad. El marco temporal se refiere al último año vivido. La escala ha sido validada en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Su ventaja principal es la sencillez y brevedad en la contestación. La PSS se pueden utilizar como instrumento de evaluación o como herramienta de cribado de ideación suicida en diferentes entornos de evaluación.

Los resultados obtenidos concuerdan, en términos generales, con análisis, estudios e informes actuales sobre las conductas autolíticas y la ideación suicida entre jóvenes y adolescentes. Los cinco ítems de la escala son planteados de menor a mayor afectación, de acuerdo con la disposición subjetiva de quien responde; así, se pide a las personas participantes que respondan sobre lo que más se ajusta a lo que han percibido, sentido o experimentado a lo largo del último año de vida, en relación con las siguientes afirmaciones: 1. **Has sentido que la vida no merece la pena.** 2. **Has deseado estar muerto/a. Por ejemplo, ir a dormir y desear no volver a despertarte.** 3. **Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer nunca.** 4. **Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida, o hiciste planes sobre cómo lo harías.** 5. **Alguna vez has intentado quitarte la vida.**

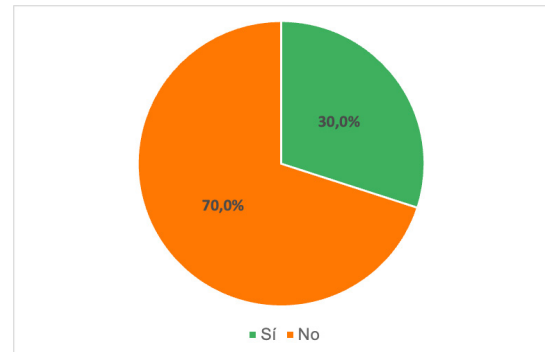
Como puede observarse en la Gráfica 11 y, de acuerdo con el nivel teórico de interpretación, según el cual, mayores puntuaciones implican mayor gravedad, tenemos que el primer ítem nos diría que un 44,9% de la muestra tiene una **relativa desazón con su vida en general**, hasta el punto de sentir que ésta no merece la pena, sin más implicación sobre el hecho de la muerte, lo que quiere decir que 4 de cada 10 estudiantes han tenido esta sensación, en alguna ocasión, durante el último año de su vida. El segundo ítem nos diría que un 30% de la muestra **se ha planteado la muerte como una opción teórica en su vida**, que podría ser una opción posible, pero solo si sucediera de una manera no cruenta, lo que quiere decir que 3 de cada 10 estudiantes han pensado en esta cuestión, en alguna ocasión, durante el último año de su vida. En consonancia con el anterior, el tercer ítem nos indicaría que un 31,4% de la muestra **se ha planteado la muerte como una opción real en su vida actual, aunque no ha pensado llevar a cabo ninguna acción** en este sentido, lo que nos dice que 3 de cada 10 estudiantes se han planteado la muerte como solución a sus problemas, alguna vez, durante el último año de su vida, aunque no se hayan planteado quitarse la vida en ningún momento. El cuarto ítem revela que un 13,1% de la muestra ha llegado a considerar el **hecho concreto de quitarse la vida, o que ha llegado a hacer planes en este sentido**, lo cual quiere decir que alrededor de 1 de cada 10 estudiantes se ha planteado seriamente quitarse la vida, en alguna ocasión, durante el último año de su vida. Por último, el quinto ítem nos dice que, prácticamente 6 de cada 100 estudiantes han llevado a cabo una **conducta suicida**, en alguna ocasión, en el último año de su vida.

### Gráfica 11. Resultados obtenidos con la Escala Paykel de Ideación Suicida.

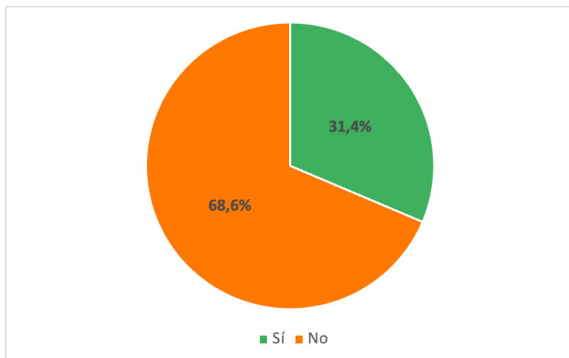
Has sentido que la vida no merece la pena.



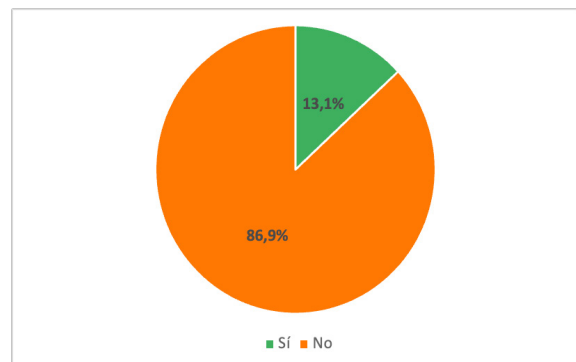
Has deseado estar muerto/a. Por ejemplo, ir a dormir y desear no volver a despertarte.



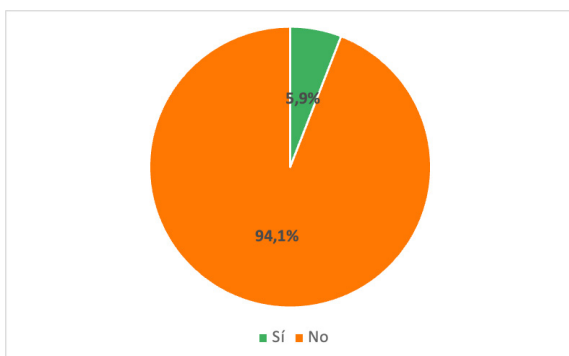
Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer nunca.



Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida, o hiciste planes sobre cómo lo harías.



Alguna vez has intentado quitarte la vida.



“

*Un 44,9% de la muestra tiene una relativa desazón con su vida en general, hasta el punto de sentir que ésta no merece la pena, sin más implicación sobre el hecho de la muerte, lo que quiere decir que 4 de cada 10 estudiantes han tenido esta sensación, en alguna ocasión, durante el último año de su vida.*

”



“

*El acoso psicológico y/o físico (bullying) y la incertidumbre ante el futuro o desconexión con el presente son, para las mujeres, las causas fundamentales en las conductas suicidas entre los jóvenes.*

”

#### 4.4.2. Opinión sobre la ideación suicida

En relación con la ideación suicida, se incluyeron en el cuestionario, además, tres cuestiones que pretendían aportar mayor conocimiento sobre la opinión de los y las estudiantes acerca de esta problemática, sobre todo en relación con las causas, la comprensión y la influencia de las redes sociales en las conductas o ideaciones suicidas. Las tres preguntas fueron:

##### 1. ¿Cuál crees que es la principal causa de suicidio entre los/las jóvenes?

El 68,5% de la muestra considera que el suicidio tiene una motivación multicausal y que, en su consecución se dan, en mayor o menor frecuencia, todos los motivos propuestos:

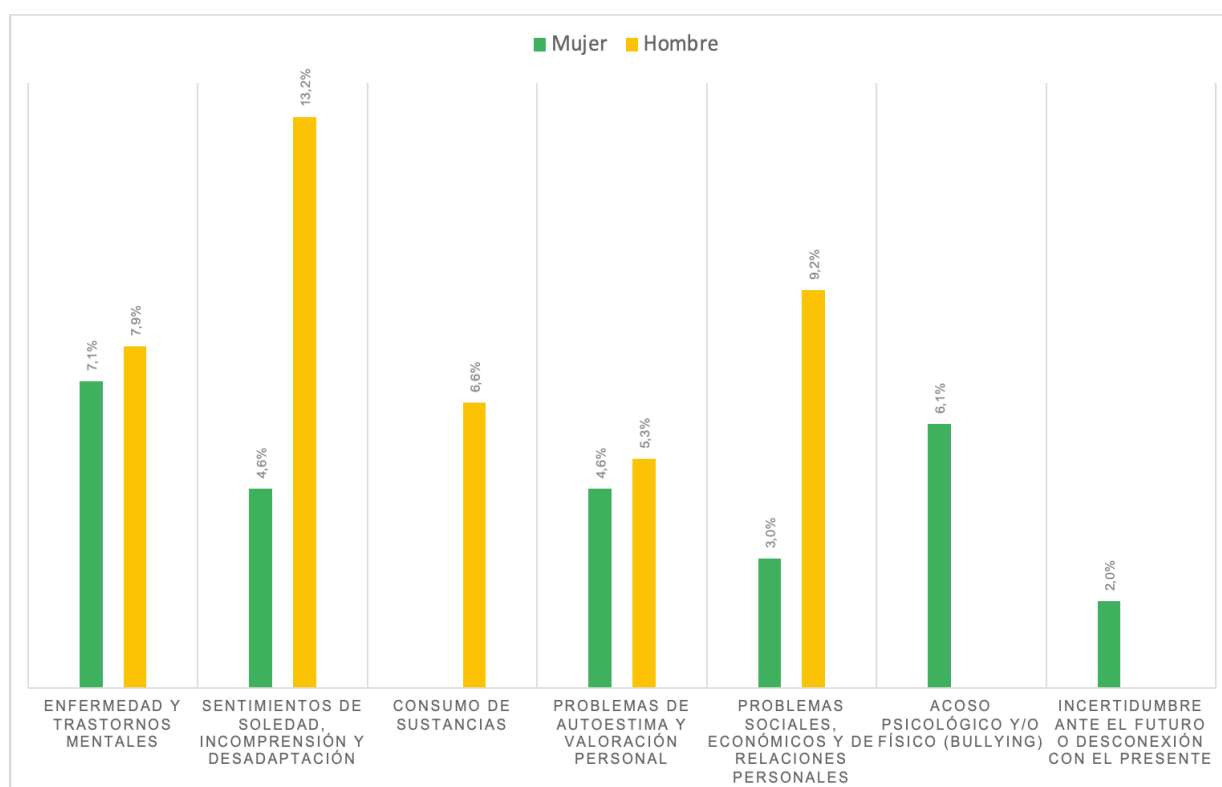
- Enfermedad y trastornos mentales
- Sentimientos de soledad, incompreensión y desadaptación
- Consumo de sustancias
- Problemas de autoestima y valoración personal
- Problemas sociales, económicos y de relaciones personales
- Acoso psicológico y/o físico (bullying)
- Incertidumbre ante el futuro o desconexión con el presente

Sin embargo, resulta especialmente relevante las diferencias que se otorgan a unos motivos u otros según el género de las personas participantes en el estudio. En la Gráfica 12 podemos observar con claridad estas diferencias que, en términos generales, se dan con todos los motivos propuestos, salvo en el caso de la **Enfermedad y los trastornos mentales** y en el de **Problemas de autoestima y valoración personal**, que tienen una consideración muy similar para hombres y mujeres. Sin embargo, los hombres consideran un motivo principal en las conductas suicidas entre jóvenes, mucho más que las mujeres, los **Sentimientos de soledad, incomprensión y desadaptación, el Consumo de sustancias y los Problemas sociales, económicos y de relaciones personales**, mientras que las mujeres consideran una causa fundamental, mucho más que los hombres, el **Acoso psicológico y/o físico (bullying) y la Incertidumbre ante el futuro o desconexión con el presente**.

## 2. ¿Crees que podrías llegar a entender a alguien que tiene pensamientos o una conducta suicida?

El 76,5% considera que podría llegar a entender que alguien tenga pensamientos o conductas suicidas, según la situación que esté viviendo en un momento determinado. Sin embargo, para un 7,3% el hecho de que alguien sienta o exprese esta intención se trata de un planteamiento inconcebible, mientras que un 16,2% afirma que no tiene claro si llegase a entenderlo.

Gráfica 12. Motivos principales de suicidio, según el género.



### 3. ¿Cómo crees que puede influir el uso de las redes sociales en los jóvenes con ideas suicidas?

De manera mayoritaria, entre el estudiantado de la UEx se tiene conciencia de que la utilización de redes sociales virtuales puede hacer más vulnerable a los y las jóvenes que tienen ideas o conductas suicidas (un 74,6%), mientras que tan solo un 9,9% considera que las redes sociales pueden ayudar a evitar este tipo de ideación o conducta.

#### 4.4.3. Ideación suicida y grado de influencia en función del sexo, género y edad

Dada la importancia que debemos otorgar al análisis de la ideación suicida entre las personas jóvenes, presentamos en este apartado del estudio, brevemente, la relación que existe entre aquella y las variables sexo, género y edad.

##### 4.4.3.1. Sexo

Teniendo en cuenta el sexo de los y las participantes en el estudio, se han encontrado diferencias significativas, siendo las mujeres las que presenta mayor porcentaje de ideación suicida que los hombres.

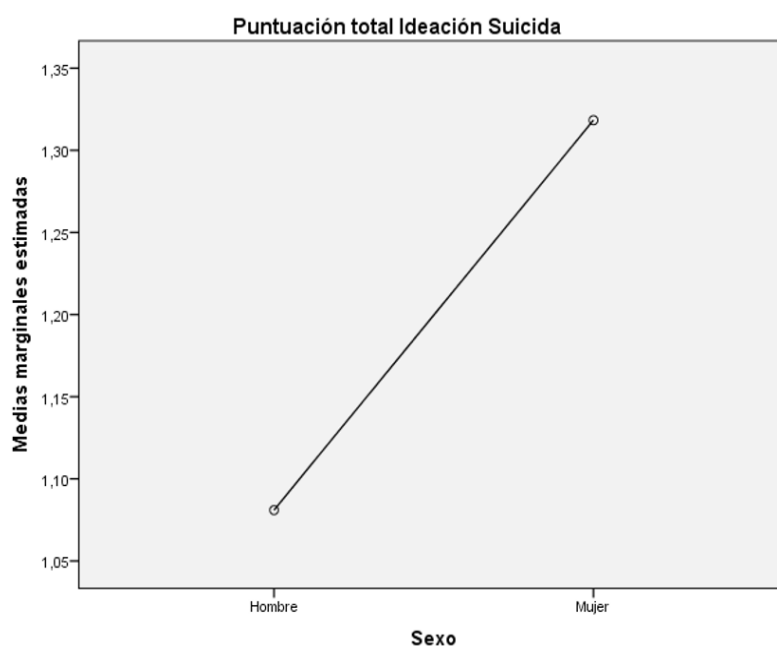
**Tabla 7. Media de puntuación de ideación suicida en relación con la variable sexo**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar
<b>Puntuación total Ideación Suicida</b>	Hombre	568	1,0810	1,36747
	Mujer	1489	<b>1,3183</b>	<b>1,56600</b>

**Tabla 8. Prueba Levene de igualdad de varianzas en relación con la variable sexo**

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
<b>Puntuación total Ideación Suicida</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	27,990	,000	-3,179	2055	<b>,001</b>
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-3,377	1165,097	<b>,001</b>

**Gráfica 13. Puntuación de ideación suicida en relación con la variable sexo**



#### 4.4.3.2. Género

De acuerdo con el género que han indicado las personas que han participado en la encuesta, también se han encontrado diferencias significativas. En este caso, son las personas que se identifican con otro género distinto al sexo biológico que han indicado, las que presentan mayor ideación suicida, frente a las personas que se identifican con el mismo género que el sexo biológico.

**Tabla 9. Media de puntuación de ideación suicida en relación con la variable género**

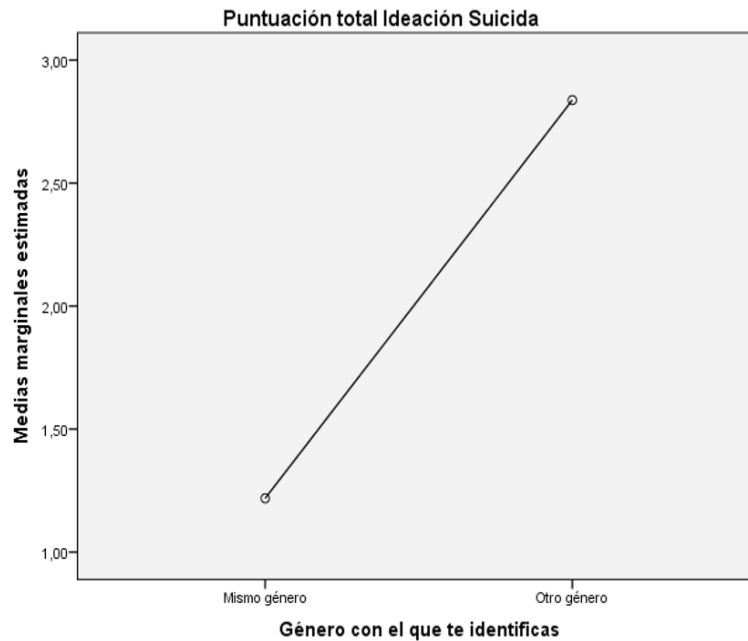
	Género con el que se identifica	N	Media	Desviación estándar
Puntuación total Ideación Suicida	Mismo género	2014	1,2190	1,49056
	Otro género	43	<b>2,8372</b>	<b>1,88894</b>

**Tabla 10. Prueba Levene de igualdad de varianzas en relación con la variable género**

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Puntuación total Ideación suicida	Se asumen varianzas iguales	5,039	,025	-7,001	2055	,000
	No se asumen varianzas iguales			-5,581	43,124	,000



**Gráfica 14. Puntuación de ideación suicida en relación con la variable género**



#### 4.4.3.3. Edad

También en el caso de la edad de las personas que han participado, se han encontrado diferencias significativas. Sin duda, son personas con edades menores –grupo de 18 a 20 años– las que presentan una mayor ideación suicida, seguidas de las personas de edades centrales –grupo de 21 a 23 años– y de aquellas personas que tienen más de 24 años.

**Tabla 11. Media de puntuación de ideación suicida en relación con la variable edad**

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<b>18-20 años</b>	966	<b>1,3395</b>	<b>1,55074</b>	,00	5,00
<b>21-23 años</b>	601	1,2030	1,49512	,00	5,00
<b>Más de 24 años</b>	490	1,1429	1,46953	,00	5,00
<b>TOTAL</b>	2057	1,2528	1,51718	,00	5,00

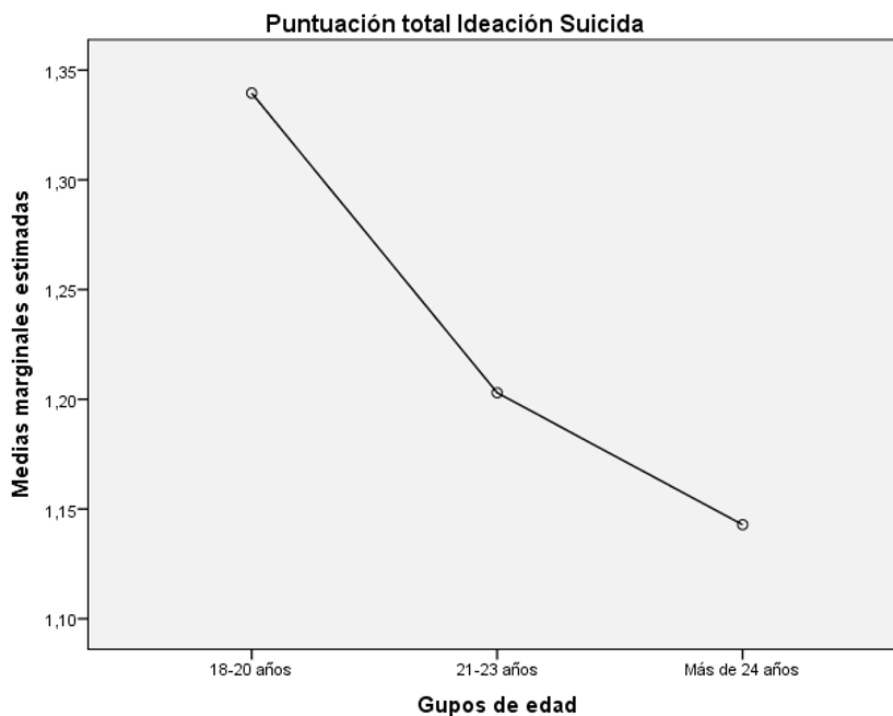
**Tabla 12. Prueba ANOVA de comparación de varianzas en relación con la variable edad**

ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Entre grupos</b>	14,682	2	7,341	3,196	<b>,041</b>
<b>Dentro de grupos</b>	4717,864	2054	2,297		
<b>Total</b>	4732,546	2056			

**Tabla 13. Diferencias de medias por grupos de edad**

(I) Grupo de edad: 18-20 años vs 21-23 años vs + de 24 años	(J) Grupo de edad: 18-20 años vs 21-23 años vs + de 24 años	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
18-20 años	21-23 años	,13655	,07874	,249
	Más de 24 años	,19669	,08406	<b>,048</b>
21-23 años	18-20 años	-,13655	,07874	,249
	Más de 24 años	,06014	,09225	1,000
Más de 24 años	18-20 años	-,19669	,08406	<b>,048</b>
	21-23 años	-,06014	,09225	1,000

**Gráfica 15. Puntuación de ideación suicida en relación con la variable edad**



#### **4.5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE, SDQ) (GODMAN, 1997)**

Tal como se recoge en el apartado 7.1. del presente estudio, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) es una herramienta de screening que permite evaluar las dificultades emocionales y comportamentales desde una perspectiva multi-informante. Los resultados indican que el sexo, el gé-

nero y la edad influyen en la expresión fenotípica de las dificultades emocionales y comportamentales. El SDQ fue desarrollado por Robert Goodman (1994, 1997, 1999), basándose en los principales síntomas de DSM IV (APA, 1994) y utilizando el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para establecer su estructura definitiva. Está constituido por una serie de indicadores que representan fortalezas y dificultades que se encuentran clasificados en 4 escalas en este estudio: Problemas conductuales, Síntomas emocionales, Hiperactividad y Problemas con los iguales. Cada escala está compuesta por 5 reactivos y la escala denominada conducta prosocial está constituida exclusivamente por ítems centrados en las fortalezas. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que cada ítem es puntuado con 0, 1 o 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: no es cierto, es cierto, absolutamente cierto, a excepción de los ítems que refieren a fortalezas, que se puntúan de manera inversa (0: absolutamente cierto y 2: no es cierto). Las puntuaciones de las escalas problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad –inatención y problemas con pares– se suman, para generar una puntuación total de dificultades que puede ir de 0 a 40 puntos.

#### 4.5.1. Factores relacionados con Síntomas emocionales, Problemas conductuales, Hiperactividad y Problemas con iguales en relación con Sexo y Género

En este apartado se exponen los datos obtenidos en el análisis correspondiente a la influencia del Sexo y el Género en relación con los cuatro factores utilizados en este estudio. La influencia de la variable Edad también fue analizada, pero no se obtuvieron diferencias significativas.

##### 4.5.1.1. Variable sexo

Las mujeres obtienen mayores puntuaciones medias en los factores Problemas emocionales, Problemas conductuales y Problemas con iguales; los hombres, en cambio, presentan mayor puntuación media en la escala de Hiperactividad.

**Tabla 14. Puntuaciones medias de factores en función de la variable sexo (SDQ).**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar
<b>Escala de Problemas Emocionales</b>	Hombre	568	3,2447	2,56175
	Mujer	1489	<b>4,7999</b>	2,68263
<b>Escala de Problemas Conductuales</b>	Hombre	568	2,0563	1,47298
	Mujer	1489	<b>2,0732</b>	1,32212
<b>Escala de Hiperactividad</b>	Hombre	568	<b>4,0070</b>	2,38971
	Mujer	1489	3,8697	2,11985
<b>Escala de Problemas con los Iguales</b>	Hombre	568	2,6937	1,90733
	Mujer	1489	<b>2,7388</b>	1,71320

Parece especialmente llamativo la diferencia de puntuaciones medias en los problemas emocionales, en las que las mujeres superan a los hombres en más de 1,5 puntos; este resultado se ve altamente contrastado con la **Prueba de Levene de igualdad de varianzas** y la **t** que es menor a 0,05, dato que vendría a corroborar que ser hombre o mujer influye en el factor de problemas emocionales, tal y como se indicaba en las puntuaciones medias.

**Tabla 15. Prueba Levene de igualdad de varianzas de la variable sexo (SDQ)**

		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Escala de Problemas Emocionales</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	1,454	<b>,228</b>	-11,900	2055	<b>,000</b>
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-12,149	1069,283	,000
<b>Escala de Problemas Conductuales</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	4,357	,037	-,250	2055	,802
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-,239	935,399	,811
<b>Escala de Hiperactividad</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	14,215	,000	1,267	2055	,205
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			1,201	926,671	,230
<b>Escala de Problemas con los iguales</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	6,308	,012	-,517	2055	,605
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-,493	935,931	,622

#### 4.5.1.2. Variable género

Al igual que en los resultados obtenidos en relación con la ideación suicida, las personas que se identifican con un género diferente al masculino y femenino, presentan mayores puntuaciones medias en Problemas emocionales (6,5 frente a 4,3), Hiperactividad (5 frente a 3,8) y Problemas con los iguales (3,4 frente a 2,7). Al analizar los datos con la prueba Levene, se refuerza el hecho de que el factor de hiperactividad se ve influenciado por el hecho de identificarse con un género diferente al indicado en cuanto al sexo biológico.

**Tabla 16. Prueba Levene de igualdad de varianza de la variable género (SDQ)**

		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Escala de Problemas Emocionales</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	16,511	,000	-5,328	2055	,000
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-8,350	46,729	,000
<b>Escala de Problemas Conductuales</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	,001	,980	,784	2055	,433
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			,842	44,107	,404
<b>Escala de Hiperactividad</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	<b>,519</b>	<b>,471</b>	<b>-3,302</b>	<b>2055</b>	<b>,001</b>
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-3,654	44,245	,001
<b>Escala de Problemas con los Iguales</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	32,752	,000	-2,861	2055	,004
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-2,000	42,852	,052

#### 4.5.2. Factores externalizantes e internalizantes en relación con el Sexo y al Género

En psicopatología se han descrito dos dimensiones principales: el factor externalizante y el internalizante. El primero se caracteriza por los trastornos de conducta, el comportamiento antisocial y la agresividad; el segundo se caracteriza por la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas. La psicopatología internalizante, tanto como dimensión, como los trastornos psiquiátricos categoriales, presentan una alta prevalencia en la población infanto-juvenil (Segura, 2015). En el caso del presente estudio, los factores externalizantes hacen referencia a la Hiperactividad y a la Conducta, mientras que los factores internalizantes hacen referencia a los Problemas emocionales y a los Problemas con los iguales.

##### 4.5.2.1. Variables sexo

En cuanto al sexo, encontramos diferencias significativas que indican que los problemas internalizantes se dan más en las mujeres y los externalizantes más en los hombres.

**Tabla 17. Puntuaciones medias de escala en función de la variable sexo (SDQ).**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar
Escala Problemas Internalizantes	Hombre	568	5,9384	3,75738
	Mujer	<b>1489</b>	<b>7,5386</b>	3,62933
Escala Problemas Externalizantes	Hombre	<b>568</b>	<b>6,0634</b>	2,90160
	Mujer	1489	5,9429	2,68910

**Tabla 18. Prueba Levene de igualdad de varianza de la variable sexo (SDQ)**

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Escala Problemas Internalizantes	Se asumen varianzas iguales	,269	<b>,604</b>	-8,853	2055	<b>,000</b>
	No se asumen varianzas iguales			-8,717	994,423	,000
Escala Problemas Externalizantes	Se asumen varianzas iguales	10,884	,001	,888	2055	,374
	No se asumen varianzas iguales			,859	960,134	,391

#### 4.5.2.2. Variable género

En relación con el género, también se encontraron diferencias significativas, siendo las personas que se identifican con otro género las que puntúan más alto, tanto en los problemas internalizantes como en los externalizantes.

**Tabla 19. Puntuaciones medias de escala en función de la variable género (SDQ).**

	Género con el que se identifica	N	Media	Desviación estándar
Escala de Problemas Internalizantes	Mismo género	2014	7,0338	3,71379
	Otro género	<b>43</b>	<b>10,0465</b>	<b>3,49117</b>
Escala de Problemas Externalizantes	Mismo género	2014	5,9563	2,75080
	Otro género	<b>43</b>	<b>6,9070</b>	<b>2,53372</b>

**Tabla 20. Prueba Levene de igualdad de varianza de la variable género (SDQ)**

		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Escala Problemas Internalizantes</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	,294	<b>,588</b>	-5,270	2055	<b>,000</b>
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-5,592	44,053	,000
<b>Escala Problemas Externalizantes</b>	<b>Se asumen varianzas iguales</b>	1,349	<b>,246</b>	-2,246	2055	<b>,025</b>
	<b>No se asumen varianzas iguales</b>			-2,430	44,140	,019

# LA VOZ DEL ESTUDIANTADO: ANÁLISIS CUALITATIVO

05





Como suele ser habitual en este tipo de instrumentos, el último ítem de la encuesta utilizada para la elaboración del presente estudio permitía a los y las estudiantes realizar **“Aportaciones personales y sugerencias”** de manera abierta y extensa. La experiencia en este tipo de investigaciones nos dice, sin embargo, que no suele ser muy habitual, después de haber respondido a una gran cantidad de cuestiones –con el tiempo que ello puede conllevar–, que esta última demanda sea muy respondida. No obstante, fue una grata sorpresa para los autores la cantidad de respuestas aportadas en este ítem, hasta un total de 437.

Los datos finales de participación en el estudio, 2.058 respuestas al cuestionario, dentro del cual hay que registrar 437 respuestas abiertas, nos permiten presuponer un gran interés del estudiantado por participar en la investigación. Además, este interés vendría expresado en un doble sentido, por un lado, aportando una valiosa información sobre la realidad vivencial del estudiantado de la UEx, entre la que destaca, entre otras dimensiones, la percepción de felicidad, satisfacción personal, autoconocimiento y bienestar psicológico; por otro lado, percibimos por las respuestas obtenidas una implicación subjetiva que tiene que ver con la importancia que dan los participantes a su propia salud mental y a las necesidades de asesoramiento o intervención que se desprenden, en muchos casos, de sus respuestas.

Una vez revisadas estas aportaciones abiertas, se aplicó una metodología cualitativa, a fin de extraer datos identificables que pudieran ponerse en relación con los obtenidos a través del análisis cuantitativo y extraer más resultados sobre la realidad personal y colectiva de nuestros y nuestras estudiantes, y su vinculación con su situación en cuanto al bienestar psicológico y la salud mental.

Para ello, se codificaron y categorizaron todas las aportaciones, excluyendo las relacionadas con opiniones exclusivamente planteadas sobre el propio instrumento; de esta forma, quedaron 367

aportaciones metodológicamente válidas.

Una vez realizado el análisis cualitativo, se constituyeron tres dimensiones principales que se denominaron:

- **Sistema universitario**
- **Problemas socio-estructurales como predisponentes y detonantes**
- **Problemas personales como predisponentes y detonantes**

Además, se incluyó una dimensión referente a **“Otros problemas”** que no podían incluirse en las dimensiones anteriores, pero que parecía, a juicio de los autores, que debían estar presente dada la importancia de alguno de los temas planteados. Los comentarios de los participantes que se incluyen en este análisis han sido transcritos de manera literal y sin correcciones de ningún tipo.

“

*Percibimos por las respuestas obtenidas una implicación subjetiva que tiene que ver con la importancia que dan los participantes a su propia salud mental y a las necesidades de asesoramiento o intervención que se desprenden, en muchos casos, de sus respuestas.*

”

## 5.1. SISTEMA UNIVERSITARIO

Esta dimensión se dividió en dos categorías, por un lado, los **problemas universitarios que son detonantes de malestar psicológico** y por otro, las **aportaciones y propuestas para que mejore el sistema**, a fin de atender cuestiones relacionadas con el bienestar psicológico y la salud mental.

Imagen 5. Categorías de análisis de la dimensión Sistema Universitario.



Fuente: elaboración propia.

### 5.1.1. Problemas universitarios como detonantes de malestar psicológico

1. **Presión académica.** Se recogen 95 aportaciones sobre esta cuestión. Más de la mitad de estas aportaciones han sido expresadas por estudiantes que se han identificado como pertenecientes al campo de Ciencias de la Salud; algunas de las aportaciones vinculan la presión académica con la presión familiar en este tipo de carreras, evidenciándose una influencia familiar determinante para la elección de estos estudios. Algunos ejemplos sobre esta cuestión:

*“Me enseñaron que la medicina lo cura todo. Me decidí por esta carrera por presión familiar y ahora me doy cuenta de que todo aquello que me decían era mentira.” (Participante 47).*

*“Gracias por permitirnos hablar de nuestros problemas, aunque sea así. Yo no estoy bien. Las relaciones con mi familia no son buenas, siempre me ha presionado para conseguir ser la mejor, la que más nota sacara, la más perfecta. Me gusta la medicina para ayudar a la gente, pero creo que la hice por la presión de mi casa para que fuera alguien importante y ganará mucho dinero.” (Participante 1033)*

A tenor de las aportaciones recogidas, la presión académica no se desencadena sólo por presiones familiares, el propio sistema en sí, en este caso el universitario, sirve de detonante para afectaciones personales:

*“La universidad y todo lo que engloba la misma me ha generado un trastorno de ansiedad social que ahora tengo que tratar en un psicólogo privado. La presión a la que el alumno se somete durante los años que dura el grado sobrepasa los límites mentales y físicos.” (Participante 834)*

“

***“Yo no estoy bien. Las relaciones con mi familia no son buenas, siempre me ha presionado para conseguir ser la mejor, la que más nota sacara, la más perfecta. Me gusta la medicina para ayudar a la gente, pero creo que la hice por la presión de mi casa.” (Participante 1033)***

”





“

***“No han sabido enseñarnos a ser felices y a gestionar nuestras emociones, nadie, ni la familia ni la escuela (el instituto ni lo digo porque es un lugar asqueroso), ni la universidad”. (Participante 82)***

”

## **2. La universidad como un espacio que no es seguro**

El término “universidad”, unido a otros como “humillar”, “discriminar” o “deshumanizar”, aparece en 84 aportaciones. Solemos pensar que, en el espacio universitario, como nivel educativo superior, al que se accede a partir de la mayoría de edad legal, existen cuestiones superadas que se detectan más fácilmente durante la adolescencia, pero los comentarios recogidos constatan que esto no es necesariamente así y que aún se hace necesario un profundo trabajo en este sentido:

*“Se habla mucho de que la culpa es de aquí o de allá, pero la verdad es que no han sabido enseñarnos a ser felices y a gestionar nuestras emociones, nadie, ni la familia ni la escuela (el instituto ni lo digo porque es un lugar asqueroso), ni la universidad” (Participante 82)*

*“Son necesarias actuaciones inmediatas como Universidad, no se pueden permitir conductas discriminatorias hacia el colectivo de estudiantes con problemas de Salud Mental (que somos muchos), por poner algún ejemplo. Influyen muchísimas variables en la Salud Mental del estudiantado universitario, pero lo que sí es cierto, es que hay muchísimos problemas.” (Participante 152)*

### 3. Falta de formación en el profesorado

La tercera categoría de esta dimensión, con 56 aportaciones, es la que hace referencia a la falta de formación del profesorado para trabajar con alumnado que presenta problemas de salud mental. Es recurrente la referencia en este sentido a “los docentes nos tratan como números” y a la “falta de empatía” del profesorado cuando los y las estudiantes presentan algún tipo de problema:

*“La universidad me ha parecido un sitio horrible, con gente que no ve a las personas, solo números. Profesores/as que están deshumanizados, que disfrutan humillando, la gente de administración que te trata como si fueras una delincuente.” (Participante 1033)*

### 4. Falta de formación en el alumnado

Pero, no solo se recogen aportaciones referentes a la disposición del profesorado, también se hace referencia, hasta en 32 ocasiones, a la “falta de empatía” de los propios compañeros, del grupo de iguales.

*“Como alumna me he sentido denigrada por parte de profesores (no todos, pero sí dos en concreto) y además he percibido durante mis años de estudios en el grado algo que por suerte no había vivido nunca y es que en el grupo clase, la relación entre compañeros ha sido insostenible, han sido 3 años constantes de cuchicheos, pisar unos a otros, aislar a los más vulnerables, hacer grupos de populares y excluidos... Me parece indignante que ocurran estas cosas en la universidad y que nadie haga nada al respecto. El año pasado tenía miedo a ir a clase y por lo tanto bajé en picado mis notas en muchas asignaturas a las que no iba por no coincidir con ciertas personas (compañeros y profesores) y nadie me preguntó el porqué de esos cambios. “ (Participante 342)*

“

**“La universidad me ha parecido un sitio horrible, con gente que no ve a las personas, solo números. Profesores/as que están deshumanizados, que disfrutan humillando, la gente de administración que te trata como si fueras una delincuente.”**  
(Participante 1033)

”

## 5.1.2. Propuestas para mejorar la atención de la salud mental en la universidad

Una vez analizadas las propuestas aportadas, se han codificado en las categorías y acciones que se refieren a continuación.

### 5.1.2.1. Propuestas para mejorar la atención a estudiantes con problemas de salud mental

1. **Línea de teléfono o Foros (presenciales o virtuales) de apoyo psicológico para estudiantes y profesorado.**
2. **Servicio integral gratuito de apoyo psicológico al estudiantado.**

*“En la mayoría de las ocasiones, los problemas de salud mental se llevan en silencio y a veces no se busca ayuda hasta que alcanza un punto muy grave. Sería un gran aporte tanto ofrecer abiertamente un servicio de ayuda a quien lo necesite como ayudar también a identificar problemas más pequeños, a los que no se les suele dar importancia y pueden evolucionar de manera muy desfavorable, ya que mucha gente ni siquiera es consciente de los problemas que tiene.” (Participante 221).*

*“Pienso que es MUY necesario que la universidad ofrezca apoyo psicológico a los estudiantes, ya que muchos de nosotros no nos lo podemos permitir, y estoy 100% segura que acudiría el cuádruple de personas que se pueden imaginar, porque estamos en unos tiempos en los que poco a poco se va valorando y cuidando cada vez más la salud mental, pero sigue habiendo mucha desinformación y muchos problemas, entre ellos el hecho de que ir al psicólogo sea cosa de “ricos”, refiriéndome con esto a que no todo el mundo tiene 60 o 70 euros a la semana o al mes para gastarlo en algo que debería ser gratis, porque no es un capricho, sino una necesidad.” (Participante 439).*

“

**“Es MUY necesario que la universidad ofrezca apoyo psicológico a los estudiantes, ya que muchos de nosotros no nos lo podemos permitir, y estoy 100% segura que acudiría el cuádruple de personas que se pueden imaginar, porque estamos en unos tiempos en los que poco a poco se va valorando y cuidando cada vez más la salud mental.” (Participante 439).**

”



### 3. Ayudas específicas para estudiantes con problemas de salud mental

- a. Económicas para la atención psicológica privada.
- b. Proyectos específicos de investigación en bienestar psicológico y salud mental entre el estudiantado.

*“Sinceramente, empecé a sentirme muy mal y triste a principios de año y un profesor me recomendó acudir a una psicóloga, por motivos económicos no pude ir durante 2 meses, acudí a la UEx para ver si podían ayudarme en algo y la universidad no me dió ninguna solución, el sistema público me tenía 4 meses en espera y fui cayendo más y más en depresión y me vi sólo, me parece preocupante que la universidad no cuente con ningún recurso para sus estudiantes, teniendo en cuenta que problemas de salud mental afecta en gran parte a los/as jóvenes, y que una institución que trata directamente con miles de ellos/as no haga nada, es frustrante.” (Participante 9)*

*“Proponer más ayudas económicas a estudiantes sin recursos. Conocer más a fondo las situaciones personales y no mirar solo los datos económicos de las familias.” (Participante 1105)*

### 4. Mejorar la formación de la comunidad universitaria en bienestar psicológico y salud mental

- a. Formación específica en salud mental, gestión emocional, orientación afectivo-sexual, consumo de sustancias, entre otras, son las temáticas más demandadas, haciendo hincapié, además, en los efectos normalizadores, desde el punto de vista social, que tendría este tipo de formación.



## 5.2. PROBLEMAS SOCIO-ESTRUCTURALES COMO PREDISPONENTES Y DETONANTES:

Además de los problemas planteados anteriormente, es necesario reconocer la existencia de una serie de problemas, vinculados tangencialmente a la vida universitaria, que se convierten en factores predisponentes y detonantes para los problemas de salud mental. Los tres problemas que más han señalado son:

### 1. Económicos y/o de financiación de los estudios.

Principalmente, problemas para pagar los estudios y mantenerse en la localidad en la que residen durante el curso académico. En ocasiones, esta cuestión supone un gran esfuerzo para las familias, lo que genera, a su vez, situaciones de angustia y estrés emocional entre el estudiantado. En el caso de los y las estudiantes que, además de seguir sus estudios, se ven obligados a trabajar para poder continuar estudiando, el estrés percibido es aún mayor.

*“La salud mental tiene menos que ver con las redes sociales que con los verdaderos problemas que sufrimos los jóvenes. Tengo 19 años, estudio y trabajo, ganando 350€ al mes y no hay NADA que la universidad pueda hacer, ni una beca ni una ayuda. (Las becas del estado tardan 15 meses en ser concedidas). Este mes elijo entre las asignaturas y pagar la luz, la comida o el agua, teniendo que pedir ayuda a mis familiares, que ya tienen bastante con lo suyo. Esto es un problema y no que pasemos 3 horas al día en Instagram. Por esto sufrimos de ansiedad y desesperación ante el futuro.” (Participante 28)*

### 2. Incertidumbre ante la transición a la vida adulta.

En bastantes aportaciones, se señala la falta de herramientas y estrategias para enfrentarse a la vida adulta ante la gran cantidad de dudas que les genera proyectarse hacia el futuro. Poder tener un empleo digno, poder emanciparse económicamente, tener acceso a una vivienda, poder formar una familia, son algunas de las incertidumbres principales que expresan. En este sentido, además, señalan a la crisis pandémica y post-pandémica, como un foco que ha servido de elemento multiplicador de las incertidumbres que ya se venían viviendo.

*“Estoy en tratamiento psicológico por ansiedad y estrés emocional. Mi vida se rompió bastante por culpa de la pandemia. Desde entonces no tengo buena relación con mi familia y mi pareja y yo rompimos (después de cinco años juntos). Trabajo en lo que puedo para pagarme los estudios (hostelería, repartidor y lo que salga...). Hice económicas y ahora estoy haciendo el MUI en ciencias sociales. Conozco a un montón de gente de mi edad con problemas iguales o peores que los míos. Un buen amigo de la universidad se suicidó el año pasado y muchos hablamos a veces de hacerlo también. No sé cuál es la solución y si la universidad tiene posibilidades realmente de intervenir, pero la realidad es mucho peor de lo que nos cuentan.” (Participante 55).*



### 3. Exceso de medicalización y farmacoterapia para abordar los problemas de bienestar psicológico y salud mental entre los jóvenes.

Sorprende el número de aportaciones (82) que hacen referencia a esta cuestión. La excesiva medicalización y el empleo excesivo de fármacos para afrontar casi cualquier problema de corte psicológico o de conducta en adolescentes y jóvenes está generando, cada vez más, una respuesta crítica socialmente. Frente a ello, son cada vez más numerosas las propuestas para que estos problemas se aborden comunitariamente, entendiendo a nuestros adolescentes y jóvenes en el marco de un contexto de influencias muy diversas y de factores predisponentes muy heterogéneos.

*“La salud mental de los estudiantes es indignante. No tengo un solo amigo/a o conozco ningún estudiante de la UEx, o fuera de ella, que no tenga estrés, ansiedad, TCAs, depresión y/o pensamientos suicidas. Lo peor es que la mayoría de estas personas están tomando medicamentos porque no se pueden permitir un psicólogo adecuado que le de las herramientas necesarias para no depender del medicamento. Sugiero que en la UEx se vele la salud mental del alumnado y se promueva un servicio de psicología adecuado y profesional, y que éste sea anunciado de tal manera que todos los estudiantes sepan de su existencia y con el que puedan contactar con gran facilidad.” (Participante 621)*

## 5.3. PROBLEMAS PERSONALES COMO PREDISPONENTES Y DETONANTES

Si los anteriores pueden ser considerados factores externos que influyen en la situación personal de nuestro estudiantado, en todos sus contextos vivenciales, las aportaciones expresadas también plantean una serie de factores, esta vez de características internas y subjetivas, que se presentan igualmente como catalizadores de los problemas analizados. Los problemas más recurridos en estas aportaciones se indican a continuación, si bien, se sitúan en un nivel de análisis diferente al planteado hasta ahora que requiere de un estudio más pormenorizado, vinculado directamente al ejercicio docente y a la participación del estudiantado en las acciones formativas y participativas que pudieran establecerse para abordarlo con garantías de éxito.

- A. Soledad/Sociedad individualista.
- B. Redes sociales (virtuales).
- C. Problemas con la imagen personal y la aceptación social.
- D. Abuso físico, emocional o sexual.
- E. Relaciones interpersonales.
- F. Problemas de identidad y orientación sexual.
- G. Consumo de drogas.

06



# PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES



En la actualidad, parece incuestionable que la institución académica debe abordar, de manera rigurosa y de acuerdo con los planteamientos que establece su propia misión, la realidad que está viviendo –y sufriendo– una gran parte de los miembros de la comunidad universitaria, que se hace especialmente apremiante en el caso del estudiantado. Un abordaje que no se puede limitar únicamente a promover y proveer recursos que consigan mejorar las situaciones, delicadas y complejas, de las personas, en relación con su bienestar psicológico y su salud mental, sino que la propia institución también tiene que evitar ser un detonante de estas situaciones.

La universidad debe esforzarse por crear las condiciones, estrategias y recursos que aporten seguridad a su estudiantado en cinco dimensiones fundamentales: emocional, académica, digital, socio-laboral y, en la medida de lo posible, económica.

“ **La universidad no se debe limitar únicamente a promover y proveer recursos que consigan mejorar las situaciones, delicadas y complejas de las personas, en relación con su bienestar psicológico y su salud mental, sino que la propia institución también tiene que evitar ser un detonante de estas situaciones.** ”

#### ► **RECOMENDACIONES QUE SE PLANTEAN DESDE EL PRESENTE ESTUDIO:**

- I. **Creación de espacios de estudio y convivencia emocionalmente seguros.** En la literatura científica, se relaciona esta propuesta con el término *environmental wellbeing*, que se asienta, principalmente, en el diseño de espacios de trabajo que fomenten el desarrollo de relaciones interpersonales basadas en la interdependencia, la confianza mutua, el respeto y el desarrollo de una sensibilidad y conciencia hacia los sentimientos de los demás.
- II. **Proporcionar un apoyo académico ajustado a las necesidades.** Muchos problemas de bienestar psicológico están relacionados con las circunstancias vinculadas al rendimiento académico y el estrés emocional que generan dichas circunstancias, volumen de trabajo autónomo, plazos de entrega, exámenes parciales no oficiales, dificultad para congeniar en grupos de trabajo, etc.; estas circunstancias, de por sí complicadas para cualquier estudiante, tienen una repercusión especialmente insidiosa en estudiantes que presentan algún tipo de alteración o de problema psicológico o mental. Por ello, se hace necesario proporcionar un apoyo académico –talleres de estudio, orientación vocacional y/o tutorías– ajustadas a las necesidades concretas que presenta el o la estudiante, entendiendo los diferentes niveles de afectación que pueden darse en cuanto a sus problemas y planteando estrategias didácticas integradoras.
- III. **Proporcionar asesoramiento psicológico de acción primaria.** Asesorar, aconsejar e intervenir, llegado el caso, debe considerarse una obligación de cualquier institución universitaria dirigida a todos sus miembros, atendiendo siempre al contexto particular en el que se encuentran y a las peculiaridades del estamento al que pertenecen. Una atención que debe ser personalizada

sin perder de vista la pertenencia colectiva que implica la vida universitaria, en relación con problemas de personalidad, de conducta, de adaptación, de salud mental, de gestión emocional, de relaciones personales o de salud afectivo-sexual, entre otras cuestiones.

- IV. Promover el análisis y estudio sobre el bienestar psicológico y la salud mental.** Con una especial atención al alumnado, por su posible situación de mayor vulnerabilidad, pero, dirigida también a todos los miembros de la comunidad universitaria, se debe promover y estimular la investigación sobre salud mental, incluyendo al personal docente y al de servicios. En la actualidad, sería frívolo pretender que únicamente el alumnado se ve afectado por problemas de estas características y que su rendimiento, o el conjunto de su vida universitaria, siendo un objetivo principal de afrontamiento, sea el único que haya que abordar; también se debe conocer las diferentes situaciones que afectan al personal docente y al personal de administración y servicios, como actores principales de dicha vida universitaria.
- V. Diseñar estrategias de divulgación científica.** El análisis de la situación en torno a todo lo que concierne a la salud mental debe ser difundido y debatido por la comunidad universitaria por cuantos canales, medios y acciones sirvan para generar un estado de conciencia colectiva propositiva y empática. Se hace obligatoria la sensibilización y concienciación sobre los problemas psicológicos y el estado de salud mental de quienes constituyen la comunidad universitaria, con especial atención al alumnado, como fin último de la enseñanza superior. Solo así se puede evitar la estigmatización y exclusión de las personas en situación de riesgo psicosocial.
- VI. Diseñar e implementar acciones formativas específicas sobre el uso adecuado de la tecnología.** La consecución de hábitos saludables en el uso de la tecnología y sus diferentes aplicaciones se ha convertido en un objetivo primordial de la mayor parte de las organizaciones comprometidas con la salud mental. En concreto, es necesario analizar y comprender la realidad que supone hoy día el consumo de redes sociales (virtuales) por parte de adolescentes y jóvenes, las implicaciones que tiene sobre su salud mental y sobre el propio rendimiento académico. La institución académica debe promover uso responsable de la tecnología, fundamentalmente de su aplicación digital y virtual, la identificación con una serie de valores y metas que antepongan a las personas por delante del consumo tecnológico, y que establezcan conciencia sobre la huella digital que se genera. En este sentido, es oportuno hablar del diseño de espacios en los que poder compartir “tiempo libre de tecnología”, bien sea en las aulas o en otros lugares.
- VII. Diseñar e implementar formación específica sobre salud mental.**
1. Dirigida al alumnado para que comprenda su propio desarrollo psicológico, para que aprenda a reconocer e identificar sus problemas, para que sepa naturalizar las respuestas a estos de manera individual y colectiva y para que sea capaz de reconocer y gestionar sus emociones en relación con su vida universitaria.
  2. Dirigida al profesorado para que comprenda la realidad que suponen los problemas de salud mental en los jóvenes, para que pueda adaptar su docencia a las particularidades que se le presenten y para que puedan formar parte de una red apoyo comunitario que naturalice y relaje la presión académica del alumnado.

3. Dirigida al personal de administración y servicios para que conozca estrategias que puedan serles útil en el trato a los estudiantes desde una perspectiva holística y comunitaria, con el fin de evitar situaciones conflictivas que generen perjuicio, hostilidad y estrés.

**VIII. Diseñar programas para el acompañamiento y orientación en el tránsito a la “vida adulta” del alumnado.** De nada sirve la pretensión de formar futuros profesionales, con gran competencia en sus diferentes disciplinas, si no se dota, al mismo tiempo, de competencias personales, ciudadanas y adaptativas que sitúen a esos futuros expertos en el contexto de su realidad más inmediata, con el fin de minimizar los efectos de la incertidumbre y la desconexión social.

**IX. Crear espacios de estudio e intervención con instituciones y entidades.** Atendiendo al carácter global y multicausal de la mayor parte de los problemas de salud mental y a la necesidad de implementar actuaciones comunitarias, la universidad debe abrir espacios de análisis y trabajo con colegios profesionales, asociaciones, colectivos y cuantas entidades puedan colaborar y participar en la atención e intervención que los miembros de la comunidad universitaria necesiten.

Por último, y en el sentido expresado en la última recomendación, los resultados de este estudio, así como los planteamientos profesionales de sus autores, nos llevan a plantear que el compromiso que la institución universitaria debe asumir con el bienestar de todos sus miembros, pero especialmente con el alumnado, sólo puede ser abordado desde una intervención comunitaria, entendida esta como la confluencia de aportaciones, disciplinares y profesionales, que asumen la realidad de una sociedad en permanente estado de cambio y las consecuencias de unos modos de vida que afectan gravemente al desarrollo integral de la personas y que se convierten en factores de riesgo para una adecuada salud mental.

“

*El compromiso que la institución universitaria debe asumir con el bienestar de todos sus miembros, pero especialmente con el alumnado, sólo puede ser abordado desde una intervención comunitaria.*

”



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calvarro, A.L. (2016). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes*. [Trabajo de Fin de Grado, Grado en Psicología, Universidad de Salamanca]. <https://gedos.usal.es/handle/10366/131434>
- De Rivera, L., y Abuín, M. (2012). *LSB-50 Listado de Síntomas Breves: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2006). *Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la población: Una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental*.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez de Albéniz, A. (2018). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2). 106. [doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928](https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928)
- García-Viniegras, C., & López-González, V. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2(7), 21.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gómez, R.D. (2002). La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Colombia*. 20(1): 101-116.
- Gómez-Beneyto, M., Rodríguez Pulido, F. y Caamaño Sánchez, V. (2018). Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 19-43.
- <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0019.pdf>
- González, B.; Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Instituto de la Juventud de España (INJUVE).
- Guinsberg, E. (2007). *Salud mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva*. En Jarillo, E., Guinsberg, E. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Jarillo E, Guinsberg E. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2007.

- Mayordomo, T.; Sales, A.; Satorres, E.; Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, vol. 14, núm. 2, 101-112. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.
- Muñoz Arrovaye, C.O., Cardona, D., Restrepo-Ochoa, D.A., & Calvo, A.C. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *Rev. CES Psico*, 15(2), 151-168. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.5275>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa (Canadá. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la salud. Ontario: OMS. Disponible en <http://www.cepis.opsoms.org/bvsdeps/full-text/conf1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: who Regional Office for Europe; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la comisión sobre determinantes sociales de la salud (Borrador) [Internet]. Ginebra. (acceso 12 de febrero de 2023). Disponible en [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA\\_SITUACIONAL/ARCHIVO%20Y%20BIBLIOTECA/OTRO\\_DOCUMENTO/10.pdf](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/ARCHIVO%20Y%20BIBLIOTECA/OTRO_DOCUMENTO/10.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). Declaración de Alma Ata: Conferencia internacional sobre atención primaria en salud [Internet]. Washington.
- Páramo, M., Straniero, C., García, C., Torrecilla, N. y Escalante, E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21.
- Paschall, M.J., Flewelling, R.L. (1997). Measuring intermediate outcomes of violence prevention programs targeting African-American male youth: an exploratory assessment of the psychometric properties of six psychosocial measures. *Health Educ Res.*; 12(1): 117- 128.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460-469.

- Possas, C. (1989). *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Restrepo, D.A.; Jaramillo, J.C. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2012; 30(2): 202-211.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D.; Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719- 727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Rogers, A.; Pilgrim, D. (2010). *A sociology of the mental health and illness*. 4ª ed. United Kingdom: McGraw Hill.
- Segura, A. (2015). *Estabilidad y persistencia de la psicopatología internalizante en niños y adolescentes evaluados en ámbito clínico. Estudio longitudinal de factores pronóstico*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.





ESTUDIO SOBRE

**BIENESTAR PSICOLÓGICO  
Y SALUD MENTAL**

DEL ESTUDIANTADO DE LA UEX



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

