



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**



**FACULTAD DE MEDICINA**

Grado en Medicina

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROYECTO UNIHCOs: RIESGO DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

---

**Autora:**

**Hidalgo Soto, Marta**

**Tutora:**

**Almaraz Gómez, Ana**

**Valladolid, Junio de 2016**



# PROYECTO UNIHCOS: RIESGO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Material y métodos.....	2
Resultados.....	4
Estudio descriptivo.....	4
Estudio analítico.....	6
Discusión.....	9
Limitaciones del estudio.....	11
Conclusiones.....	11
Bibliografía.....	12

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar la prevalencia de riesgo de trastornos de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer año de la Universidad de Valladolid, en el contexto del Proyecto uniHcos. En el año 2015, contestaron a un cuestionario autoadministrado 177 alumnos que se incluyeron en el estudio. Esta muestra está compuesta en su mayoría por mujeres (71,8%) con una media de edad de 19,12 años  $\pm$  2,6 años. Mediante el cuestionario GHQ-12, se realizó el *screening* para detectar el riesgo de padecer trastornos del ánimo. Se mostró una prevalencia de 50,3%. En este trabajo se estudiaron los factores demográficos, familiares y conductuales que pueden estar asociados a estas alteraciones. La disfuncionalidad familiar, presentó una considerable fuerza de asociación con el riesgo de presentar ansiedad y depresión. Otras variables que han mostrado una relación significativa son: seguir una dieta inadecuada y el insomnio de mantenimiento. Las alteraciones en el estado anímico son muy frecuentes entre universitarios, haciéndose necesarias intervenciones que prevengan su aparición.

## INTRODUCCIÓN

El ingreso a la universidad, establece en los jóvenes una modificación en su comportamiento para adecuarse al nuevo entorno. Ya Fisher (1987)<sup>1</sup> consideraba que este cambio supone una situación altamente estresante, debido a la pérdida de control sobre el nuevo ambiente, generando estrés y pérdida de bienestar mental.

La importancia de la salud mental ha sido motivo del proyecto ESEMeD en Europa y del Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar (2008) por su implicación en el rendimiento académico y estado físico y emocional<sup>2,3,4</sup>.

Los trastornos de ansiedad y depresión son muy prevalentes en universitarios. Diversos estudios apuntan a que representan una mayor incidencia en comparación con la población general<sup>5,6</sup>. Estos problemas de salud se estima que afectan al 11,5% de la población general europea<sup>7</sup> y se identifican entre el 10-20% de los jóvenes en Europa<sup>3</sup>.

Los factores relacionados han sido ampliamente estudiados, encontrándose factores precipitantes como factores protectores:

El ejercicio físico, el descanso, el apoyo familiar, académico y social han demostrado mejorar la capacidad resolutive de los individuos, reduciendo el impacto de factores estresantes<sup>8,9</sup>. El apoyo social incluye los recursos que no solo se ponen a disposición de todos, sino que además perciban los sujetos que están disponibles para ellos.

Mientras, el estigma y la exclusión social son factores de riesgo de desórdenes psicológicos. Tiene una menor correlación positiva tener un bajo nivel adquisitivo<sup>3,10</sup>. Es por la importancia de estos factores, que ha de plantearse un estudio detallando su influencia en el Proyecto uniHcos, el cual realiza diversas investigaciones acerca de los estilos de vida que intervienen durante la etapa universitaria.

## **OBJETIVOS**

- Analizar la prevalencia de riesgo de trastornos de ansiedad y depresión en universitarios de primer curso de la Universidad de Valladolid.
- Definir factores demográficos, socio-familiares y de estado de salud que puedan estar relacionados con la pérdida de bienestar psicológico.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

- Muestra: Alumnos de primer año y matrícula de todas las carreras que pertenezcan a la Universidad de Valladolid, y que respondan al cuestionario autoadministrado.
- Tipo de estudio: El Proyecto uniHcos corresponde a un estudio de cohortes dinámico financiado por el Ministerio de Sanidad. Sin embargo, en este proyecto, se realiza un estudio transversal correspondiente al año 2015.
- Fuente de información: A través del cuestionario empleado que proporciona el Proyecto uniHcos<sup>11</sup>, enviado por correo electrónico a toda la población diana. En el mismo correo electrónico se solicita el consentimiento informado.

- Variables del estudio: El cuestionario consta de 19 secciones o bloques generales. El centro de este trabajo es la sección de “Bienestar y Estrés laboral”, buscando las posibles relaciones con diferentes apartados como son: “Función Familiar” y “Descanso” y “Uso de Internet”, atendiendo a las características demográficas de la muestra.
  - a) Método de evaluación del bloque “Bienestar y Estrés laboral”: Está basado en la versión castellana del cuestionario General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) o de Goldberg. Es un instrumento que evalúa la probabilidad (no el diagnóstico) de morbilidad psicológica en la comunidad. Es el empleado en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) del 2011<sup>12</sup>.

Distingue dos subcategorías: bienestar psicológico (ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12) y funcionamiento social y capacidad de confrontación de problemas (ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11).

La forma más habitual y sencilla de puntuación es el método 0-0-1-1. Consiste en asignar un punto por cada ítem contestado que implique una situación peor o mucho peor de lo habitual. Con un punto de corte 3 o superior se sospecha la existencia de patología mental.

Este instrumento ha demostrado ser fiable y con una elevada consistencia interna en la población general española<sup>13</sup>. Si bien no se han obtenido datos de validez interna en una muestra representativa, un estudio realizado en Madrid sobre población urbana, reveló una sensibilidad del 76% y una especificidad del 80%<sup>14</sup>.
  - b) Evaluación del bloque “Función Familiar”: Para evaluar la situación familiar, se emplea el cuestionario Apgar-familiar. Es una técnica rápida que ha demostrado ser válida y fiable<sup>15</sup>. La máxima puntuación es un 10. Según el total de puntos se clasifica en “Altamente funcional” (de 7 a 10 puntos), “Moderadamente funcional” (de 4-6 puntos) y “Altamente disfuncional” (de 0 a 3 puntos).
  - c) Evaluación del bloque “Uso de Internet”: El Internet Addiction Test (IAT), validado y fiable, detecta el uso patológico de Internet siendo útil como herramienta de cribado en la población joven<sup>16</sup>. Se considera existencia de adicción una puntuación mayor o igual de 40, teniendo como mínimo 20 y como máximo 100.

- d) Apartado “Hábitos Alimentarios”: Mediante el cuestionario SCOFF para el cribado de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)<sup>17</sup>, siendo de riesgo cuando suma  $\geq 2/4$  puntos. El índice IASE, que valora la calidad de la dieta<sup>18</sup>, contiene 10 variables que son los alimentos consumidos y su frecuencia. La puntuación máxima es 100, siendo una “alimentación saludable”  $>80$ ; “Necesita cambios” 50 – 80 y “poco saludable”  $\leq 50$ .
- Análisis estadístico: Consta de análisis bivariado con la variable dependiente: riesgo de trastornos de ansiedad y depresión. La relación con las variables cualitativas se efectúa con el programa estadístico SPSS mediante la prueba chi-cuadrado y cálculo de odds ratio con un IC 95%. Para la comparación de las puntuaciones medias del GHQ-12, se ha utilizado el test de ANOVA.

## **RESULTADOS**

### **ESTUDIO DESCRIPTIVO:**

La muestra obtenida ha sido de 177 estudiantes (el 100% de los que contestaron al cuestionario) en el curso 2015/2016. De ellos, un 71,8% son mujeres y un 28,2% hombres. La edad media es de 19,12 años  $\pm$  2,6 años (IC95% 18,7 - 19,6) y la mediana de edad corresponde a 18. En la tabla 1 se puede ver el resultado descriptivo de las variables del estudio.

**Tabla 1. Características generales de la muestra**

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
<b>Titulación</b>			
Arte y humanidades	19	10,7	7 – 16,1
Ciencias	18	10,2	6,5 – 15,5
Ciencias de la salud	31	17,5	12,6 – 23,8
Ciencias sociales y jurídicas	71	40,1	33,2 – 47,4
Ingenierías y arquitectura	38	21,5	16 – 28
<b>Compaginar estudios y trabajo</b>			
Sí	11	6,2	3,5 – 10,7
No	125	70,6	63,5 – 76,8
Busco trabajo	41	23,2	17,5 – 30
<b>Convivencia con la Familia durante el curso</b>			
Sí	101	57	49,7 – 64,1
No	76	43	35,8 – 50,3
<b>Discriminación</b>			
Sí	24	13,6	9,2 – 19,3
No	153	86,4	80,6 – 90,7
<b>Maltrato</b>			
Sí	5	2,8	1,2 – 6,4
No	172	97,2	93,5 – 98,7
<b>Estado de salud percibida</b>			
Muy buena o buena	143	80,2	74,3 – 85,9
Regular, mala o muy mala	34	19,2	14 – 25,6
<b>GHQ-12</b>			
No riesgo (0-2)	88	49,7	42,4 – 57,6
Riesgo ( $\geq 3$ puntos)	89	50,3	43 – 57
<b>APGAR-familiar</b>			
Normofuncional (7-10)	125	70,6	63,5 – 76,8
Disfuncional leve (4-6)	37	20,9	15,5 – 27,4
Disfuncional grave (0-3)	15	8,5	5,2 – 13,5
<b>Uso de internet</b>			
Uso normal	166	93,8	89,2 – 96,4
Uso patológico	11	6,2	3,5 – 10,7
<b>Riesgo TCA</b>			
No	139	78,5	72 – 84
Sí	38	21,5	16 – 28

La distribución de la muestra según la rama académica es muy heterogénea: Ciencias Sociales y Jurídicas 40%, Ciencias 10%, Ciencias de la Salud 18% e Ingeniería y Arquitectura 22%. Casi la mitad de ellos (43%) viven fuera del domicilio familiar. En la escala GHQ-12 para valorar el riesgo de depresión y ansiedad, se objetiva el dato más relevante: una prevalencia de riesgo de trastornos del estado de ánimo del 50,3 % (IC95% 43-57,5).

Otros aspectos notables se muestran en la misma tabla, en la que se observa que un 30% de los estudiantes presenta algún tipo de disfuncionalidad familiar. Respecto a salud percibida un 80% refiere tener un buen estado de salud y una amplia mayoría refiere no sufrir ningún tipo de maltrato, aunque este porcentaje es menor al hablar de discriminación (97% vs. 86%). Abarca todos los tipos de

discriminación que han percibido los estudiantes en el último año. Respecto al uso de internet, un 94% realiza un uso de Internet sin patrones de abuso.

En relación al descanso, en la tabla 2 se describe la distribución acorde con las horas de sueño. Un 55% de los alumnos duermen horas suficientes de al menos 8 horas. Sin embargo, sólo un 41% indica que las horas de sueño les permiten hacer un descanso suficiente. Los problemas de insomnio, se subdividen en: insomnio de conciliación (dificultad para quedarse dormido) que registra un 15,2%; insomnio de mantenimiento (o despertares nocturnos) con un 14,6%; y despertares precoces, que registra el menor porcentaje con un 8,5%.

Por último, el cuestionario SCOFF indica una prevalencia de 21,5% (IC95% 16-28) de riesgo de padecer TCA.

**Tabla 2. Características generales del descanso**

	N	%
<b>Horas de sueño</b>		
Menos de 8 horas	80	45,2
8 horas o más	87	54,8
<b>Horas de descanso suficientes</b>		
Sí	104	41,2
No	73	58,8
<b>¿Has tenido dificultad para quedarte dormido/a?</b>		
Nunca, algún día o varios días.	150	84,8
La mayoría o todos los días	27	15,2
<b>¿Te has despertado varias veces mientras dormías?</b>		
Nunca, algún día o varios días.	151	85,4
La mayoría o todos los días	26	14,6
<b>¿Te has despertado demasiado pronto?</b>		
Nunca, algún día o varios días.	162	91,5
La mayoría o todos los días	15	8,5

#### **ESTUDIO ANALÍTICO:**

A pesar de que el sexo es uno de los factores que más se relaciona con problemas de ansiedad, no se muestra una clara asociación con una  $p: 0,32$ . Aunque sí se muestra una mayor frecuencia de riesgo en mujeres (52,8% vs. 44%) en la tabla 3.

**Tabla 3. Factores de riesgo sociodemográficos**

<b>Variables</b>	<b>Todos los participantes (n=177)</b>	<b>GHQ≥3 (%)</b>	<b>OR (IC95%)</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
<b>Género</b>				
Hombres	50	22 (44%)	1,00	0,32
Mujeres	127	67 (52,8%)	1,42 (0,73-2,74)	
<b>Edad</b>				
<21 años	155	77 (49,7%)	1,00	0,82
≥21 años	22	12 (54,5%)	1,21 (0,49-2,97)	
<b>Discriminación</b>				
No	153	73 (47,7%)	1,00	0,12
Sí	24	16 (66,7%)	2,19 (0,88-5,4)	
<b>Estado de salud percibido</b>				
Muy buena o buena	143	67 (43,9%)	1,00	0,08
Regular, mala o muy mala	34	22 (64,7%)	2,07 (0,95-4,51)	
<b>Apgar- familiar</b>				
Normofuncional	125	53 (42,4%)	1,00	0,003
Disfuncional leve	37	24 (64,9%)	2,5 (1,17-5,37)	
Disfuncional grave	15	12 (80%)	5,43 (1,46-20,2)	
<b>Uso de Internet</b>				
Uso normal	166	80 (48,2%)	1,00	0,057
Uso patológico	11	9 (81,8%)	4,83 (1,01-23)	
<b>Riesgo TCA</b>				
No	139	62 (44,6%)	1,00	0,006
Sí	38	27 (71,1%)	3,04 (1,40-6,62)	

a: p-valor calculado con el estadístico exacto de Fisher en Significación bilateral

Analizando la influencia de la edad, no existe diferencias entre los estudiantes con el test de Goldberg positivo, existiendo más frecuencia en los que tienen 21 años o más (54,5% vs 49,7%).

Casi un 65% de los alumnos que refieren tener un estado de salud deficiente, tienen un riesgo de morbilidad, que es 2,07 veces superior al de aquellos que indican un buen estado de salud (p=0,08).

En el estudio de la asociación de disfunción familiar sí se observan datos reveladores. Cabe mencionar que según empeora la función familiar, aumenta el riesgo de trastornos mentales y de ánimo.

Estar en un ambiente familiar que se clasifica como disfuncional leve (4-6 puntos) tienen 2,5 veces más riesgo de tener ansiedad y depresión (IC95% 1,17-5,37). En cuanto a los casos graves (0-3 puntos) el riesgo aumenta más del doble: 5,43 (IC95% 1,46-20,2) con una p<0,05.

Entre las personas que responden positivamente a pregunta de discriminación se observa una frecuencia de GHQ-12 de riesgo de casi el 67%. Con una OR cruda de 2,19 ( $p=0,12$ ).

En cuanto a los que tienen problemas de adicción a internet, la frecuencia de estos problemas psicológicos es casi dos veces mayor que los que hacen un uso racional (81,8% vs. 48,2%). Tiene una OR elevada (4,83) con una  $p=0,057$ .

**Tabla 4. Alimentación y nutrición en pacientes de riesgo**

	GHQ $\geq$ 3		GHQ $\geq$ 3			
	N	%	n	Media (IC95%)	SD	p-valor
<b>Saludable</b> (n=21)	12	57,1	21	3,33 (1,88-4,78)	3,18	0,022
<b>Necesita cambios</b> (n=146)	69	47,3	146	3,21 (2,7-3,72)	3,11	
<b>Poco saludable</b> (n=10)	8	80	10	6,10 (3,41-8,79)	3,75	

Analizando los hábitos alimenticios, en la tabla 3, los TCA aparecen asociados a puntuaciones altas en el GHQ-12. Un 71% de las pacientes que tienen un SCOFF de alarma también obtienen el mismo resultado en el cuestionario de Goldberg, con una OR 3,04 y una  $p=0,006$ .

En la tabla 4, se relaciona la calidad de la dieta asociada al GHQ. Cabría esperar que a mejor nutrición, mejor respuesta en el test. Sin embargo, aquellos cuya dieta necesita cambiar según el índice IASE, rompen la tendencia. Esto se puede deber a que la inmensa mayoría de los encuestados admiten que su alimentación no es del todo correcta. No por ello significando mayores problemas de bienestar mental.

Claramente relacionado con este hecho está factor de tener una dieta poco saludable, es decir, obtener 50 puntos o menos en la escala IASE. Los universitarios que se incluyen en este grupo tienen una puntuación media en el GHQ-12 de 6,10 (3,41 – 8,79). Con esa puntuación se ha de sospechar alguna patología.

En relación a las variables relacionadas con el descanso:

Principalmente se han estudiado los tipos de insomnio ya descritos antes y su relación con algún tipo de problema mental (tabla 5).

**Tabla 5. Relación entre características del descanso y GHQ-12**

	N	GHQ≥3	%	OR (IC95%)	p
<b>¿Has tenido dificultad para quedarte dormido/a?</b>					
Nunca, algún día o varios días.	150	72	47	1,00	0,19
La mayoría o todos los días	27	17	63	1,84 (0,8-4,3)	
<b>¿Te has despertado varias veces mientras dormías?</b>					
Nunca, algún día o varios días.	151	68	45	1,00	0,04
La mayoría o todos los días	26	21	80	6,73 (2,4-18,8)	
<b>¿Te has despertado demasiado pronto?</b>					
Nunca, algún día o varios días.	162	77	47	1,00	0,073
La mayoría o todos los días	15	12	80	4,4 (1,2-16,2)	

En todos los casos se muestra relación entre la variable dependiente y las alteraciones del sueño. Esta asociación aparece en el insomnio de mantenimiento, el cual muestra una mayor asociación con diferencias significativas entre los que lo padecen y los que no ( $p < 0,05$ ).

Ningún punto del apartado "uso de sustancias" ha sido incluido en las tablas ya que en no hay asociación estadística. El tipo de droga más consumida es el cannabis (un 37% lo ha consumido alguna vez). Pero prácticamente la misma proporción de consumidores y no consumidores tienen puntuaciones de riesgo en el GHQ-12 (51,5% y un 49,5%, respectivamente).

Tampoco el consumo de tabaco ni el *binge drinking* muestran relación con la presencia de ansiedad o depresión ( $p > 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

En este estudio con alumnos de primer curso, se muestra una prevalencia de problemas psicológicos (como son la ansiedad y depresión) de 50,3%. Esta prevalencia es muy elevada, pero es similar a las mostradas en otros estudios. Por tanto, se trata de una patología muy frecuente.

A nivel nacional, un estudio transversal publicado por Serafín Balanza, et al., realizado en 700 alumnos universitarios, afirma que el 47,1% sufre trastornos

de ansiedad y el 55,6% posee rasgos de depresión, utilizando como instrumento la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg<sup>10</sup>. Estos resultados sobrepasan ampliamente a los presentados en el estudio ESEMeD-España: elaborado sobre la población general  $\geq 18$  años, indica que las alteraciones del estado de ánimo y ansiedad son de 4,42% y 6,22% respectivamente, empleando el Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) con entrevistadores entrenados<sup>2</sup>. A pesar de la variabilidad de los métodos empleados como cribado, se puede establecer que el riesgo de morbilidad psicológica es mayor en universitarios que en otros sectores de la sociedad, como ya apuntaban otros estudios<sup>5,6</sup>.

A nivel internacional, estos datos se reafirman. Un estudio realizado en Brasil<sup>6</sup> en estudiantes graduados muestra que las patologías más frecuentemente detectadas fueron los trastornos de ansiedad y depresión (44%). Además, un 47,9% refería alteraciones del descanso. Esta cifra es semejante a la de este trabajo en el cual un 58,8% indica un descanso insuficiente. Otro estudio internacional, esta vez restringido a estudiantes de odontología, concluye con casi los mismos resultados, la mayor prevalencia de este problema. Al igual que en los trabajos anteriores, también se muestra una mayor frecuencia en mujeres que en hombres<sup>9</sup>.

Respecto a la percepción de discriminación, llama la atención el número de alumnos que afirman estar en esa situación (13,6%). Es menor a lo presentado en publicaciones internacionales<sup>19,20</sup>. Es oportuno señalar que en nuestra sociedad ha habido importantes conquistas en este terreno. Las universidades en los últimos años están llevando a cabo cada vez más proyectos que tienen como objetivo erradicar la discriminación. Sin embargo, a veces estos programas no tienen una aplicación real. Un ejemplo de ello es la situación de riesgo de exclusión a la que se han tenido que enfrentar cientos de estudiantes, al verse próximos al impago de la matrícula tras la rotunda subida del precio del crédito. Esto perjudica la igualdad de oportunidades.

La disfunción familiar ha mostrado una asociación significativa con las puntuaciones altas del GHQ-12. Mientras que aquí se expone que un 65% de los que señalan disfunción familiar tienen 3 puntos o más en el test de

Goldberg (con una OR de 2,5 o 5,4 según sea leve o grave), un estudio realizado en Colombia con el mismo propósito, indica que un 76% de los que superan el punto de corte, tienen disfunción familiar con asociaciones estadísticamente significativas. La OR cruda se sitúa en 1,2<sup>5</sup>.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La gran limitación de los cuestionarios autoadministrados es la baja tasa de respuesta. Los que responden difieren sistemáticamente de los que no responden.

Por otra parte, debido a que se realiza un estudio transversal, no se pueden establecer relaciones de causalidad. Por último, comentar que los IC presentados en el estudio analítico presentan un rango muy amplio.

## **CONCLUSIONES**

Los estudiantes de grado a pesar de ser un sector de la población relativamente sano, presenta un gran riesgo de trastornos de ansiedad y depresión. Más que en su propio entorno. Estos problemas se asocian con dificultades en el ámbito familiar, una deficiente alimentación y problemas para mantener el sueño evitando un correcto descanso.

La política educativa debe de estar encaminada a mejorar las relaciones entre estudiantes e instituciones. Para detectar precozmente situaciones de riesgo que lleven a los estuantes a perder la situación de bienestar mental. Es importante que haya recursos disponibles para llevar a cabo programas que incluyan especialistas en psicología que les enseñen a los universitarios a afrontar situaciones altamente estresantes.

Para conocer estas necesidades son necesarios proyectos como uniHcos, que evalúan los cambios de los hábitos a la entrada de la universidad. La mayoría de los nuevos hábitos adquiridos durante la etapa adulta temprana van a persistir durante toda la vida. Por eso es tan importante conocerlos y realizar un abordaje completo que logre inculcar estilos de vida saludables como medida de prevención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher, S. y Hood, B. The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and homesickness. *British Journal of Psychology*, 1987. 79, 1-13.
2. A. Pinto-Meza, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:12-20
3. European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels European Commission 2008. (Disponible a través de URL: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)) [Acceso 09 Nov 2015]
4. Fernández Villa, T.; et al. Proyecto uniHcos. Cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, 2013; 87(6): 575-585.
5. Arrieta Vergara Katherine M., et al. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios. Prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam* 2014; 7(1):14-22
6. L.A Nogueira-Martins, et al. The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res* 2004; 37(10): 15 19-24
7. Alonso J, Lepine JP. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:3–9.
8. Calvete, H. and Connor-Smith, J.K. Perceived Social Support, Coping, and Symptoms of Distress in American and Spanish Students. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2006; 19(1):47-65.
9. Arrieta Vergara K., et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013; 42(2):173-181
10. Serafín Balanza Galindo, et al. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*. 2009; 20(2):177-187

11. Cuestionario del estudio uniHcos. 3 Jul 2013 (Disponible a través de URL:<http://unihcos.blogspot.com.es/2013/07/cuestionario-del-estudio.html>) [Acceso 02 Nov 2015].
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2011. (Disponible a través de URL: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>) [Acceso 02 Nov 2015]
13. Rocha, K. B., et al. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol*. 2011. 11(1),125-139.
14. Goldberg D, Williams P. Versiones abreviadas del GHQ y problemas de puntuación. En: Goldberg D, Williams P, Lobo A, Muñoz PE. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Masson SA; Barcelona, 1996.
15. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-96.
16. Fernández Villa T., et al. Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among college students. *BMC Public Health*. 2015; 15:953
17. Martínez-González L., et al. Prevalence of eating disorders in college students and associated factors: uniHcos Project. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):927-934
18. Norte Navarro A.I, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp*. 2011;26(2):330-336
19. Kogan L, Galarza F. Percepción de los estudiantes sobre factores de exclusión y discriminación en el entorno universitario. 2015. Plataforma de acción contra la discriminación étnico-racial. (Disponible a través de URL: <http://alertacontraelracismo.pe/wp-content/uploads/2015/06/PercepcionUniversitariosDiscriminacion.pdf>) [Acceso el 01/05/2016]

20. Bermúdez Urbina F, Pérez Alfaro J. Percepciones sobre diversidad cultural y discriminación en estudiantes de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (Unicach). Lacandonia. 2010; 4.1:85-96.