



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



Grado en Medicina

Trabajo Fin de Grado

Curso 2021/2022

**USO DE SERVICIOS SANITARIOS Y
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN
UNIVERSITARIOS. PROYECTO uniHcos**



Autora: Marina Iglesias Oricheta

Tutora: Ana Almaraz Gómez

Cotutor: Vicente Martín Sánchez

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

ÍNDICE

1.RESUMEN	1
2.INTRODUCCIÓN.....	2
2.1.ETAPA UNIVERSITARIA	2
2.2.USO DE SERVICIOS SANITARIOS.....	3
2.3.SALUD MENTAL	3
2.4.BÚSQUEDA DE AYUDA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	4
3.OBJETIVOS	5
4.MATERIAL Y MÉTODOS	5
4.1.DISEÑO	5
4.2.POBLACION A ESTUDIO	5
4.3.PROCEDIMIENTO	6
4.4.ASPECTOS ÉTICOS	6
4.5.VARIABLES	6
5.ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	9
6.RESULTADOS.....	10
6.1.ANÁLISIS DESCRIPTIVO	10
6.2.RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL, SALUD PERCIBIDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	11
7.DISCUSIÓN	12
8.CONCLUSIONES	14
9.BIBLIOGRAFÍA	16
10.ANEXOS	19
10.1.ANEXO 1.....	19
10.2.ANEXO 2.....	21
10.3.ANEXO 3.....	22
10.4.ANEXO 4.....	24
10.5.ANEXO 5.....	26
10.6.ANEXO 6.....	28

1. RESUMEN

Marco teórico: El comienzo de la universidad supone para los estudiantes enfrentarse a cambios sociales, mentales, físicos... por lo que hay existe alto riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, lo que repercutirá en un aumento de la asistencia sanitaria.

Objetivos: analizar la relación entre el riesgo de problemas de salud mental y la utilización de servicios sanitarios por parte de los universitarios de primer curso.

Metodología: Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal.

Resultados: las universitarias hacen más uso de los servicios médicos que los universitarios, pero estos tienen más accidentes. Un 76,5% de los estudiantes refirió tener un estado de salud bueno o muy bueno, teniendo el sexo femenino una peor percepción de su salud.

Conclusiones: existe relación entre el uso de servicios sanitarios y el riesgo de DM según la escala GHQ-12 ya que las visitas médicas son más frecuentes entre los universitarios con puntuación de riesgo, sin embargo no se observa relación entre la DM y las consultas a medicina de familia según las escalas Beck y PHQ.

ABSTRACT

Theoretical framework: The beginning of the university supposes for the students to face social, mental, physical changes so there is a high risk for the development of mental health problems..., which will have an impact on an increase in health care.

Objectives: To analyze the relationship between the risk of mental health problems and the use of health services by first-year university students.

Methodology: Epidemiological, observational descriptive and transversal study.

Results: university women make more use of medical services than university men, but they have more accidents. 76.5% of the students reported having a good or very good state of health, but women valued their health more negatively.

Conclusions: There is a relationship between the use of health services and the risk of DM according to the GHQ-12 scale, since medical visits are more frequent among university students with a risk score, however, no relationship is observed between DM and visits to general medicine family according to the Beck and PHQ scales.

2. INTRODUCCIÓN

La edad adulta joven, de 18 a 26 años, es un periodo crítico de desarrollo con implicaciones futuras en la salud, economía y bienestar de una persona. Supone una transición hacia la independencia asumiendo más responsabilidades lo que conlleva repercusiones en su salud desfavorables a lo largo del tiempo con la posibilidad de generar hábitos no saludables y conductas de riesgo. [1]

La salud, entendida como el “estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solamente la ausencia de enfermedades o invalidez” está determinada por diversos factores: biología humana, estilos de vida, organización sanitaria y medio ambiente. El estilo de vida es de los que más influye en el estado de salud, y pese a adquirirse en la niñez y pubertad, su consolidación es en la etapa adulta. [2]

Llevar un estilo de vida saludable conduce a una mejora de la salud física pero también a fomentar el bienestar mental. En diversos estudios se ha demostrado una relación bidireccional entre el estilo de vida y las variables de salud mental. En concreto los hábitos saludables pueden tener un efecto positivo en los síntomas de depresión y ansiedad, satisfacción con la vida y salud mental general autopercibida. [3]

La adolescencia es una fase decisiva para el desarrollo de conductas emocionales y sociales importantes para el bienestar físico y mental, tales como adopción de hábitos de sueño saludables, practicar deporte con frecuencia, mantener contactos sociales y afrontar situaciones adversas.

Estudiar la asociación entre salud mental y el uso que hacen los jóvenes de los servicios sanitarios permitirá conocer si ante los problemas que alteran su bienestar piden ayuda médica.

2.1. ETAPA UNIVERSITARIA

Hoy en día hay poca bibliografía sobre el uso que hacen los jóvenes de los servicios sanitarios debido a problemas mentales pese a ser un tema de actualidad, por eso es necesario hacer un estudio sobre ello.

Los estudios universitarios constituyen un periodo de alto riesgo para la exacerbación y/o aparición de problemas de salud mental ya que los jóvenes se enfrentan a cambios físicos, sociales, mentales, etc. Estos cambios pueden ser el origen de la angustia psicológica, relacionada con la enfermedad mental. Es importante saber si los jóvenes buscan ayuda sanitaria ante sus problemas emocionales. [4]

Un factor importante para hacer frente al inicio de esta nueva etapa es el apoyo familiar, ya que la familia sigue siendo una de las fuentes más relevantes para que los estudiantes afronten sus obligaciones emocionales y económicas. Se considera que una ayuda familiar adecuada disminuye el estrés y facilita el desarrollo de mecanismos de adaptación. [4]

2.2. USO DE SERVICIOS SANITARIOS

La tasa de utilización de los jóvenes de los servicios sanitarios es menor que la de otros rangos de edad, en concreto en las visitas programadas y en las visitas a urgencias. [5]. Se debe en parte la baja prevalencia de las patologías crónicas en este grupo de edad, ya que son los enfermos crónicos los que tienen tasas de asistencia sanitaria mayor. [6]

También hay diferencias en la utilización en función del sexo, pues las mujeres tienen una percepción más negativa de su salud y requieren un mayor uso de los servicios sanitarios.[7].

2.3. SALUD MENTAL

La OMS define la salud mental como un “estado de bienestar en el que cada individuo realiza su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”. Es fundamental analizar como la etapa universitaria influye en este bienestar. [3]

La entrada en la universidad puede ser un momento estresante para muchos estudiantes, pues deben hacer frente a la presión académica, separación de su familia, numerosas responsabilidades, etc. En este contexto , aparecen por primera vez problemas de salud mental y uso de sustancias.[8]

A nivel global, los trastornos de ansiedad son los problemas psiquiátricos más prevalentes entre los universitarios. Entre los trastornos de ansiedad, la fobia social tiene una edad de inicio temprana (7-14 años), mientras que el trastorno de pánico, trastornos de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) tienen un inicio más tardío (alrededor de 20 años). Por lo tanto, estudiantes con TAG y TOC pueden comenzar a experimentar síntomas en la universidad. [9]

Otro problema común entre los estudiantes es la depresión, con tasas de prevalencia del 7 al 9%. [9]

El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte en los adultos jóvenes y es un problema significativo entre los universitarios. Muchos de los estudiantes con

ideación suicida no buscan tratamiento, por lo que es fundamental implementar estrategias de detección. [9]

Los trastornos alimentarios como anorexia y bulimia que también se inician en la adolescencia suponen un rápido aumento del riesgo durante la edad adulta temprana. [10]

El consumo de alcohol y drogas alcanza su máximo durante la juventud, por lo que los trastornos por uso de sustancias es uno de los problemas más prevalentes entre los universitarios. [9]

Además, los estudiantes toman fármacos sin receta o más de los recetados, entre los que se encuentran los opioides, benzodiazepinas y anfetaminas. [9]

Todos estos problemas han sido investigados con anterioridad. En un estudio de 2019, basado en el Proyecto uniHcos ha observado que el problema principal de salud mental de los jóvenes universitarios españoles de primer año es el estrés psicológico con una prevalencia del 50%, siendo esta menor en hombres. Se ha observado que la prevalencia es mayor en estudiantes de primer curso que en el resto de años, por lo que el inicio de la universidad es un momento crucial para controlar el malestar psicológico y prevenir sus consecuencias.

En este mismo estudio también se demostró que a medida que disminuyen los niveles de apoyo familiar, aumenta la angustia psicológica. [4]

2.4. BÚSQUEDA DE AYUDA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Es importante destacar la baja búsqueda de tratamiento y consultas a especialistas entre los universitarios debido a la falta de tiempo, por la preocupación excesiva por lo que los demás puedan pensar, preferencia por manejar el problema solo o hablar con familiares y amigos. [11]

Las barreras de actitud y no las estructurales, son las razones más importantes para la ausencia de búsqueda de ayuda. Ciertas barreras son más comunes entre los estudiantes con algunas características clínicas, en particular la depresión mayor y el TAG tienen mayor probabilidad de informar vergüenza como una barrera para pedir ayuda. [11]

A pesar de la disponibilidad y eficacia de las intervenciones clínicas, la mayoría de los universitarios con trastornos mentales y pensamientos suicidas permanecen sin tratar. [12] Los datos internacionales sugieren que menos de 1 de cada 4 estudiantes con trastorno mental o pensamientos suicidas recibe cualquier tipo de tratamiento [13] y

esto coincide con que solo una cuarta parte de los estudiantes buscarían ayuda si desarrollaran un problema emocional. [11]

La falta de identificación o reconocimiento o un tratamiento inadecuado puede contribuir a la persistencia de los problemas de salud mental [14]. Por ejemplo, los trastornos alimentarios son los más persistentes, junto con la depresión y pensamiento suicida.[9]. Por este motivo es fundamental que los universitarios utilicen los servicios sanitarios que tienen a su alcance y así poder ayudarles. Se están estudiando diversos métodos de ayuda, como los programas basados en la tecnología para la detección y una relación de colaboración entre los centros de salud universitarios y los servicios de salud.[11]. Otra forma de fomentar las visitas a los profesionales de la salud es que las universidades dispongan de la prestación de dichos servicios, de esta manera puede haber menor estigma para los estudiantes que buscan ayuda en servicios internos en lugar de externos. [15]

Finalmente para evaluar la búsqueda de ayuda sanitaria entre los estudiantes con problemas de salud mental cuantificaremos el uso que los universitarios hacen de los servicios sanitarios, valorando si el estado de salud mental se refleja en la asiduidad con que los frecuentan.

3. OBJETIVOS

- Describir la percepción de salud, morbilidad y situación de riesgo respecto de la salud mental en universitarios españoles de primer curso.
- Analizar el uso que hacen los estudiantes de los servicios sanitarios.
- Analizar la relación entre el riesgo de problemas de salud mental, morbilidad general y utilización de servicios sanitarios.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal.

4.2. POBLACION A ESTUDIO

La muestra está constituida por 10892 estudiantes universitarios de primer curso y primera matrícula de Grado que pertenecían a las once Universidades del Proyecto uniHcos (Alicante, Cantabria, Castilla-La Mancha, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo) reclutados cada año desde el curso 2011-2012 hasta el curso 2020-2021 que cumplimentaron el cuestionario.

En el caso de los cuestionarios Beck y PHQ esta muestra se reduce a 782 estudiantes debido a que se introdujeron a partir del curso 2017/18.

4.3. PROCEDIMIENTO

La invitación para intervenir en el estudio se envió a los estudiantes diana a los correos electrónicos institucionales, conteniendo una explicación del estudio y sus objetivos y un consentimiento informado que debía cumplimentar cada estudiante para formar parte del estudio. Se ha tratado de manera confidencial los datos cedidos según dicta la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.[16]

La información se recogió mediante un cuestionario *ad hoc* online autoadministrado y anónimo con un total 373 ítems agrupados en 19 secciones.

Los datos recogidos durante las 11 oleadas han sido cedidos para realizar este trabajo, de manera que permite obtener la información correspondiente a los problemas de salud mental, uso de servicios sanitarios y datos demográficos concernientes.

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto uniHcos tiene el respaldo de los Comités de Ética de las universidades asociadas y la integración del fichero de información en la Agencia de Protección de datos, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal [16]. Además la plataforma SphinxOnline®, usada en la obtención de información, trabaja de forma anónima con los datos de los estudiantes. [17]

4.5. VARIABLES

De las 373 preguntas del cuestionario, se han analizado para el presente trabajo las relativas a características demográficas, estado de salud percibido, morbilidad, situación de riesgo de enfermedad mental y uso de servicios sanitarios basadas en los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 [18].

a) Características demográficas y académicas:

- Sexo: hombre/mujer.
- Edad: variable continua. Se dicotomiza en ≤ 20 y > 21 .
- Estado civil: casado/a, divorciado /a, pareja de hecho, separado/a, soltero/a, viudo/a.
- Universidad en la que estudia: Alicante, Cantabria, Castilla-La Mancha, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo.

b) Estados de salud

Salud general

i) Los datos sobre **salud percibida** fueron recogidos a través de la pregunta: "En los últimos 12 meses, ¿dirías que tu estado de salud ha sido?, con 5 opciones de respuesta: muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno.

ii) Morbilidad sentida, diagnosticada y tratada:

En este apartado se han analizado las variables relativas específicamente a la depresión y al número de patologías percibidas excluyéndola.

- De la siguiente lista de enfermedades o problemas de salud, ¿padeces o has padecido alguna vez alguna de ellas?: Tensión alta, enfermedades del corazón, varices en las piernas, artrosis, artritis o reumatismo, dolor de espalda crónico (cervical), dolor de espalda crónico (lumbar), alergia crónica, asma, bronquitis crónica, diabetes, úlcera de estómago o duodeno, incontinencia urinaria, colesterol alto, problemas crónicos de piel estreñimiento crónico, depresión ansiedad u otros trastornos mentales, migraña o dolor de cabeza frecuente, hemorroides, tumores malignos, anemia, problemas de tiroides y problemas del periodo menstrual (sólo mujeres)
- ¿La has padecido en los últimos 12 meses?: Sí/no.
- ¿Te ha dicho un médico que la padeces?: Sí/ no.
- ¿Estás tomando o has tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema? : Sí/no.

iii) Accidentes y limitaciones de la vida diaria:

- Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido algún accidente de cualquier tipo incluido intoxicación o quemadura?: Sí /no.
- Durante las últimas 2 semanas, ¿has tenido que reducir o limitar tus actividades habituales al menos la mitad de un día, por alguno o varios dolores o síntomas?: Sí/no.
- Cuántos días: hasta tres/ cuatro o más
- Durante las últimas 2 semanas, ¿te has visto obligado a quedarte más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si has estado hospitalizado considera también los días pasados en el hospital).: Sí /no.
- Cuantos días: uno o dos/ tres o más.

Salud mental

i) Depresión padecida, diagnostica y tratada:

- ¿La has padecido en los últimos 12 meses?: Si/no.
- ¿Te ha dicho un médico que la padeces?: Sí/ no.

- ¿Estás tomando o has tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema? : Sí/no.

ii) **Cuestionario GHQ 12:** Detecta la prevalencia de trastornos psiquiátricos no psicóticos en la población general. Consta de 12 ítems divididos en 2 categorías: bienestar psicológico (ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12) y funcionamiento social y capacidad de afrontamiento de problemas (ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11).

La forma de puntuación sigue el método 0-0-1-1, asignando un punto por cada ítem contestado que implique una situación peor de lo habitual. Una puntuación igual o mayor de 3 indica riesgo de padecimiento psiquiátrico o psicológico.

Este instrumento presenta una elevada consistencia interna en la población española y un adecuado poder discriminatorio de cada uno de los ítems.[19]

iii) **Cuestionario PHQ-9:** permite detectar la presencia de trastorno depresivo de acuerdo a los criterios del DSM-IV, definir su severidad y optimizar el tratamiento durante el seguimiento.

Consta de 10 preguntas que indagan sobre la experiencia del paciente en las dos últimas semanas en lo referente a su actitud hacia las tareas, nivel de depresión, problemas para dormir, nivel de energía, hábitos alimenticios, velocidad de funcionamiento y pensamientos suicidas. La última pregunta se refiere a la medida en la que afecta a la vida diaria los problemas planteados en las preguntas anteriores, pero no se incluye en la puntuación final. Las respuestas pueden ser nunca, varios días, más de la mitad de los días y casi cada día, puntuando de 0 a 3 respectivamente.

La suma total de las respuestas sugiere 6 niveles de depresión: 0 puntos-no depresión; 0-4 puntos-mínima; 5-9 puntos –leve; 10-14 -moderada; 15-19- moderadamente grave y 20-27 -grave.

En algunos análisis se ha dicotomizado la variable (si/no), considerando que hay DM a partir de la categoría de gravedad moderada (≥ 10 puntos), mientras que no hay DM en las categorías inferiores (≤ 9 puntos).

Este instrumento ha demostrado ser fiable según un estudio realizado por Kroenke, Spitzer y Williams en el que se obtuvo una elevada sensibilidad y especificidad para diagnosticar depresión mayor con una puntuación en el cuestionario igual o superior a 10.[20]

Además, en EEUU está aprobado como método de medida de la gravedad de la depresión mayor en un entorno de atención primaria. [21]

iv) **Cuestionario Beck:** es un autoinforme de 21 ítems tipo Likert utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes

mayores de 13 años. [22] Sus ítems describen los síntomas más comunes de los pacientes con depresión y distimia, que corresponden con los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV y en el CIE-10. [23]

En el presente trabajo, se utiliza un formato abreviado compuesto por 13 ítems, cada uno de los cuales se contesta en una escala de 4 puntos (de 0 a 3) y se establecen 4 grados de depresión según la puntuación total. De esta manera la variable cualitativa queda codificada como se expone a continuación: Ningún grado de depresión (0-4 puntos), Grado de depresión Medio (5-7 puntos), Grado de depresión Moderado (8-15 puntos) y Grado de depresión Severo (más de 16 puntos).

Un estudio, de la comunidad de Madrid en el que se analizó adultos con trastornos psicológicos en tratamiento ambulatorio, demostró que las puntuaciones obtenidas con el cuestionario, permiten discriminar entre personas con trastorno depresivo mayor y sin depresión. Las buenas propiedades psicométricas avalan por lo tanto su uso en España en el ámbito clínico como de investigación. Sin embargo el resultado del test no es diagnóstico de depresión, ya que es necesario tener en cuenta criterios de duración, gravedad, incapacidad entre otros. [22]

c) Uso de servicios sanitarios:

- Consulta Medicina de Familia en las últimas 4 semanas: Sí/no, No sabe, No recuerda.
- Número de veces que acudió a una consulta de Medicina de Familia: una o dos / tres o más.
- Consulta a Urgencias en los últimos 12 meses: Sí/no.
- Número de veces que acudió a un servicio de Urgencias: una o dos / tres o más.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos, codificados en Excel, fueron exportados para su tratamiento estadístico al programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 26.

- a) Análisis descriptivo:** se calculan las frecuencias absolutas y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. La realización de estos análisis se hará por sexo (hombre/mujer) con un intervalo de confianza del 95%.

b) Análisis bivariado: se cruzan los resultados de los tres cuestionarios (Beck, PHQ y GHQ) con el resto de variables explicadas (uso de servicios sanitarios, accidentes, limitación de actividad, salud percibida, depresión...) y para ellos se usa el test Chi cuadrado de Pearson en tablas r x s y el test de Fisher en tablas 2 x 2. Para la comprobación de normalidad para las variables cuantitativas se realiza corrección de continuidad. Se consideró un nivel de significación de 0,05 en todos los supuestos.

6. RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La muestra está formada por 10.892 estudiantes de primer curso de universidades españolas participantes en el proyecto. La edad media de los participantes fue de 20,1 años (IC 95% 20,0-20,2), siendo un 27,5 % hombres y un 72,5 % mujeres. En la **tabla 1 (anexo 1)** se presentan las características generales de la muestra según sexo.

El porcentaje de los participantes que informó haber asistido a una consulta de medicina de familia en el último mes fue de 25,5%, mientras que el porcentaje de asistencia a consultas de urgencias fue del 36,9%, siendo más frecuente acudir 1 o 2 veces. En los dos casos ser mujer implicó tener más probabilidades de haber requerido asistencia médica ($p < 0,000$), excepto en el número de consultas al MF ($p = 0,126$)

En relación con accidentes y limitaciones de la vida diaria, un 84,3% de la muestra no tuvo accidentes en el último año y un 78,7% no tuvo limitación de la actividad. Las mujeres tuvieron más días de limitación que los hombres (23,8% vs 14,9%) mientras que los varones sufrieron más accidentes (17,4% vs 15,0 %).

La morbilidad sentida de la muestra fue de un 60,9% para dos o más enfermedades y casi el mismo porcentaje (57,7%) fue diagnosticado de dichas patologías, sin embargo, menos de la mitad fueron tratados (43,7%). En todos los casos de la tabla 1 los porcentajes fueron significativamente superiores en las mujeres

En lo relativo a los indicadores de salud mental y general (**tabla 2, anexo 2**), un 76,5 % del total refirió tener un estado de salud bueno o muy bueno, valorando las mujeres de manera más negativa su salud. Un 14,5 % de los estudiantes declaró haber padecido de depresión, un 9,9 % fueron diagnosticados de ella por un profesional y un 4,8% recibieron tratamiento.

En la escala GHQ-12, que valora el riesgo de ansiedad y depresión, se observa el dato más relevante: una prevalencia de riesgo de trastornos del estado de ánimo del 55,8%. En la escala PHQ-9, que detecta la presencia de trastorno depresivo, el grado de depresión que predomina en la muestra es el leve con una frecuencia de 33,5%. Por último, en la escala de Beck, que también evalúa la intensidad de depresión predomina el grado leve de depresión.

Todas las variables relacionadas con los indicadores de salud mental son significativamente peores en las mujeres ($p < 0,000$).

5.2. RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL, SALUD PERCIBIDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

Según la escala GHQ-12 (**tabla 3, anexo 3**), entre los estudiantes con riesgo de trastornos psiquiátricos un 31,4% percibieron su estado de salud como malo y el resto bueno, mientras que en los estudiantes sin riesgo predominó el sentirse bien o muy bien (86,5%) ($p < 0.0000$).

El uso de servicios sanitarios, tanto medicina de familia como urgencias, fue superior en los estudiantes con riesgo de DM (22,0% vs 28,3%; $p < 0,000$) así como en número de consultas (tres o más 6,4% vs 11,2%; $p < 0.000$). Lo mismo sucede con las visitas al servicio de urgencia y el número de estas, superiores en los alumnos con puntuaciones superiores a 3 en GHQ.

La misma tendencia se observa en los accidentes y días de limitación de la actividad, con valores superiores en aquellos alumnos en situación de riesgo, siendo en todos los casos las diferencias estadísticamente significativas.

La morbilidad sentida, diagnosticada y tratada (excluyendo depresión), fue también significativamente superior en los alumnos catalogados como “a riesgo”, según la puntuación de cuestionario GHQ.

Las preguntas relativas específicamente a depresión “sentida”, diagnosticada y tratada, se comportan de la misma manera que las anteriores. En los alumnos clasificados como “a riesgo” el 14,5% declararon padecer depresión (frente al 7,0% de los clasificados como “no riesgo”), el 13,1% tuvieron un diagnóstico médico (frente al 6,0%) y el 6,4% recibieron tratamiento (frente al 2,8%). En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Los resultados según de la puntuación recibida en la **escala PHQ-9** se presentan en la **tabla 4 (anexo 4)**.

Existen diferencias estadísticamente significativas en salud percibida entre los estudiantes con depresión y sin ella ($p < 0,000$), pues en los primeros la salud percibida fue buena o muy buena en un 78,5% de los casos mientras que en los segundos en un 46,4%.

No se observa relación entre la DM y la asistencia a consultas de familia pero sí en la frecuencia de al menos una visita al servicio de urgencias ($p < 0,000$).

Es importante destacar que de los estudiantes que padecieron dos o más enfermedades diferentes a la depresión un 45,1% pertenece al grupo de riesgo. En el caso de la depresión sentida, diagnosticada y tratada, los porcentajes de los alumnos con puntuaciones superiores a 10 puntos, fueron 14,5%, 13,1% y 6,4% respectivamente, todos ellos significativamente superiores a los de puntuaciones inferiores a 10 en el cuestionario PHQ-9.

Por último, se clasifica a los estudiantes en dos grupos en función del grado de depresión (leve/medio y moderado /grave) según la escala BECK (**tabla 5, anexo 5**).

Como en las otras dos escalas hay diferencias en la salud percibida ($p < 0,05$). Los universitarios con un grado moderado/grave de DM percibieron en un 52,4% de los casos su salud como regular/mala/muy mala frente al 20,4% de aquellos con grados leves o medios.

A diferencia del cuestionario GHQ, el de BECK no marca diferencias en la utilización de los servicios del médico de familia ni en el número de consultas, aunque sí en la asistencia al servicio de urgencias (37,0% vs 27,8%).

Los alumnos con puntuaciones superiores tuvieron más accidentes, más días de limitación de la actividad (pero no más duración), y más morbilidad sentida, diagnosticada y tratada (excluyendo depresión) que aquellos con puntuaciones inferiores.

Las proporciones de depresión sentida, diagnosticada y tratada fueron 47,9%, 32,5% y 15,7% respectivamente en los alumnos con mayor puntuación en el cuestionario, valores significativamente superiores al grupo con puntuaciones inferiores (13,5%, 10,0% y 4,4%).

7. DISCUSIÓN

En este estudio con estudiantes universitarios de primer año se muestra un buen estado de salud en más de un 75% de los casos, valores superiores a los de la población española (44%). [24] En ambos casos las mujeres perciben peor su salud.

En lo relativo a la salud mental, en virtud de quienes mencionan experimentar ansiedad crónica u otra enfermedad mental se ha estimado en la Encuesta Nacional de Salud de 2017 la prevalencia de “alguna enfermedad mental” en la población mayor de 15 años y, de acuerdo a esta definición fue de 10,8%, mayor en mujeres. [24] Estos datos coinciden con el porcentaje de estudiantes incluidos en el Proyecto uniHcos que declaró haber padecido depresión. Tanto en nuestro estudio como a nivel nacional los datos de depresión son peores entre las mujeres y este riesgo más alto está asociado con factores biológicos, como variación en los niveles de hormonas, características hereditarias y otros factores como ansiedad, trastornos de alimentación y circunstancias estresantes (inicio de la universidad).

En el trabajo de Arias de la Torre et al. [4] se observó también una prevalencia de malestar psicológico menor en hombres y una mayor prevalencia entre las mujeres en todas las categorías de la escala a excepción de un mal estado de salud autopercibido. Entre las mujeres se encontró que las diferencias en la angustia psicológica estaban relacionadas con la situación laboral, la orientación sexual y las personas con las que vivía el estudiante.

En cuanto a morbilidad, un 40% de la población española de entre 15 y 24 años afirma haber padecido alguna enfermedad o problema de salud crónico en el último año [24], mientras que nuestros resultados muestran cifras mayores. A nivel nacional un 93% de estudiantes no tuvo accidentes en el último año ni limitación de la actividad en las últimas dos semanas[24], lo que coincide con los datos obtenidos para universitarios de primer curso. Además, las mujeres refieren alguna limitación para realizar tareas de la vida diaria con más frecuencia que los hombres.

Respecto al uso de los servicios sanitarios, las tasas de asistencia a consultas de medicina de familia de este estudio son más elevadas que las recogidas por la ENSE de 2017 para la misma franja de edad, pero similares a las observadas para el servicio de urgencias.[24] El mayor uso de servicios médicos entre los universitarios de primer curso, comparado con el resto de población de su misma edad, puede deberse al estrés generado por la entrada a la universidad y al desarrollo de problemas de salud física y mental que esto supone.

Al igual que nuestros resultados, la gran parte de los estudios están de acuerdo en que las mujeres utilizan más estos servicios, en particular acuden al médico entre un 32% y 68% más.[25]

Vingilis et al.[26] postula la hipótesis de que los factores relacionados con el estado de salud, incluida la salud mental, serían los principales predictores de las visitas al médico. Siguiendo esta hipótesis se observa que en los estudiantes con riesgo de DM

según las escalas GHQ y PHQ el uso de los servicios sanitarios fue mayor. Hay por tanto una relación de tasas descendente hacia la utilización de servicios médicos entre los encuestados que calificaron su salud de manera positiva.

Otro resultado de este estudio revela que la angustia psicológica se asoció positivamente con mayor uso de los servicios médicos, al igual que en nuestra muestra.

Según la escala GHQ-12 se ha visto una prevalencia de riesgo de trastornos del estado de ánimo de más de un 50%, valores superiores a la media nacional. [24] . En ambos casos el riesgo es superior en mujeres.

El grado de depresión que predomina en la muestra según la escala PHQ-9 es leve en un tercio de los casos y se observan prevalencias mayores de depresión que las encontradas en estudiantes asiáticos[27]. Esto se debe a que la población que vive en países con acceso fácil a los servicios sanitarios y mayor conciencia de su salud será diagnosticada con tasas más altas. [28]

Respecto a la escala de Beck, un estudio nacional sobre la prevalencia de problemas de salud mental entre los estudiantes de medicina muestra que un 41% de estos reportaron síntomas de depresión y el porcentaje fue mayor en mujeres[29]. Al igual que en nuestro trabajo, la mayoría de los estudiantes presentó un grado de depresión mínimo o leve. En este estudio la depresión se relacionó significativamente con el rasgo de ansiedad, el agotamiento y la empatía. Se puede afirmar de este modo que entre los estudiantes de primer curso el grado de depresión que predomina es leve y está relacionado con la ansiedad que puede ser debida al estrés generado por el comienzo de una nueva etapa.

8. CONCLUSIONES

- Las universitarias de primer curso hacen más uso de los servicios médicos que los universitarios, sin embargo, estos tienen más accidentes.
- La morbilidad sentida de la muestra fue del 60,9% para dos o más enfermedades y casi el mismo porcentaje fue diagnosticado de ellas, pero menos de la mitad recibieron tratamiento. En todos los casos los porcentajes fueron superiores en mujeres.
- Un 76,5% de universitarios de primer curso refirió tener un estado de salud bueno o muy bueno, valorando las mujeres su salud de manera más negativa.

- Un 14,5% de los estudiantes declaró haber padecido depresión, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos al tener las mujeres cifras más elevadas.
- Según la escala GHQ-12 se objetiva una prevalencia del 55,8% de riesgo de trastornos del estado de ánimo, y según las escalas de PHQ y Beck el grado de depresión que predomina es leve. Todas las variables relacionadas con los indicadores de la salud mental son significativamente peores en el sexo femenino.
- Los estudiantes con riesgo de depresión según las escalas GHQ, PHQ y Beck perciben su estado de salud peor que los estudiantes sin riesgo. También la morbilidad y depresión sentida, diagnosticada y tratada fue superior en los alumnos "a riesgo".
- Existe relación entre el uso de servicios sanitarios y el riesgo de DM según GHQ-12, pues las visitas médicas son más frecuentes entre los universitarios con puntuación de riesgo. Sin embargo no se observa relación entre la DM y las consultas a los médicos de familia según las escalas Beck y PHQ, aunque si en la asistencia a urgencias.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf [Internet]. [citado 2022 feb 20]; Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
2. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health* 1975;65:1037-45.
3. Velten J, Bieda A, Scholten S, Wannemüller A, Margraf J. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health* 2018;18:632.
4. Arias-de la Torre J, Fernández-Villa T, Molina AJ, Amezcua-Prieto C, Mateos R, Cancela JM, et al. Psychological Distress, Family Support and Employment Status in First-Year University Students in Spain. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:1209.
5. Lau JS, Adams SH, Boscardin WJ, Irwin CE. Young Adults' Health Care Utilization and Expenditures Prior to the Affordable Care Act. *J Adolesc Health* 2014;54:663-71.
6. Cavagnero E, Carrin G, Xu K, Aguilar-Rivera AM. Health Financing in Argentina. :32.
7. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol* 2000;16:511-8.
8. Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin DS, Grant BF, Liu S-M, et al. Mental Health of College Students and Their Non-college-attending Peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1429-37.
9. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Acad Psychiatry* 2015;39:503-11.
10. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348-58.
11. Ebert DD, Mortier P, Kahlke F, Bruffaerts R, Baumeister H, Auerbach RP, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students:

First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 2019;28:e1782.

12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013;12:137-48.

13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:593-602.

14. Bourdon JL, Moore AA, Long EC, Kendler KS, Dick DM. The Relationship Between On-Campus Service Utilization and Common Mental Health Concerns in Undergraduate College Students. *Psychol Serv* 2018;10.1037/ser0000296.

15. Mental Health Services in the United States Public High Schools. [citado 2021 dic 18]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josh.12976>

16. A43088-43099.pdf [Internet]. [citado 2021 dic 18]; Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

17. BOCYL-D-21052013-1.pdf [Internet]. [citado 2021 dic 18]; Available from: <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2013/05/21/pdf/BOCYL-D-21052013-1.pdf>

18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional [Internet]. [citado 2021 dic 18]; Available from: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

19. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. 11:15.

20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.

21. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research* 2011;63:S454-66.

22. BDI-II.pdf [Internet]. [citado 2021 dic 17]; Available from: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

23. Sanz J, Izquierdo A, García-Vera MP. UNA REVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS AUTOAPLICADOS MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN CLÍNICA EN ADULTOS. 2013;37.
24. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. [citado 2022 abr 13];Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
25. EIP_HSF_DP.06.5_eng.pdf [Internet]. [citado 2022 abr 14];Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85631/EIP_HSF_DP.06.5_eng.pdf;sequence=1
26. doi:10.1016/j.adolescence.2006.10.001 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 2022 abr 13];Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140197106000959?token=B89426AD6658BF51F088EEAFA96D0E4BBE0A42FC4EDC91FB24F0813E3FA0ABE27BEB936952B2CC94C52D85AF22B41795&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220413085740>
27. Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong, Lun KW, Chan C, Ip PK, Ma SY, Tsai W, et al. Depression and anxiety among university students in Hong Kong. Hong Kong Med J [Internet] 2018 [citado 2022 abr 13];Available from: <http://www.hkmj.org/abstracts/v24n5/466.htm>
28. A Stunning Map Of Depression Rates Around The World [Internet]. Faculty of Medicine [citado 2022 abr 13];Available from: <https://forum.facmedicine.com/threads/a-stunning-map-of-depression-rates-around-the-world.16752/>
29. Capdevila-Gaudens P, García-Abajo JM, Flores-Funes D, García-Barbero M, García-Estañ J. Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. PLoS One 2021;16:e0260359.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1

Tabla 1. Características y estado de salud general

Variable	Varones		Mujeres		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Edad							
<= 20	2207	73,8	6176	78,2	8383	77,0	,000
21 o más	783	26,2	1726	21,8	2509	23,0	
Consulta MF (4 semanas)							
No	2346	78,5	5475	69,3	7821	71,8	,000
No sabe/No recuerda	67	2,2	228	2,9	295	2,7	
Sí	577	19,3	2199	27,8	2776	25,5	
Nº consultas MF							
Una o dos	533	92,4	1982	90,2	2515	90,7	,126
Tres o más	44	7,6	215	9,8	259	9,3	
Servicio urgencias (12 meses)							
No	2038	68,2	4836	61,2	6874	63,1	,000
Sí	952	31,8	3066	38,8	4018	36,9	
Nº consultas urgencias							
Una o dos	780	82,0	2276	74,4	3056	76,2	,000
Tres o más	171	18,0	784	25,6	955	23,8	
Accidentes (12 meses)							
No	2469	82,6	6713	85,0	9182	84,3	,003
Sí	521	17,4	1189	15,0	1710	15,7	
Limitación actividad (2 semanas)							
No	2545	85,1	6022	76,2	8567	78,7	,000
Sí	445	14,9	1880	23,8	2325	21,3	
Días limitación							
Hasta tres	266	59,8	1346	71,6	1612	69,3	,000
Cuarto o más	179	40,2	534	28,4	713	30,7	
Guardar cama (2 semanas)							
No	2774	92,8	6809	86,2	9583	88,0	
Sí	216	7,2	1093	13,8	1309	12,0	,000
Días cama							
Uno o dos	148	68,5	814	74,5	962	73,5	,076
Tres o más	68	31,5	279	25,5	347	26,5	
Padecimiento alguna enfermedad							
Ninguna o una	1686	56,4	2570	32,5	4256	39,1	,000
Dos o más	1304	43,6	5332	67,5	6636	60,9	
Diagnóstico alguna enfermedad							
Ninguna o una	1695	56,7	2913	36,9	4608	42,3	,000
Dos o más	1295	43,3	4989	63,1	6284	57,7	
Tratamiento alguna enfermedad							

Ninguna o una	2152	72,0	3979	50,4	6131	56,3	,000
Dos o más	838	28,0	3923	49,6	4761	43,7	

10.2. ANEXO 2

Tabla 2. Indicadores de salud mental

Variable	Varones		Mujeres		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Salud percibida							
Muy malo/malo/regular	519	17,4	2044	25,9	2563	23,5	,000
Bueno/muy Bueno	2471	82,6	5858	74,1	8329	76,5	
Depresión diagnosticada							
No	2825	94,5	6984	88,4	9809	90,1	,000
Sí	165	5,5	918	11,6	1083	9,9	
Depresión padecida							
No	2714	90,8	6602	83,5	9316	85,5	,000
Sí	276	9,2	1300	16,5	1576	14,5	
Depresión tratada							
No	2911	97,4	7457	94,4	10368	95,2	,000
Sí	79	2,6	445	5,6	524	4,8	
Padecimiento alguna enfermedad (excluyendo depresión)							
							,000
No	2572	86,0	5032	63,7	7604	69,8	
Sí	418	14,0	2870	36,3	3288	30,2	
Diagnostico alguna enfermedad (excluyendo depresión)							
No	2568	85,9	5340	67,6	7908	72,6	,000
Sí	422	14,1	2562	32,4	2984	27,4	
Tratamiento alguna enfermedad (excluyendo depresión)							
No	2275	92,8	6353	80,4	9128	83,8	,000
Sí	215	7,2	1549	19,6	1764	16,2	
GHQ-12							
No riesgo (0-2 puntos)	1520	50,8	3289	41,6	4809	44,2	,000
Riesgo (3 o más puntos)	1470	49,2	4613	58,4	6083	55,8	
PHQ-9							
No depresión	18	9,8	12	2,0	30	3,8	
Mínima	54	29,5	110	18,4	164	21,0	
Leve	58	31,7	204	34,1	262	33,5	,000
Moderada	29	15,8	132	22,0	161	20,6	
Moderadamente grave	10	5,5	77	12,9	87	11,1	
Grave	14	7,7	64	10,7	78	10,0	
BECK (grado depresión)							
Ninguno o leve	94	51,4	202	33,7	296	37,9	
Medio	28	15,3	107	17,9	135	17,3	
Moderado	41	22,4	199	33,2	240	30,7	,000
Severo	20	10,9	91	15,2	111	14,2	

10.3. ANEXO 3

Tabla 3. Clasificación según GHQ12, según utilización de servicios sanitarios y estado de salud.

Variable	No riesgo (0 – 2 puntos)		Riesgo (3 o más puntos)		p
	N	%	N	%	
Salud percibida					
Muy malo/malo/regular	651	13,5	1912	31,4	,000
Bueno/muy Bueno	4158	86,5	4171	68,8	
Consulta MF (4 semanas)					
No	3648	75,9	4.173	68,6	
No sabe/No recuerda	105	2,2	190	3,1	,000
Sí	1056	22,0	1.720	28,3	
Nº consultas MF					
Una o dos	988	93,6	1.527	88,8	,000
Tres o más	67	6,4	192	11,2	
Servicio urgencias (12 meses)					
No	3170	65,9	3704	60,9	,000
Sí	1639	34,1	2.379	39,1	
Nº consultas urgencias					
Una o dos	1300	79,5	1756	73,9	,000
Tres o más	336	20,5	619	26,1	
Accidentes (12 meses)					
No	4129	85,9	5053	83,1	,000
Sí	680	14,1	1030	16,9	
Limitación actividad (2 semanas)					
No	4051	84,2	4516	74,2	,000
Sí	758	15,8	1567	25,8	
Días limitación					
Hasta tres	551	72,7	1061	67,7	,014
Cuarto o más	207	27,3	506	32,3	
Guardar cama (2 semanas)					
No	4385	91,2	5198	85,5	,000
Sí	424	8,8	885	14,5	
Días cama					
Uno o dos	335	79,0	627	70,8	,002
Tres o más	89	21,0	258	29,2	
Padecimiento alguna enfermedad (excluyendo depresión)					
					,000
Ninguna o una	3730	77,6	3874	63,7	
Dos o más	1079	22,4	2209	36,3	
Diagnóstico alguna enfermedad					

(excluyendo depresión)					,000
Ninguna o una	3762	78,2	4116	68,2	
Dos o más	1047	21,8	1937	31,8	
Tratamiento alguna enfermedad					
(excluyendo depresión)					,000
Ninguna o una	4223	87,8	4905	80,6	
Dos o más	586	12,2	1178	19,4	
Depresión padecida					
No	4471	93,0	4845	85,5	,000
Sí	338	7,0	1238	14,5	
Depresión diagnosticada					
No	4522	94,0	5287	86,9	,000
Sí	287	6,0	796	13,1	
Depresión tratada					
No	4672	97,2	5696	93,6	,000
Sí	137	2,8	387	6,4	

10.4. ANEXO 4

Tabla 4. Clasificación según PHQ9 (variable dicotómica), según utilización de servicios sanitarios y estado de salud

Variable	No DM (≤9 puntos)		Sí DM (≥10 puntos)		p
	N	%	N	%	
Salud percibida					
Muy malo/malo/regular	98	21,5	174	53,4	,000
Bueno/muy Bueno	358	78,5	152	46,4	
Consulta MF (4 semanas)					
No	328	71,9	212	65,0	
No sabe/No recuerda	11	2,4	11	3,4	,115
Si	117	25,7	103	31,6	
Nº consultas MF					
Una o dos	105	89,7	86	83,5	,231
Tres o más	12	10,3	17	16,5	
Servicio urgencias (12 meses)					
No	328	71,9	204	62,6	,006
Si	128	28,1	122	37,4	
Nº consultas urgencias					
Una o dos	103	81,1	95	77,9	,535
Tres o más	24	18,9	27	22,1	
Accidentes (12 meses)					
No	407	89,3	274	84,0	,040
Sí	49	10,7	52	16,0	
Limitación actividad (2 semanas)					
No	391	85,7	229	70,2	,000
Si	65	14,3	97	29,8	
Días limitación					
Hasta tres	45	69,2	66	68,0	1,000
Cuarto o más	20	30,8	31	32,0	
Guardar cama (2 semanas)					
No	425	93,2	265	81,3	,000
Sí	31	6,8	61	18,7	
Días cama					
Uno o dos	18	58,1	39	63,9	,652
Tres o más	13	41,9	22	36,1	
Padecimiento alguna enfermedad (excluyendo depresión)					
Ninguna o una	337	73,9	179	54,9	,000
Dos o más	119	26,1	147	45,1	
Diagnóstico alguna enfermedad (excluyendo depresión)					
Ninguna o una	346	75,9	195	59,8	,000
Dos o más	110	24,1	131	40,2	

Tratamiento alguna enfermedad					
(excluyendo depresión)					,000
Ninguna o una	389	85,3	242	74,2	
Dos o más	67	14,7	84	25,8	
Depresión padecida					
No	384	84,2	172	52,8	,000
Sí	72	15,8	154	47,2	
Depresión diagnosticada					
No	405	88,8	220	67,5	,000
Sí	51	11,2	106	32,5	
Depresión tratada					
No	431	94,5	227	85,0	,000
Sí	25	5,5	49	15,0	

10.5. ANEXO 5

Tabla 5. Clasificación según Beck, según utilización de servicios sanitarios y estado de salud.

Variable	Ninguno o leve/medio		Moderado/grave		p
	N	%	N	%	
Salud percibida					
Muy malo/malo/regular	88	20,4	184	52,4	,000
Bueno/muy Bueno	343	79,6	167	47,6	
Consulta MF (4 semanas)					
No	310	71,9	230	65,5	
No sabe/No recuerda	10	2,3	12	3,4	,142
Sí	111	25,8	109	31,1	
Nº consultas MF					
Una o dos	98	88,3	93	85,3	,555
Tres o más	13	11,7	16	14,7	
Servicio urgencias (12 meses)					
No	311	72,2	221	63,0	,007
Sí	120	27,8	130	37,0	
Nº consultas urgencias					
Una o dos	96	80,7	102	78,5	,754
Tres o más	23	19,3	28	21,5	
Accidentes (12 meses)					
No	385	89,3	296	84,3	,042
Sí	46	10,7	55	15,7	
Limitación actividad (2 semanas)					
No	368	85,4	252	71,8	,000
Sí	63	14,6	99	28,2	
Días limitación					
Hasta tres	43	68,3	68	68,7	1,000
Cuarto o más	20	31,7	31	31,3	
Guardar cama (2 semanas)					
No	399	92,6	291	82,9	,000
Sí	32	7,4	60	17,1	
Días cama					
Uno o dos	16	50,0	41	68,3	,115
Tres o más	16	50,0	19	31,7	
Padecimiento alguna enfermedad (excluyendo depresión)					
Ninguna o una	316	73,3	200	57,0	,000
Dos o más	115	26,7	151	43,0	
Diagnóstico alguna enfermedad (excluyendo depresión)					
Ninguna o una	326	75,6	215	61,3	,000
Dos o más	105	24,4	136	38,7	
Tratamiento alguna enfermedad					

(excluyendo depresión)					
Ninguna o una	365	84,7	266	75,8	,002
Dos o más	66	15,3	85	24,2	
Depresión padecida					
No	373	86,5	183	52,1	,000
Sí	58	13,5	168	47,9	
Depresión diagnosticada					
No	388	90,0	237	67,5	,000
Sí	43	10,0	114	32,5	
Depresión tratada					
No	412	95,6	296	84,3	,000
Sí	19	4,4	55	15,7	

10.6. ANEXO 6



Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid
Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11
gerente.hcuv@saludcastilyleon.es



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 10 de marzo de 2022

En la reunión del CEIm **ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE** del 10 de marzo de 2022, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 22-2576 TFG	USO SERVICIOS SANITARIOS Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN UNIVERSITARIOS. PROYECTO UNIHCOS	I.P.: ANA ALMARAZ GOMEZ EQUIPO: MARINA IGLESIAS ORICHETA UVA
-------------------	--	---

A continuación, les señalo los acuerdos tomados por el CEIm **ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE** en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este.

Un cordial saludo.

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,47005 Valladolid



10.7. ANEXO 7



Dña. Tania Fernández Villa, con DNI [redacted] profesor Ayudante Doctor del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de León e investigadora principal del proyecto *"Impacto de las medidas de prevención y d control del COVID-19 en los patrones de consumo de alcohol y cannabis en jóvenes universitarios"*, continuidad del proyecto (uniHcos)

INFORMA

Que en el curso académico 2021-2022, Dña. Marina Iglesias Oricheta con DNI [redacted] alumna del Grado en Medicina en la Universidad de Valladolid, está realizando su trabajo fin de Grado en el marco de dicho proyecto.

Este trabajo titulado *"Uso de servicios sanitarios y problemas de salud mental en los estudiantes. Proyecto UniHcos"* está co-tutorizado por Dña. Ana Almaraz Gómez de la Universidad de Valladolid y D. Vicente Martín Sánchez de la Universidad de León.

Para dicho estudio, la Universidad de León, como nodo coordinador del proyecto multicéntrico, cede a la alumna y sus tutores, los datos anonimizados de las variables necesarias. La finalidad de tratamiento de datos será únicamente con fines de investigación manteniendo en todo momento la normativa vigente en el proyecto uniHcos para tratamiento, investigación y/o publicación de resultados.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo el presente documento.

En León a 1 de marzo de 2022.

Fdo. Tania Fernández Villa

Investigadora Principal