

**Caracterización de la Salud Mental de los Estudiantes de Primer Semestre 2023-II de la
Universidad Santo Tomas- seccional Tunja caso particular Facultad Arquitectura e
Ingenierías**

**Sergio Andrés Mendoza Vargas
Edison Jair Calderón Durán**

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Pedagogía

**Universidad Santo Tomás
Maestría en Pedagogía
Tunja
2023**

**Caracterización de la Salud Mental de los Estudiantes de Primer Semestre 2023-II de la
Universidad Santo Tomas- seccional Tunja caso particular Facultad Arquitectura e
Ingenierías**

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Pedagogía

Director

Milton Javier Pirazán Rodríguez

Universidad Santo Tomás

Maestría en Pedagogía

Tunja

2023

Nota de Aceptación:

Firma del presidente de Jurados

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Tunja, 18 de diciembre de 2023

Dedicatoria

Edison

*A los seres más maravillosos que son parte esencial en mi
vida y quienes me motivaron a seguir superándome
personal y profesionalmente,*

Mi esposa e hijo

María Isabel y Maximiliano Paulo.

Sergio

*A padres y hermanos, quienes me han
regalado la vida y me han enseñado el valor de la
familia. A mi tía Elena, quien ha sido el motor de mi
existencia y la guía en cada momento y quien me
enseño todo e hizo de mí la persona que soy.*

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a la Universidad Santo Tomás seccional Tunja por permitirme participar en el proceso de formación posgradual de la Maestría en Pedagogía, así como por las herramientas, aprendizajes y recursos brindados, tanto humanos como materiales, necesarios para llevar a cabo esta investigación con éxito. A las directivas del programa por el respaldo y colaboración en el desarrollo de este proyecto. Al Mg Milton Javier Pirazán Rodríguez, por su destacada dirección, inmejorable disposición e inquebrantable dedicación y apoyo incondicional. A los estudiantes de primer semestre 2023-II de la universidad Santo Tomás-Seccional Tunja, quienes tuvieron a bien colaborarnos en el desarrollo de este proyecto.

Edison

A Dios quien ha permitido que este proceso educativo se realice satisfactoriamente. A la Orden de predicadores, quien ha sido una familia durante todos estos años de formación y de vida religiosa por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella y por todo el apoyo. A la Universidad Santo Tomás, mi alma mater. Al Profe Milton Pirazán, quien nos ha acompañado y guiado en este proceso investigativo. A mis amigos, quienes me han apoyado siempre y de diversas formas. A Edison, mi compañero de camino y de formación con quien hemos estudiado y trabajado en este proceso formativo de Maestría.

Sergio

Resumen

Palabras clave: Salud mental, estudiantes universitarios, test Goldberg, estrategias pedagógicas.

La salud mental de los estudiantes universitarios es un tema de gran importancia al tomar como relevantes los problemas de ansiedad y estrés que pueden afectar su bienestar. Es por esto que la investigación tuvo como objetivo, caracterizar la salud mental de los estudiantes de primer semestre 2023-II de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja, así como también determinar la relación entre síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Al seleccionar el enfoque de investigación cualitativo, con un diseño descriptivo - correlacional, de corte transversal, 119 estudiantes de la Facultad de Arquitectura e Ingenierías de primer semestre académico desarrollaron el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) dividido en 4 subescalas, con fiabilidad ($r = 0.90$) y la validez varía entre 0,83 y 0,85. En los resultados se evidencio altos puntajes en las dimensiones síntomas somáticos, disfunción social, y depresión de casos no probables, sin embargo, en la dimensión ansiedad e insomnio se observaron casos probables. También se identificó que los estudiantes -en términos de salud mental- presentan alguna alteración con un porcentaje de 56.3% en hombres y el restante 43.7% en mujeres. A partir de las correlaciones establecidas usando el coeficiente de Spearman, se logró determinar que los estudiantes manifiestan haber tenido (en las últimas dos semanas) sensaciones de que su estado de salud y plena forma ha estado peor o mucho peor que lo habitual que; todo se le viene encima; se han sentido nerviosos y a punto de explotar; han pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”; a veces no pueden hacer nada porque tienen los nervios desquiciados y que han estado viviendo la vida totalmente sin esperanza, teniendo el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse. Se concluye que mediante la caracterización se pudo determinar que las facultades que refieren mayor intervención en términos de los resultados obtenidos en el test

son las de Ingeniería Industrial y Arquitectura, por tanto, es importante pensar en el tema de salud mental en los procesos de enseñanza-aprendizaje para mejorar la calidad no solo de la Institución sino del bienestar del estudiantado. Al tomar acción y como primera medida se proponen algunas estrategias pedagógicas a partir de los resultados obtenidos para aplicar en el aula, como: a) Respiración abdominal, b) Relajación muscular, c) Mindfulness y d) la música como terapia, para que estas sean aplicadas en una investigación próxima evaluando su impacto en la población.

Abstract

Key words: Mental health, university students, Goldberg test, pedagogical strategies.

The mental health of university students is an issue of great importance, highlighting the problems of anxiety and stress. The objective of this research was to characterize the general health of first semester 2023-II students of the Santo Tomás University - Tunja, as well as to determine the prevalence of somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression. The research approach was qualitative, with a descriptive-correlational design, cross-sectional, 119 students of the Faculty of Architecture and Engineering of the first academic semester participated. The General Health Questionnaire (GHQ-28) divided into 4 subscales was used, with reliability ($r = 0.90$) and validity between 0.83 and 0.85. Results, high scores were evidenced in the dimensions somatic symptoms, social dysfunction and depression of unlikely cases, however, in the dimensions anxiety and insomnia, likely cases were observed. It was also found that students, in terms of mental health, that the attention cases presenting some alteration were found in a percentage of 56.3% in males and the remaining percentage 43.7% in females. From the correlations established with Spearman's coefficient, it was possible to determine that in the last 2 weeks the students had feelings such as that their state of health and full fitness was worse or much worse than usual, that everything was coming at them, they could also state that they felt nervous and on the verge of exploding, they may have thought about the possibility of "getting out of the way", they may have had the same recurring feeling of sometimes not being able to do anything because their nerves are out of whack, and that they have lived life completely without hope, having the feeling that life is not worth living. Conclusions, it was found that the faculties that refer greater intervention in terms of the results obtained in the test are those of Industrial Engineering and Architecture, therefore some pedagogical strategies are

proposed based on the results obtained, such as a) Abdominal Breathing, b) Muscle Relaxation, c) Mindfulness and d) Music as Therapy, so that these can be applied in a future research to evaluate their impact on the public.

Abreviaturas y Símbolos

Salud mental.....SM

Test de Goldberg.....GHQ-28

Contenido

Índice de tablas	15
Índice de figuras	16
Índice de anexos	18
Introducción	1
Capítulo I: Marco General de la Investigación	3
1.1 Planteamiento del problema de investigación	3
1.2 Formulación del problema de investigación	9
1.2.1 Pregunta de investigación	9
1.3 Justificación.....	10
1.4 Objetivos	11
1.4.1 General.....	11
1.4.2 Específicos.....	11
Capitulo II: Marco Teórico y Epistémico	12
2.1. Antecedentes y estudios previos	12
A nivel Internacional:.....	12
A nivel nacional	17
2.2 Marco Teórico conceptual.....	23
Salud mental (SM)	23
Depresión	30

Ansiedad e insomnio.....	31
Síntomas Somáticos	32
Disfunción social.....	33
Capítulo III. Marco y Diseño Metodológico	35
3.1. Diseño Metodológico.....	35
3.1.1. Enfoque, diseño de la investigación.....	35
3.2. Fases de la investigación	36
Fase I: Preparación	36
Fase II: Recolección de los datos.	37
Fase III: Tabulación y análisis de los datos.....	38
Fase IV: Presentación de los resultados.	38
3.3. Población y muestra	38
3.3.1. criterios de inclusión	39
3.3.2. Criterios de exclusión.....	40
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información.	40
3.4.1. Cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ28.....	40
3.5.1. Técnica(s)- procedimientos de análisis	42
Capítulo IV. Recolección y análisis de resultados.....	44
4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	44
4.1 Población y tamaño de muestra.....	44

	13
4.2 Tipo de Muestreo	46
4.3 Análisis Descriptivo.	49
Factor A: Síntomas somáticos.....	52
Factor B: Ansiedad e Insomnio.....	53
Factor C: Disfunción Social	55
Factor D: Depresión	57
Análisis descriptivo general para puntuación test de Goldberg	59
4.3.1 Análisis descriptivo por factor según test de Goldberg.....	62
Factor A: Síntomas somáticos.....	63
Factor B: Ansiedad- Insomnio	64
Factor C: Disfunción Social	65
Factor C: Depresión	66
4.4 Análisis Correlacional	68
4.4.1 Análisis de correlación por Subescalas	71
Factor A: Síntomas Somáticos	71
Factor B: Ansiedad- Insomnio	73
Factor C: Disfunción Social	75
Factor D: Depresión	78
Tabla 8.....	81
<i>Prueba Kolmogorov-Smirnov para los puntajes por factor test de Goldberg.....</i>	<i>81</i>

Estrategias pedagógicas	83
a) Respiración abdominal	83
b) La relajación muscular.....	84
c) Mindfulness	84
d) Música	86
Capítulo V. Conclusiones y prospectiva.....	88
5.1 Conclusiones	88
5.2 Recomendaciones.....	90
5.3 Perspectivas.....	93
Referencias Bibliográficas.....	95
Anexos	108
Anexo A. Consentimiento informado	108
Anexo B. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-	109
Anexo C. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR A.....	108
Anexo D . Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR B.....	109
Anexo E. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR C	110
Anexo F. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR D	111
Anexo G. Coeficiente Spearman y p-valores para PUNTAJE FINAL	112

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1	48
Escalas de Likert usadas en el test de Goldberg.	
Tabla 2	51
Distribución por composición de núcleo familiar, según género y edad.	
Tabla 3	55
Distribución por pregunta 6 factor B, respecto al género.	
Tabla 4	58
Distribución por pregunta 1 factor D, respecto al género.	
Tabla 5	62
Distribución porcentual por tipo de caso, estrato socioeconómico y edad.	
Tabla 6	66
Distribución porcentual por facultad y tipo de caso en el factor Ansiedad- Insomnio.	
Tabla 7	70
Grado de relación para el coeficiente de Spearman.	
Tabla 8	79
Prueba Kolmogorov-Smirnov para los puntajes por factor test de Goldberg.	

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1	49
Distribución por género y edad.	
Figura 2	50
Distribución socioeconómica y por facultad.	
Figura 3	52
Distribución por pregunta 3 factor A, respecto a la edad y género	
Figura 4	53
Distribución por pregunta 4 factor A, respecto a la edad y género	
Figura 5	54
Distribución por pregunta 1 factor B, respecto a la edad.	
Figura 6	56
Distribución por pregunta 3 factor C, respecto a la edad.	
Figura 7	57
Distribución por pregunta 7 factor C, respecto al género.	
Figura 8	59
Distribución por pregunta 7 factor D, respecto a la edad.	
Figura 9	60
Distribución porcentual por género y tipo de caso.	
Figura 10	61

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso.

Figura 11 63

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso en los síntomas somáticos.

Figura 12 65

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso en el factor Ansiedad- Insomnio.

Figura 13 67

Distribución porcentual por facultad, género y tipo de caso en el factor Depresión.

Figura 14 73

Coeficiente de Spearman para el factor síntomas somáticos.

Figura 15 75

Coeficiente de Spearman para el factor Ansiedad- Insomnio.

Figura 16 77

Coeficiente de Spearman para el factor Disfunción social.

Figura 17 79

Coeficiente de Spearman para el factor Depresión.

Figura 18 82

Coeficiente de Pearson para el test de Goldberg.

Índice de anexos

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	108
Anexo B. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-	109
Anexo C. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR A	108
Anexo D . Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR B	109
Anexo E. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR C.....	110
Anexo F. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR D.....	111
Anexo G. Coeficiente Spearman y p-valores para PUNTAJE FINAL.....	112

Introducción

Un aspecto fundamental en la vida de los estudiantes universitarios es la salud mental. El ambiente universitario se convierte en un contexto donde se presentan desafíos y situaciones estresantes que pueden impactar su bienestar psicológico. Diversos estudios han demostrado que los estudiantes universitarios pueden experimentar problemas de salud mental si no cuentan con estrategias de afrontamiento adecuadas. Por tanto, es necesario evaluar la salud mental de los estudiantes universitarios y desarrollar estrategias para promover su bienestar psicológico y prevenir el desarrollo de trastornos mentales (Monterrosa, 2020).

En este sentido, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es una herramienta útil para determinar la presencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de salud. Esta escala se ha utilizado en diversos estudios para evaluar la salud mental de estudiantes universitarios y se ha descubierto que una alta proporción de ellos experimenta síntomas de ansiedad y depresión. Por lo tanto, es importante desarrollar estrategias de intervención que mejoren la salud mental de los estudiantes universitarios y prevengan la aparición de trastornos mentales (Martínez et al., 2021).

En conclusión, la salud mental tiene un papel importante en la vida de los estudiantes universitarios, porque a partir de ella se determina el bienestar de cada uno. Una vez identificada, se propone su promoción y prevención, para asegurar un bienestar psicológico que incluye rendimiento académico y buen desempeño como futuros profesionales.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es una herramienta útil para identificar la presencia de ansiedad, depresión, disfunción social y síntomas somáticos en estudiantes universitarios de diferentes programas académicos, logrando así que, a partir de los resultados, el

docente pueda utilizar diferentes estrategias pedagógicas de intervención en pro del bienestar del estudiantado.

Capítulo I: Marco General de la Investigación

1.1 Planteamiento del problema de investigación

En Colombia, la educación se define como un proceso continuo de formación personal, cultural y social, basado en una visión holística de la persona humana, su dignidad, derechos y deberes. En la educación superior, la duración en años varía según la profesión elegida. En los largos años de aprendizaje, el interés y la motivación pueden ser los factores clave que conducen al éxito o al fracaso (Sistema educativo colombiano, s/f). Las instituciones educativas tienen la tarea de educar y formar la personalidad de los futuros profesionales; En este momento, es necesario analizar los factores que inciden en el aumento del número de estudiantes. Las instituciones imparten temas relacionados con diferentes ciencias, pero la mayoría carece de estrategias y métodos pedagógicos para velar por la salud mental de sus estudiantes.

La salud mental juega un papel importante en los factores de desarrollo emocional. Por ejemplo, la felicidad en el aprendizaje conduce al desarrollo de la creatividad. En este sentido, es necesario asegurar el vínculo entre la educación y la salud mental de los estudiantes. Además, la salud mental ha ocupado un lugar destacado en las investigaciones en contextos educativos, con resultados que muestran que su inclusión en los estudiantes es beneficiosa, lo que se refleja en conductas prosociales y un aumento significativo de la salud mental incluida en los resultados de aprendizaje.

Reconocer la relación entre la salud y las condiciones de vida de las personas, familias y grupos no solo amplían su comprensión del tema, sino que también facilita el análisis en el contexto de su relación con los determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de

la salud, según la OMS, son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema sanitario. Estas condiciones son el resultado de cómo la riqueza, el poder y los recursos se distribuyen global, nacional y localmente, lo que a su vez depende de las políticas que se implementen. Por esta razón, la salud mental aboga por cambios en los determinantes sociales como el estatus socioeconómico. mejoramiento de los servicios básicos, acceso a alimentos sanos y suficientes, educación de calidad, servicios de salud oportunos, accesibles e integrales; reconociendo la importancia de una sociedad más justa y equitativa, a través de la existencia de oportunidades y capacidades que permitan a las personas hacer el mejor uso de todos los medios a su alcance y, con ello, acceder a la vida que desean y valoran.

Los trastornos en la adolescencia también deben tenerse en cuenta como un aspecto relevante del impacto de la salud mental en la educación porque tendrán un impacto negativo en la salud mental de los adultos. Esto es importante porque, a pesar de que existen tratamientos disponibles, se cree que la mayoría de los problemas de salud mental no se diagnostican (Grover et al., 2020). Como resultado, se deben tomar medidas arriesgadas para reformular la dinámica de interacción entre el comportamiento adolescente y los problemas de salud mental y rendimiento académico.

Los problemas de salud mental entre los estudiantes universitarios son un problema global. Una revisión sistemática anterior encontró que los estudiantes universitarios tienen niveles más altos de depresión y ansiedad que la población general (Hart et al., 2018). Una posible explicación de todo esto podría ser que el inicio de la vida universitaria representa un importante período de transición entre la adolescencia y la adultez temprana. A menudo, esto no es fácil, ya que los estudiantes deben, por un lado, lidiar con una interacción de rasgos

psicológicos individuales y factores estresantes con los que los jóvenes no están familiarizados durante sus años escolares. Estos últimos incluyen altas exigencias académicas, cambios de estilo de vida, separación de la familia, condiciones habitacionales inadecuadas (vivienda, alimentación, recreación y sedentarismo) y, en muchos casos, se están presentando problemas emocionales relacionados con la vida amorosa y problemas económicos. Juntos, estos factores estresantes pueden desencadenar episodios de crisis crónica que pueden causar problemas de salud mental (Lee & Kim, 2018).

Debido al aumento de la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales en las últimas décadas, se han vuelto extremadamente importantes desde la perspectiva de la salud pública. Se prevé que la depresión, una de las afecciones más recurrentes, represente el segundo mayor número de discapacidades en los países industrializados para el año 2025, y represente tantas o más muertes a nivel mundial que el cáncer y el SIDA combinados con la ansiedad y el estrés (OPS/OMS; 1998). En efecto, Arco et al señalan la consecuencia de la disfunción familiar en la depresión de jóvenes universitarios, en correlación con investigaciones que encontraron que los problemas familiares provocan cambios en el estado de ánimo de este grupo. La presencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, por otro lado, los problemas de aprendizaje como el rendimiento académico o el bajo rendimiento académico se asocian a trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, tal y como han confirmado otros estudios (Arco et al., 2005).

Los problemas de salud mental van en aumento y muchos países se han centrado en definir la relación con el aprendizaje; esto sugiere una relación negativa entre el riesgo de salud mental y el rendimiento escolar, un escenario donde las mujeres experimentan problemas de salud mental más severos. (Cornaglia et al., 2015) Es importante que los docentes y los

profesionales de la salud trabajen juntos y presten atención a los síntomas que presentan los estudiantes para mejorar su educación y calidad de vida. Además, los estudiantes universitarios tienen más síntomas de actitud depresiva superior a la población general y tienden a sentirse emocionalmente desequilibrados (Sarmiento, 2015). Algunos estudios reportan el buen desempeño académico de los estudiantes, relacionándolo con niveles satisfactorios de salud mental (Núñez & Quinones, 2012) y con un adecuado auto-concepto (Salum-Farres et al., 2011). Razón por la cual se hace necesario plantear, diseñar e implementar estrategias pedagógicas acordes que permitan a los estudiantes alcanzar los aprendizajes esperados.

Como se menciona en la Política pública de salud mental para el departamento de Boyacá vigencia 2020 – 2030, en el año 2018, los trastornos mentales y del comportamiento representaron el 78,9 % de las atenciones de salud mental en el Departamento de Boyacá, una cifra superior a la tasa del país que fue del 78,0 %. Esto demuestra que los servicios de salud mental están recibiendo muchas atenciones relacionadas con problemas sociales y familiares importantes, y que también tienen un riesgo significativo de aumentar la probabilidad de intentos de suicidio, cuyo principal antecedente son pensamientos suicidas persistentes en el 27,45% y un trastorno mental en el 22,54% de los casos, siendo el más común la depresión. De 2016 a 2019, el número de suicidios notificados aumentó hasta 56,03 por 100.000 habitantes, la tercera causa de muerte en el grupo de causas externas, con tasas hasta 3,5 veces superiores. más intentos de suicidio en hombre que en mujeres, así ocurre un suicidio por cada tres hombres, más a menudo en hombres de entre 20 y 30 años, solteros, problemas de relación, soledad, depresión y consumo problemático de alcohol. El aumento de la conducta suicida entre los jóvenes está asociado con problemas familiares, depresión, dificultades económicas y enfermedades graves relacionadas con trastornos crónicos. En 2018, los factores que desencadenan los intentos de suicidio son:

conflictos de pareja en el 45,81% de los casos, problemas económicos en el 12,57%, problemas escolares en el 11,91%, violencia física, mental o sexual en el 10,84% y problemas laborales en el 5,20%. Los trastornos más comunes en la población son la depresión y la ansiedad, con alta frecuencia en adolescentes. Los diagnósticos más reiterados son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico secundario a conductas hostiles, distantes y la manifestación de insatisfacción y desapego de los padres teniendo consecuencias fatales en conducta suicida. Según el Análisis Situacional de Salud de Boyacá del año 2019, la mayor proporción de morbilidad específica por trastorno mental con un 62% está en los jóvenes, generados por soledad, frustración y desinterés de las familias, con eventos frecuentes de depresión (Gobernación de Boyacá, 2020).

Los datos de orientación psicológica proporcionados por la universidad muestran un aumento en el número de consultas del 70% por parte de los estudiantes de pregrado, muestran el número de consultantes en los años 2021, 2022 y 2023. En el año 2021, hubo 197 consultantes. Este número aumentó a 310 en el año 2022, lo que representa un aumento significativo. Sin embargo, en el año 2023, el número de consultantes disminuyó a 275. Estos datos indican una tendencia de crecimiento en el número de consultantes en los primeros dos años, seguido de una disminución en el tercer año. Sería interesante investigar las razones detrás de esta disminución y evaluar si es una tendencia a largo plazo o simplemente una fluctuación temporal.

De acuerdo con los datos mostrados en el reporte, en el año 2023 se atendieron un total de 275 consultantes. En cuanto a los motivos de consulta en ese mismo año, se identificaron los siguientes: Relaciones de pareja: se atendieron a 69 personas que buscaban ayuda en este tema; Sintomatología de ansiedad: se atendieron a 24 personas que presentaban síntomas de ansiedad; Sintomatología de depresión: se atendieron a 55 personas que presentaban síntomas de depresión

(Universidad Santo Tomas, 2023). Estos datos nos brindan una idea general sobre los motivos de consulta más frecuentes en el año 2023 y nos permiten identificar las áreas en las que se requiere mayor atención o apoyo. En resumen, de los 291 casos totales analizados, hay una cantidad significativa de casos remitidos a la EPS, casos de ideación suicida y casos con diagnóstico previo. Estos datos resaltan la importancia de brindar atención médica y apoyo psicológico a las personas involucradas en estos casos.

Las implicaciones educativas y pedagógicas de la salud mental de los estudiantes son de suma importancia en el ámbito escolar. Lidar con el estrés, la ansiedad y la falta de sueño son comportamientos comunes entre los estudiantes en todos los niveles educativos, pero la mayoría de las instituciones educativas no les brindan la atención que necesitan. La salud mental de los estudiantes puede afectar su capacidad para aprender, participar en actividades escolares, socializar y tener un rendimiento académico óptimo. Las instituciones necesitan responder a comportamientos que afectan el aprendizaje y el desempeño, por lo que es vital que los docentes y la comunidad educativa en las instituciones estén atentos a las señales de problemas de salud mental en sus estudiantes y estar preparados para brindar apoyo y recursos adecuados. Además, es importante que los estudiantes cuenten con estrategias que puedan ayudarlos en el proceso de enseñanza y aprendizaje cuando muestren signos de problemas de salud mental (Meléndez, 2023).

Por todas las razones antes mencionadas, este estudio es necesario, especialmente a la luz de los numerosos factores de riesgo a los que los jóvenes están expuestos mientras asisten a la universidad y la escasez de datos disponibles sobre el estudio de las enfermedades mentales entre los estudiantes universitarios. Estos datos ofrecen información esclarecedora sobre la salud mental de los estudiantes, que servirá de base para desarrollar estrategias y programas de intervención para proteger el bienestar académico y personal de los futuros profesionales.

1.2 Formulación del problema de investigación

1.2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la caracterización de la salud mental de los estudiantes de primer semestre 2023-II de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja?

1.3 Justificación

La salud mental de los estudiantes universitarios es un tema de gran importancia, dado que la investigación reciente revela que los problemas de salud mental son comunes en los estudiantes, destacando los problemas de ansiedad y estrés.

Los estudiantes universitarios están sometidos a un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que suelen experimentar una falta de control sobre el nuevo ambiente académico, la sobrecarga académica, la participación en clase, entre otras obligaciones académicas. Además, la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado están cursando la adolescencia tardía, etapa en la que tienden a emerger con particular intensidad algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y ansiosos.

Es importante destacar que la salud mental es un aspecto relevante en los estudiantes universitarios, puesto que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente. Por lo tanto, es fundamental que se realicen intervenciones que promuevan la salud mental y habilidades de afrontamiento en los estudiantes universitarios, con el fin de mejorar su rendimiento académico y su bienestar emocional.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Caracterizar la salud mental de los estudiantes de primer semestre 2023-II de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja.

1.4.2 Específicos

- Determinar la relación entre síntomas somáticos, ansiedad e insomnio en los estudiantes de primer semestre 2023-II de la universidad Santo Tomás-Seccional Tunja.
- Examinar la correlación entre disfunción social y depresión en los estudiantes de primer semestre 2023-II de la universidad Santo Tomás-Seccional Tunja.
- Proponer estrategias pedagógicas a partir de los resultados obtenidos de la caracterización con el cuestionario Goldberg-GHQ-28 de los estudiantes de primer semestre 2023-II de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja.

Capítulo II: Marco Teórico y Epistémico

2.1. Antecedentes y estudios previos

Los estudios e investigaciones sobre salud mental, estrategias pedagógicas han aumentado en los últimos años. Este panorama crece a medida que las estrategias pedagógicas y el cuidado de la salud mental ofrecen al quehacer educativo nuevas formas para mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje. En este sentido, el cuidado de la salud mental desde la pedagogía es un aspecto relevante que ha cautivado a muchos investigadores en Colombia y el mundo. Por consiguiente, nos proponemos presentar a continuación el panorama investigativo internacional, nacional y local relacionado con el presente proyecto.

A nivel Internacional:

Poveda y otros, realizaron en 2006 un estudio en la Universidad Autónoma de Madrid titulado “Evaluación del estado de salud mental de los estudiantes universitarios”, en el que señalaba que “son necesarias unas condiciones óptimas para la correcta formación académica de los futuros profesionales”. Por lo general, estas condiciones no se cumplen y factores como el exceso de trabajo, la falta de tiempo o la falta de coincidencia entre las relaciones y los estudios se combinan para contribuir a la prevalencia de los problemas de salud mental en los colegios y universidades (Poveda et al., 2006). Entre las conclusiones de su estudio, se resalta que: "El factor estresante universitario que produce niveles significativos de incomodidad en las personas con trastornos mentales es la sobrecarga académica y la condición del entorno en que se encuentran".

En su trabajo titulado Implicaciones en Salud Mental de la Teoría de la Evolución, Andrés González concluye en 2007, que los enfoques evolutivos aplicados a la psicopatología pueden proporcionar una base para el conocimiento sobre los orígenes filogenéticos de la mente;

también aspira a mejorar la validez biológica de los fenotipos, a través de modelos animales; pudiendo ser muy necesario para la resolución de ciertas paradojas en la etiopatogenia de algunos de estos trastornos; y, por último, pretende ofrecer un marco conceptual y terapéutico común entre estos trastornos (González, 2007). El citado autor hace referencia a un efecto más del método evolutivo que produce una comprensión de los trastornos mentales desde la normalidad. De acuerdo con la teoría evolutiva general, los trastornos mentales deben verse en el contexto de un continuo de normalidad/anormalidad que se basa en la idea de la adaptabilidad de los rasgos. Por lo tanto, es posible confirmar que existen algunas variaciones anormales que resultan en un patrón de comportamiento anormal utilizando el enfoque tradicional.

Describir el estado actual de la salud mental de los estudiantes es uno de los principales objetivos del artículo titulado "Impacto de los programas socioeconómicos en los estudiantes que ingresan a la Universidad de Carabobo con riesgos de salud mental" elaborado por Cruz Mayz en 2008, encontró que los estudiantes se encontraban dentro de lo normal mental y socialmente, lo que puede ser considerado como el enfrentamiento a las presiones estresantes cotidianas sin condiciones psicoemocionales ni sociales, pues a pesar de no contar con las condiciones socioeconómicas idóneas para dedicarse exclusivamente a su rol de estudiantes, exhiben una alta motivación para completar su formación académica, aunque para ello deben establecer un conjunto de estrategias como: Tiempo de estudio, equipos de estudio, uso de transporte para organizar los materiales académicos (1 hora de casa al lugar de estudio) restringir las actividades sociales, entre otras cosas. Finalmente, no muestran ningún tipo de indicios sobre problemas de salud mental como sería: enfermedades somáticas, angustia, incapacidad para organizar su tiempo y actividades pendientes, insatisfacción, conflictos sociales, desmotivación, entre otros (Mayz, 2008).

Fraimpar y colegas en el año 2006, en su artículo titulado “Evaluación psicológica de las condiciones generales de salud mental en estudiantes de cuarto año de Odontología de la Universidad de Carabobo y su relación con el desempeño en el área clínica”. En el primer trimestre de 2006 evaluaron la salud psicológica general de los estudiantes de 4to Año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y su relación con el desempeño en el ámbito clínico. Encontraron que: Más del 65% de la población, se puede inferir, no presenta cambios psicológicos de personalidad. En cuanto a la estabilidad emocional, encontramos que más del 50% de la población tiene una actitud de entusiasmo, alegría, entrega y amabilidad; en contraste, el 45.2 % de las demás categorías exhibe actitudes de pesimismo, siente poco entusiasmo por los estudios, en ocasiones tiende a sentirse deprimido, lo que les dificulta cumplir con las actividades académicas prescritas, reflexionando sobre lo que les ha tocado hacer, que podría tener un impacto en la práctica clínica. Según la escala establecida en 7.6 % siempre, 7.9 % casi siempre, 12.3% ocasionalmente, 21.9% casi nunca y 51.6 % nunca, la estabilidad emocional se presenta con un factor de Burnot o Estrés de 7.6%, 7.9% casi nunca, y 51,6 %. Dado que más del 70% de las personas no tienen síndrome de Burnot ni estrés, se puede inferir que practicar yoga y otras actividades relajantes, hace que las personas se sientan bien (Fraimpar et.al, 2006).

En América latina tenemos numerosos estudios referidos a la Salud, aunque muy pocos en Salud Mental, y en específico en estudiantes universitarios, la mayoría del área de la salud y psicología (Al Nakeeb et al, 2009, Alonso Palacio, et al, 2000, 2007, Amézquita, González y Zuluaga, 2003, Poveda, et al 2000; entre otros) según la revisión bibliográfica.

Un estudio de 2007 publicado en la revista Psicoterapia, Vol. 25, No. 2, No. 105-112, titulado "Problemas de salud mental entre estudiantes de la Universidad de Concepción, Chile",

afirmó: el estrés es uno de los problemas más frecuentemente observados. Se han observado números alarmantes relacionados con deseos de muerte y pensamientos suicidas. Otro estudio publicado en Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 16, 13, 4 de marzo de 2007 afirma: las muestras fueron calificadas con una puntuación de 2.4 - severidad alta para ser clasificadas como casos. Por ello, existe una necesidad continua de identificar a los estudiantes universitarios con problemas clínicos subsindromáticos.

El objetivo del estudio llamado “Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos” y desarrollado por Ana Barrera y Yusting San Martín en 2021 fue describir la prevalencia de síntomas de salud mental y hábitos de salud en una muestra de 601 estudiantes de tres universidades de Chile: Arica, Concepción y Temuco, y analizar género, raza y nivel socioeconómico (NSE). Los participantes completaron la primera encuesta universitaria de salud mental, que consistió en seis instrumentos de salud mental que midieron variables sociodemográficas y las enfermedades mentales más comunes en esta población. El análisis de frecuencias y diferencias de grupo (prueba t de Student y ANOVA) mostró que más del 45% de los participantes tenían síntomas de riesgo con comorbilidades relacionadas con la depresión, la ansiedad y el estrés. Las mujeres están más ansiosas y estresadas, y los jóvenes de áreas urbanas están más ansiosos y estresados. El 5% tiene pensamientos suicidas y el 14% sigue dietas inseguras, más frecuentes en mujeres. Además, el 50% reportó síntomas de insomnio y el 42% reportó síntomas de hipersomnia durante el día, siendo esta última más común entre los jóvenes urbanos. El consumo de drogas es diverso y alarmante: los hombres consumen las mayores cantidades de tabaco, alcohol, marihuana y alucinógenos, las mujeres utilizan más tranquilizantes y las diferencias en el consumo de tabaco y alcohol por raza y NSE también se han observado (Barrera y San Martín, 2021). Estas cifras

confirman la alta prevalencia de diversos problemas de salud mental en esta muestra de estudiantes universitarios, y la necesidad de profundizar en la investigación e implementación de programas de promoción, prevención y tratamiento oportuno en este grupo, enfatiza la sexualidad.

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad y depresión en estudiantes de salud fue el objetivo de este estudio titulado “Ansiedad y depresión identificadas con la escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud” y desarrollado por Estéfana Ordosgoitia y demás colaboradores, que consistió en un estudio transversal en estudiantes de medicina, enfermería y química médica de una universidad colombiana completando de forma voluntaria y anónima un formulario con información sociodemográfica y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Realizaron la regresión logística: ansiedad o depresión (variable dependiente) y las características sociodemográficas (independientes): $p < 0.05$, estadísticamente significativo. Los participantes correspondieron a 697 jóvenes, cuyas edades oscilan entre 20.3 ± 1.7 . El 43.6% estudiaba Medicina, el 26.2% Química Farmacéutica y el 30.1% Enfermería. Se identificó ansiedad en el 49.8% (intervalo de confianza 95%:46.0-53.4) y depresión en el 80.3% (intervalo de confianza 95%:77 83.1). Estudiar Medicina, Enfermería, ser de sexo femenino, padecer de sobrepeso e infrapeso, haber tenido consulta previa psicológica o psiquiátrica, tener medicación permanente y sufrir de alguna enfermedad crónica, se asocia a mayor presencia de ansiedad. Determinaron que es más probable que la ansiedad esté presente si está estudiando medicina o enfermería, es mujer, tiene sobrepeso o bajo peso, ha tomado medicación permanente, tiene una enfermedad crónica o ha buscado ayuda psicológica o psiquiátrica en el pasado. La depresión mayor se vinculó con provenir de un área rural. Los resultados indican una alta prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos en el grupo de jóvenes

universitarios del área de la salud. La escala, si bien no hace un diagnóstico, sí indica la posibilidad de manifestaciones patológicas. Se vincularon los entornos adolescentes y los factores psicosociales. Numerosos autores han planteado circunstancias similares. Pudieron reconocer la ansiedad en el 50% de los estudiantes y la depresión en el 80% de esta manera. Las costumbres, los hábitos y las actividades recreativas se correlacionaron fuertemente con factores relacionados con la vida universitaria (Ordosgoitia, 2021).

A nivel nacional

En Colombia tenemos los siguientes:

Escobar y Gallo (2003) explican la conexión entre los elementos curriculares y las actitudes que los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas en Manizales tenían hacia la promoción de la salud entre los años 2002 y 2003. Se determinó una muestra de 230 estudiantes, y de ese número, A 173 se les aplicó una encuesta y una escala tipo Likert. Además, se llevó a cabo en cuatro grupos focales y análisis de documentos sobre los principios del currículo y los planes de estudio de las escuelas de medicina formales. Se encontró que el 66.5% de los estudiantes presentó actitud indiferente hacia la promoción de la salud, el 15% actitud positiva y actitud muy positiva el 2.9%; para el 13.9% la actitud fue negativa y muy negativa para el 1.7%. Con excepción de las materias pediátricas, las únicas que involucran componentes formativos como la promoción de la salud, las materias de las áreas básica, clínica, quirúrgica y de salud mental, por lo tanto, tienen un enfoque patológico. Los resultados muestran que los currículos formales y cerrados mejoran la formación clínica y replican el carácter institucional del programa, lo que puede explicar actitudes apáticas hacia la promoción de la salud (Escobar y Gallo, 2003).

Un proyecto para desarrollar un modelo de promoción de la salud mental desde la actividad física fue presentado por Adriana Prieto en 2003, con la intención de llegar al estudiantado que conforma la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Usó un método de análisis multinivel de tres fases, primero examinando y documentando la enfermedad y los problemas de población presentes en los estudiantes e integrando los datos sobre estos dos problemas; segundo, identificó experiencias previas; y finalmente, estableció los ejes y estrategias del modelo. Las redes de participación y apoyo a la promoción de la salud y la actividad física, el apoyo y la transformación política normativa, y la reorientación académica hacia la formación integral y sus estrategias, fueron los componentes principales del modelo que definió. El proyecto permitió consolidar una metodología para el diseño de modelos de salud al tiempo que favoreció la integración de las estrategias y enfoques de promoción de la salud mental y bienestar que se utilizan en conjunto con la actividad física (Prieto, 2003). El modelo desarrollado en este trabajo sugiere caminos para superar acciones desarticuladas y procesos deficientes de participación y decisión en la definición de estrategias y acciones de actividad física y autocuidado, que orientan las estrategias sobre las expresiones problemáticas de los determinantes identificados (pobreza, inequidad, violencia, y educación): menor posibilidad de realizar actividad física y prácticas de autocuidado y recreación, altos índices de violencia, formación de pandillas, conductas adictivas.

Adalberto Campo y colaboradores señalan en 2005, que la escala de depresión de Zung (EZ-D) se utiliza con frecuencia en investigaciones en Colombia, sin embargo, no se ha validado formalmente en ninguna población. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue validar EZ-D en estudiantes universitarias de Bucaramanga, Colombia. Los estudiantes completaron el EZ-D y, a fines de 2003, tomaron la Entrevista estructurada para episodios depresivos mayores (EDM)

(SCID-I). Entrevistó a 110 universitarias con edad promedio de 22,1 años (DE 3,4). En la EZ-D puntuaron entre 29 y 78 con una media de 49 puntos (DE 11,2), 48 estudiantes (43,6%) presentaban síntomas depresivos con importancia clínica. En la entrevista confirmó que 19 universitarias (17,3%) reunían criterios para un EDM. La prueba de alfa de Cronbach fue 0,85; la sensibilidad de EZ-D para EDM, 94,7% (IC 95%: 90,5- 99,7); la especificidad, 67,0% (IC 95%: 56,3-76,3); el valor predictivo positivo, 37,5% (IC 95%: 24,3-52,7); el valor predictivo negativo, 98,4% (IC 95%: 90,2- 99,9); la prueba kappa de Cohen, 0,39 (IC 95%: 0,23-0,54); el área bajo la curva, 0,856 (IC 95%: 0,780-0,933), y la correlación test retest fue 0,848 ($p < 0,01$) (Campo et al., 2005). Se concluye entonces que escala de depresión es útil como herramienta de detección con alta sensibilidad y especificidad aceptable para identificar posibles casos de episodios depresivos en estudiantes universitarias.

Jorge Palacio y Yadira Martínez en 2007, establecieron el vínculo entre el Rendimiento Académico y la salud mental en estudiantes de la Universidad Simón Bolívar, tema de interés suscitado por los problemas regionales con el logro educativo y la necesidad de presentar hipótesis más integrales, más allá de los efectos de la economía. Los bajos puntajes de las pruebas SABER, ICFES y ECAES a nivel regional han resaltado la necesidad de explicar cómo funciona la inversión estatal, así como los posibles remedios. Como resultado, 217 estudiantes universitarios de diferentes sexos que fueron elegidos específicamente para el estudio participaron en un estudio correlacional y completaron seis cuestionarios adaptados de Martínez, Tirado y Ochoa (2005) relacionados con cada variable. Los principales resultados muestran una correlación negativa entre el rendimiento académico y la ansiedad. Además, los estudiantes que no han perdido un semestre y que se matriculan en todos los cursos programados para ese

semestre tienden a tener promedios académicos significativamente más altos. Por lo demás, no hubo variaciones destacables con el resto de variables de estudio (Palacio y Martínez, 2007).

El objetivo de la investigación de Constanza Londoño en 2009 fue determinar la importancia del optimismo y la buena salud como indicadores de cuán bien adaptados están los jóvenes cuando se matriculan por primera vez en la universidad. La muestra estuvo conformada por 77 estudiantes, con edades entre 17 y 26 años, de ambos sexos, que ingresaron a una jornada universitaria diurna del primer semestre de psicología durante el primer período académico del año 2005. privada. La Escala de Optimismo de Seligman, el Cuestionario de Salud Mental Positiva, la Escala de Satisfacción General, el Test de Orientación Vital LOT y una ficha de registro de información académica son los instrumentos que se utilizaron. Todos estos se pusieron en práctica dos veces: una vez al comienzo del año escolar y otra vez dos años después. Para determinar el nivel de previsibilidad de cada variable y el impacto de sus interacciones en la adaptación, realizó un análisis multivariado. Los hallazgos demuestran que el optimismo influye tanto en la permanencia como en la cancelación y repetición de asignaturas, ambas consideradas como señales de alerta de una potencial deserción (Londoño, 2009).

Utilizando como población a estudiantes universitarios de la carrera de salud, Gina Navarro en 2009, presenta un estudio cuantitativo descriptivo que pretende describir los rasgos de la salud mental positiva a partir de los seis factores identificados por la Dra. Mara Teresa Lluich Canut (Barcelona, España, 1999): Satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y habilidades de relaciones personales. Los hallazgos muestran que los estudiantes exhiben indicadores positivos de salud mental, con fuerte presencia de factores de autocontrol y habilidades interpersonales; los demás factores también son notorios, aunque con menor presencia y se encuentran porcentajes significativamente menores

para cada uno de los factores, lo que sugiere desarrollar estrategias que refuercen la salud mental positiva. La Actitud Prosocial y las Habilidades de Relación Interpersonal, que están directamente relacionadas con el ámbito social y la consecución de objetivos compartidos, se muestran más fuertes en los hombres que en las mujeres. La satisfacción personal, el autocontrol, la autonomía y la resolución de problemas son más fuertes en las mujeres. Si bien se encontró que la actitud prosocial, las habilidades de relación personal y la satisfacción personal están presentes en los jóvenes independientemente de su promedio académico, lo que indica que estos factores están influenciados por factores externos, los estudiantes con promedios académicos buenos y excelentes tienen niveles de desempeño medio-alto y alto. autocontrol, autonomía y resolución de problemas (Navarro, 2009).

María Fernanda Angarita y colaboradores publican en 2020 el estudio titulado “Factores de protección de la salud mental en universitarios: Actividad física e inteligencia emocional”, el propósito del estudio fue comparar los niveles de actividad física e inteligencia emocional de los estudiantes. Este estudio se desarrolló utilizando una metodología cuantitativa con un diseño no experimental, comparativo y transversal. El muestreo utilizado fue no probabilístico y estuvo conformado por 100 personas (50=Actividad Física; 50=Sin Actividad Física). Los instrumentos seleccionados para la recolección de la información fueron la escala TMMS-24 y el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) versión corta. La información se analizó con los paquetes estadísticos PAST 3, SPSS 22.0 y Microsoft Excel utilizando los estadísticos descriptivos, pruebas de normalidad, de correlación y de contraste de hipótesis. Se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre los estudiantes físicamente activos y los que no lo son (Angarita et al., 2020). De esto se puede concluir que cuanto mayor sea la frecuencia de la actividad física, mayor será la claridad y la restauración emocional.

Encontramos también trabajos de grados enmarcados en la realidad propia de la Universidad Santo Tomás seccional Tunja en el año 2019 denominado Análisis de la incidencia de las TIC en la práctica pedagógica de los profesores de posgrado de la facultad de derecho de la universidad santo Tomás, seccional Tunja, desarrollado por William Díaz. Con estos proyectos podemos asumir la importancia y pertinencia de ahondar en problemáticas relacionadas con la enseñanza de un saber específico. De este modo, se manifiesta la importancia de la investigación sobre la mediación de las TIC en los procesos de enseñanza y aprendizaje, ya que permite la actualización de las metodologías y herramientas utilizadas en dicho proceso. Por tal motivo, la pertinencia de crear nuevas estrategias didácticas se hace pertinente y necesario.

Sin embargo, la exigüidad de trabajos de investigación en la USTA en el campo propio de la salud mental, es evidente y por ello se hace necesario la indagación y estudio investigativo sobre estrategias que ofrezcan nuevos caminos para alcanzar una buena salud mental y por consiguiente un desempeño académico satisfactorio. Es importante señalar que algunos investigadores de todo el mundo se han interesado en comprender las características y estilos de vida de los estudiantes universitarios, se encuentran principalmente en una etapa de desarrollo de evolución mental que los hace más vulnerables y posiblemente afectados por los cambios sociales y emocionales que experimentan. Promueve el desarrollo de problemas de salud mental relacionados con problemas comunes como depresión, ansiedad, abuso de alcohol y otras sustancias. En estos momentos la humanidad se enfrenta a grandes cambios tecnológicos, políticos, sociales y en todos los demás ámbitos, y lógicamente como es natural, este cambio tiene un impacto también en los jóvenes, y se puede ver en cómo reaccionan ante los diversos aspectos de la vida cotidiana, que son propios de la cultura y las costumbres de cada país.

2.2 Marco Teórico conceptual

Salud mental (SM)

Para hablar del concepto de salud mental es imperioso hacer referencia primero al concepto de salud propiamente dicha, que etimológicamente viene del latín *salus*, entendida como “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi 1968). Sin embargo, “El concepto de salud está perdido, porque no puede ser utilizado como único ni como uniforme, se lo debe relacionar con los aspectos individuales de cada persona” (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi 1968).

En 1950, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta una primera definición de salud mental, claramente influida por la psiquiatría dinámica. Los tres criterios que se proponen para definir a una persona mentalmente sana son: (a) alcanzar una síntesis satisfactoria de los propios instintos, potencialmente conflictivos, (b) establecer y mantener relaciones armónicas con los demás, y (c) la posibilidad de modificar el ambiente físico y social. Cabe destacar que estamos en los difíciles años de la postguerra, y que el término que más se repite en dicha definición es 'armonía' (OMS, 1950). Poco después, en 1958, la psicóloga social Marie Jahoda publica su famosa sistematización de salud mental positiva en EE.UU.- creada a instancias de la Joint Commission on Mental Illness and Health-, que ha sido ampliamente difundida, simplificada, y que sin duda constituye la referencia más evidente de todas las definiciones posteriores. Los criterios propuestos por Jahoda son: (a) auto concepto realista, identidad y autoestima, (b) búsqueda de crecimiento y autoactualización (c) integración de sí mismo y de las distintas experiencias, (D) autonomía, (e) percepción objetiva de la realidad y (f) dominio del entorno: adaptación y éxito para alcanzar metas (Jahoda, 1950).

Jahoda (1958) menciona que la salud mental es uno de los muchos valores humanos, no es apropiado considerar la salud mental como el mayor bien en sí mismo porque es solo uno de los muchos valores. Al igual que la salud mental, no existe un concepto integral de salud física totalmente aceptable y que lo abarque todo. Aunque un entorno social o cultural puede favorecer la salud o la enfermedad mental, la calidad resultante es exclusiva de ese individuo. Los estándares de comportamiento saludable o normal cambian con el tiempo, el lugar, cultura y grupo social afectan lo que se considera un comportamiento normal o mentalmente saludable.

Erich Fromm se dedicó también al tema de salud mental en la sociedad en la cual él vivió. Sobre esto escribió:

“La salud mental tiene que ver para mí con la superación del narcisismo y con esto, para formularlo de un modo positivo, alcanzar la meta del amor y la objetividad; con la superación de la enajenación y así alcanzar identidad e independencia; con la superación de la enemistad y con ello la capacidad de vivir pacíficamente y finalmente lograr ser productivo, que significa la superación de la fase arcaica de canibalismo y de dependencia”. (p. 22)

Desde hace tiempo, se cuenta con organismos encargados de la salud mental, y con definiciones más o menos oficiales. Sin embargo, estas descripciones, además de no estar exentas de críticas, se ven superadas por el uso que se hace diario de la noción de salud mental. Y es que en realidad: “la salud mental se presenta como un objeto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar”; discursos y prácticas que “obedecen a racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras, y por tanto, las concepciones

de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que le subyacen” (Restrepo & Jaramillo: 2012, p. 203). La salud mental es reconocida como “La capacidad para realizar actividades diarias normales o adaptativas, sin la manifestación perturbadores o síntomas psicopatológicos” (Goldberg como se citó en Príncipe, 2016, p, 14).

En Colombia la salud mental está enmarcada en normas como:

- Ley 1616 de 2013, la cual asume una orientación positiva de la salud mental que implica el cambio de una perspectiva centrada en la enfermedad mental por una perspectiva centrada en la persona y su salud mental, esto convoca un concepto de salud que supera el modelo de ausencia de síntomas o enfermedad por el de personas, familias y comunidades saludables. De esta manera la concepción de salud mental positiva se consolida como un insumo clave del desarrollo humano y la vida que quieren y valoran las personas y familias de Boyacá.
- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, formula un apartado donde expone la importancia de promover la convivencia social y la salud mental como un espacio de acción que permita la transformación de los trastornos y problemas que la caracterizan. El énfasis está centrado en la intervención sobre el comportamiento y las interacciones de las personas, para que puedan desplegar sus recursos emocionales y cognitivos basados en el respeto, la equidad, solidaridad, el bien común y el desarrollo humano y social
- La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) mediante la resolución 429 del 2016, concibe el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) hoy Modelo de Acción Territorial En Salud (MAITE) como la estrategia para adoptar herramientas que permitan organizar la calidad e integralidad en la atención en salud a la población

mediante la gestión integral del riesgo, a través de rutas integrales de atención en salud que mantengan sanos a los sanos y atiendan oportunamente a los enfermos.

- La Política Nacional de Salud Mental a través de la Resolución 4886 de 2018. Esta directriz nacional convoca su adopción a nivel territoriales en torno a 5 ejes: la promoción en salud mental mediante el desarrollo de entornos y hábitos saludables; la prevención, que anticipa y controla el riesgo; la atención, centrada en la integralidad, la detección y el tratamiento oportuno; la rehabilitación, cuyo eje sea la inclusión con una participación más activa de la comunidad y, por último, la gestión intersectorial para avanzar con nuevos socios y alianzas estratégicas.
- El documento CONPES 3992 del 2020, concentra su accionar en promover la salud mental a través de tres ejes de acción: el primer eje enfocado en aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de SPA. El segundo eje enfocado al fortalecimiento de los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas. El último eje orientado a mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: ...un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2001). Tres ideas centrales de la promoción de la salud se basan en esta definición; la Salud Mental (SM) es una parte integral de la salud, la SM es más que ninguna enfermedad y la

SM está estrechamente relacionada con la salud física y el comportamiento. De manera similar, la OMS describe la salud mental (SM) como: ... un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las presiones típicas de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad... (OMS 2001a).

Las mismas interacciones sociales, psicológicas y biológicas que afectan la salud física y las enfermedades en general también afectan la salud mental y las enfermedades mentales. La evidencia más sólida que respalda esto proviene del riesgo de enfermedad mental, que está vinculado a indicadores de pobreza como bajos niveles de educación y, en algunos estudios, condiciones de vivienda deficientes tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. y bajos ingresos, educación limitada, condiciones laborales exigentes, discriminación de género, estilos de vida poco saludables y violaciones de derechos humanos (OMS 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2013), más de 400 millones de personas en todo el mundo sufren trastornos mentales o del comportamiento. Estos problemas de salud mental afectan a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, existen determinados colectivos con mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos, entre los que se encuentran las personas económicamente vulnerables, los inmigrantes, las mujeres, las personas mayores y las personas sin estudios. (Oficina de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2004). En cuanto al último punto, los estudios de prevalencia con población universitaria han revelado que los jóvenes matriculados en la educación superior han mostrado un aumento constante en los últimos años, lo que genera dudas sobre el efecto protector de los años de educación frente a la salud mental y la aparición de enfermedades mentales (Auerbach et al., 2016; Storrie et al., 2010).

Se pueden utilizar numerosos factores para explicar esta situación inquietante y complicada. Primero, ante todo, los estudiantes universitarios están atravesando una nueva etapa evolutiva conocida como adultez emergente, tal como la describe el investigador Jeffrey Arnett (2000, 2007/2008). Esta etapa se da entre los 18 y 29 años y se distingue de otras etapas por cinco características que también se encuentran en los universitarios. Es la búsqueda de identidad, la inestabilidad, la etapa de gran optimismo y gran potencial, enfócate en ti y enfócate en ti. Sensación durante la adolescencia y la edad adulta (Arnett, 2000, 2004). Todos estos rasgos configuran una etapa vital compleja que presenta diferentes desafíos para los jóvenes. Estos incluyen adaptarse a actividades como el trabajo y la vida universitaria, los desafíos de independizarse gradualmente de los padres y los retos de formar nuevos lazos importantes y prepararse para el resto de su vida. El camino hacia la adultez (Arnett, 2007/2008; Barrera-Herrera y Vinet, 2017).

Un segundo factor pertinente que explicaría este fenómeno corresponde a las características del ambiente universitario además de los rasgos distintivos de este período crucial. Durante sus estudios, los jóvenes se enfrentan a un exigente sistema académico muy diferente al sistema de educación secundaria (Álamo et al., 2017; Micin & Bagladi, 2011). En esta nueva situación, los estudiantes necesitan las habilidades necesarias para hacer frente a factores estresantes como la salida del núcleo familiar, la inestabilidad económica, cumplir con las expectativas personales y familiares y equilibrar los estudios con la crianza y/o el empleo en este nuevo contexto en el que deben asumir nuevas responsabilidades académicas, gestionar eficazmente su tiempo para responder a múltiples tareas, fomentar su autonomía y asumir nuevas responsabilidades académicas (Baader et al., 2014; Barrera-Herrera & Vinet, 2017; Micin & Bagladi, 2011). Ante este escenario, la necesidad de adaptarse a una nueva etapa de la vida y las

exigencias del entorno académico son factores que hacen que el período de la adultez emergente sea particularmente inestable, lo que puede resultar en la aparición de síntomas o trastornos de salud mental (Arnett et al., 2014; Baader et al., 2014; Micin & Bagladi, 2011; Schulenberg et al., 2004).

Debido a la alta prevalencia de estas condiciones entre los estudiantes universitarios, se ha prestado especial atención al estudio de sus síntomas, entre los que se encuentran la ansiedad y la depresión (Antúnez & Vinet, 2013; Arrieta Vergara et al., 2014; Baader et al., 2014; Micin & Bagladi, 2011). Debido a que las evidencias sugieren que estos tres cuadros sintomáticos con frecuencia coexisten y aumentan el riesgo de desarrollar otros problemas de salud mental (Román et al., 2016), como trastornos de la alimentación, consumo excesivo de alcohol y riesgo de suicidio, es cada vez más importante prestar atención a estos síntomas (Baader et al., 2014).

Desafortunadamente, la presencia de enfermedades mentales entre los adultos jóvenes de todo el mundo ha aumentado recientemente (González & Rego, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2013). Lo anterior invita a las instituciones de educación superior a concentrarse en este escenario ya que la mayoría de sus integrantes se encuentran en su etapa de adolescencia o juventud y buscan desarrollar y concretar sus proyectos de desarrollo. vida, madurar y asumir nuevos deberes cívicos (Cardona-Arias et al., 2015).

Se ha demostrado que el desarrollo de los estudiantes universitarios se ve afectado por la ansiedad y la depresión porque estas condiciones tienen un efecto negativo tanto en su funcionamiento académico como psicosocial (Meyer et al., 2013; Román et al., 2014). Debido a que el estudiante enfrenta desafíos sobre los cuales no tiene control y que terminan siendo una fuente de estrés, la universidad ha pasado a representar un conjunto de situaciones que pueden exceder los recursos del individuo. Estos cambios en la salud física y mental, la deserción escolar

y/o el fracaso académico son consecuencia del encuentro del estudiante con estos desafíos (Noriega et al., 2014).

Depresión

La depresión es descrita por Retamal (como se citó en Romero, Fernández, Huerta, & Barradas, 2015) como un tipo de enfermedad mental del estado de ánimo, tristeza profunda, sumada a una alta pérdida del disfrute de las actividades habituales de la persona. Se caracteriza por síntomas como tristeza, cambios en la concentración y la memoria, a nivel de manifestación física dolores de cabeza, dolor de espalda, alteraciones gastrointestinales, lívido bajo, entre otros. Según Papalia, et al. (2012), la edad adulta temprana es una época en la que es más probable que aparezca la depresión.

Bartra, Guerra & Carranza, (2016) refieren que la depresión es el resultado final de la interacción de numerosos factores constitucionales, ambientales e interpersonales que alteran el equilibrio de los neurotransmisores; exhibiendo rasgos de extrema melancolía, complicando la existencia y alterando la química cerebral. Del mismo modo, conduce a una anhedonia que afecta la vida emocional del día a día actual, manifestándose como una respuesta emocional impactante. También surgen pensamientos negativos sobre uno mismo, el medio ambiente y el futuro (Bartra, Guerra & Carranza, 2016).

Según Beck en 2003, sobre la depresión afirma que es un conjunto de creencias pesimistas sobre uno mismo, el mundo y el futuro que se basan en una variedad de distorsiones cognitivas, tales como: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, magnificación y minimización, que utilizan para organizar e interpretar la información extraída de los hechos vividos por la persona (Beck, 2003). Se ha encontrado que la depresión, por otro lado, se refiere a una constelación de síntomas caracterizados por bajo estado

de ánimo, cambios de comportamiento, duelo, disminución de la actividad, pensamientos centrados en situaciones negativas y pensamientos suicidas. Este último puede conducir a la ejecución de planes suicidas con alta probabilidad de llevarse a cabo (Diulio et al., 2015; World Health Organization, 2014).

Ansiedad e insomnio.

Los trastornos de ansiedad son trastornos emocionales desagradables acompañados de sentimientos de ansiedad que ocurren cuando se enfrenta a un escenario de amenaza. En definitiva, es un trastorno que se presenta en el ser humano y que afecta al rendimiento y ajuste en el ámbito personal, familiar, académico o laboral y social. Se convierte en un problema psicológico que afecta en gran medida la vida de un individuo. Ante esta desagradable reacción, nos enfrentamos a la psicopatología. Sin embargo, el miedo es una respuesta universal y no es necesariamente perjudicial. Sin embargo, es muy importante medir utilizando escalas e instrumentos adecuados para garantizar que se cumplan los criterios de diagnóstico (Bojorquez, 2015).

También es un mecanismo incorporado que nos permite ser conscientes de diversas cosas que podrían poner en peligro nuestra persona. Es saludable experimentar cierta ansiedad ante una amenaza; si es leve, puede mantenernos alerta y preparados para afrontar cualquier cosa que se nos presente. Por otro lado, Riveros, Hernández & Rivera (2014) aclaran que el insomnio es un síntoma provocado por problemas de sueño que perjudican la salud emocional, la persona se despierta al amanecer y no puede volver a conciliar el sueño, o comienza a tener una serie de pensamientos negativos que lo mantienen evitar que se vuelvan a dormir al día siguiente (Riveros et al., 2014).

Se ha afirmado que las estructuras cognitivas de la ansiedad se basan en la visión que tiene el individuo del mundo exterior y las interpretaciones que da a los acontecimientos (Graeff, 1997). Además, la ansiedad es un estado emocional incómodo y amenazante con altos niveles de agitación nerviosa, marcada preocupación incontrolable excesiva y abrumadora, ansiedad y tensión muscular debido a estímulos externos no definidos por el sujeto (Roca & Baca, 2006). Además, la expresión psicofisiológica más común de la ansiedad es que el pánico puede ocurrir ante situaciones amenazantes percibidas y/o anticipadas, y ante una toma de decisiones persistente y difusa (Piqueras et al., 2008; Sierra et al., 2003).

Por otro lado, otros modelos teóricos sostienen que la ansiedad se ve acentuada por las numerosas influencias bidireccionales de eventos infantiles, biológicos, cognitivos, genéticos, afectivos y factores de riesgo externos como los familiares y socioambientales (Creswell et al., 2014; Murray et al., 2009; Southam-Gerow et al., 2008; Weisz et al., 2012). De manera similar, también se enfatizó cómo los factores antes mencionados interactúan entre sí en las diversas esferas sociales y/o instituciones a las que pertenecen las personas, se ha dejado claro que la complejidad y gravedad de la sintomatología ansiosa también están influenciadas por estas interacciones (Dougherty et al., 2013; Gaumon et al., 2016).

Síntomas Somáticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2018) establece que, en todas las personas con enfermedades sintomáticas causadas por síntomas físicos como dificultad para caminar en la vida diaria, dolor y fatiga, los síntomas pueden indicar malestar que no indica una enfermedad grave, se describe como una enfermedad que la persona está experimentando, pero esto es real. Puede estar relacionado con condiciones médicas.

Además, la enfermedad suele ser muy preocupante, siendo la prevalencia femenina la que tiende a presentar más síntomas físicos que los hombres (American Psychiatric Association, 2018).

La somatización es un problema de salud mental que involucra no sólo los mecanismos de defensa inconscientes de una persona, sino también diversos comportamientos des adaptativos de la persona. La causa de los síntomas físicos es psicológica. Sin embargo, debido a que la somatización tiene un efecto calmante sobre algunos ataques de ansiedad y pánico, es necesario considerar algunas cuestiones orgánicas y biológicas (Muñoz, 2009).

Disfunción social.

La disfunción social es una anomalía causada por diversos factores como la sociedad, la familia, los amigos y otros, y afecta a una persona en cualquier etapa de la vida o durante importantes procesos de desarrollo. Todo esto afecta el funcionamiento de una persona en su vida diaria, teniendo frecuentemente un impacto en su salud mental. Como resultado, la persona puede adoptar comportamientos que se consideran anormales e interactuar entre sí para crear un ambiente desequilibrado. Pueden ser obvios, pueden parecer ocultos por razones económicas o educativas y, a menudo, son desconocidos (Bermibre, 2008).

Así mismo, el entorno social de una sociedad crea emociones que se perciben a la luz de su entorno sociopolítico. Según Páez (como se citó en Zilueta, Delfino & Fernández, 2008), los problemas sociales en la actual eran de corrupción política hacen que la gente tenga miedo de expresar sus ideas en público, provocando frustración y resentimiento en algunos grupos sociales. Estos entonos provocan emociones negativas en las personas por miedo a no poder expresar sus ideas, inseguridad, resentimiento o rencor hacia otras personas y con el gobierno. Los miembros de una comunidad se ven afectados por un clima social disfuncional; Se piensa que una situación social problemática particular provoca apegos emocionales y una mala

impresión de imprevisibilidad social, por ende, define la disfunción social como un trastorno o cambio en el funcionamiento de un sistema u organismo (Zilueta et.al , 2008).

La disfunción social persistente suele provocar síntomas como ansiedad, inquietud, tristeza, pérdida de autoestima y somatización. Para la psicología, la disfunción es una anomalía; en el caso de esta ciencia, los criterios sobre lo que constituye una anomalía varían, como las cuestiones morales, la capacidad de inducir desorden o cambio en los sistemas establecidos que se estudian, o la rareza de las desviaciones de las normas sociales determinadas por Se produce este mal funcionamiento. Cuando un paciente tiene algún tipo de enfermedad mental, a veces se le llama grupo disfuncional. Es decir, cuando los miembros de la familia adoptan conductas que se consideran anormales y se influyen mutuamente para crear un ambiente desequilibrado (González, 2012).

Por ello, la salud mental deteriorada debido a condiciones médicas o trastornos mentales puede afectar el desarrollo de las habilidades cognitivas, emocionales y de integridad física de una persona. Para poder tomar medidas generales para garantizar el bienestar personal y evitar la percepción de que abarca problemas de salud mental, es crucial definir la salud como bienestar (Ormelas y Ruiz, 2017).

Capítulo III. Marco y Diseño Metodológico

3.1. Diseño Metodológico

El diseño de la investigación como menciona Hernández et al., “se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea”. (2003, p.184). Se puede inferir, que el diseño de la investigación se refiere a la explicación del modelo metodológico asumido por el investigador para la elaboración de su proyecto de investigación. Como menciona Hernández et al. (2003), un buen diseño de investigación nos permite que el proyecto se lleve a cabo de forma efectiva y eficiente.

3.1.1. Enfoque, diseño de la investigación

Esta investigación concierne a un estudio de enfoque cualitativo con un diseño descriptivo - correlacional, donde se analiza las afecciones en la salud mental presentes en estudiantes de primer semestre académico 2023-II de la Universidad Santo tomas Seccional Tunja. Sherman y Webb (1988) mencionan que el propósito de la investigación cualitativa se establece en dilucidar la experiencia lo más cerca posible de cómo los participantes la sienten o experimentan. (p.7). Así, la aplicación de la investigación cualitativa es muy útil pues permite la participación y el conocimiento de los participantes involucrados en el proceso por lo que se explora, se analiza, se comprende y se interpreta sobre el problema detectado (Hernández et al., 2005). En ese sentido, se pretende que los estudiantes expresen sus opiniones y emociones en este inicio de semestre y de su vida universitaria.

De acuerdo a la investigación, el diseño utilizado es descriptivo-correlacional es un tipo de estudio que tiene como objetivo describir las características de un grupo, organizar los datos de forma informativa y muestra posibles asociaciones o relaciones entre variables, pero no puede establecer relaciones de causa y efecto (John et al., 1997; Peter et al., 1988).

Por tanto, la investigación se tipifica de corte transversal, ya que las variables serán analizadas en un tiempo específico, describiendo las características y elementos más relevantes de la misma. Dentro de este marco, Hernández, Fernández y Baptista, (2010, p. 151) explican que los cortes transversales en investigación tienen como objeto recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. En este corte transversal *“Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Ibídem, p.270)*. El estudio sólo recolectará y analizará datos en un periodo de tiempo específico, por lo que es considerado un estudio de tipo no experimental y transversal.

3.2. Fases de la investigación

En la investigación y su desarrollo se llevan a cabo varias fases, en cada etapa se realizan actividades específicas para lograr los objetivos marcados teniendo en cuenta el cronograma establecido. Creswell y Poth, autores de libros ampliamente utilizados como "Investigación Cualitativa y Diseño de Investigación", describen las fases de la investigación cualitativa, incluyendo la preparación de equipo, la recopilación de datos y el análisis de resultados (Creswell, 2017).

Fase I: Preparación

Esta fase incluye los elementos que iniciaron este estudio: una propuesta o anteproyecto en junio de 2023, cuando surgió la oportunidad de definir el tema. En colaboración con el director de proyecto, se decide desarrollar el estudio con los estudiantes de primer semestre II de la Universidad Santo Tomas Tunja. Se revisa la literatura existente y se formula la pregunta de investigación, que aportó los elementos evaluativos necesarios para desarrollar varios conceptos

teóricos que permitieran revelar las variables del estudio, justificar la importancia del presente trabajo, formular el problema y definir los objetivos. Esto se logra a través de la metodología de investigación llevada a cabo, en el contexto de la salud mental en estudiantes universitarios, esta fase implicaría identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, así como los demás factores asociados a estos trastornos.

Fase II: Recolección de los datos.

Para la recolección de datos, los universitarios fueron contactados, a través de, correos electrónicos institucionales, como también, a través de grupos académicos en redes sociales, y la catedra Henri Didón facilitándoles un enlace correspondiente a la plataforma GoogleDocs:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdTW2QzJSbzwLyTeeyYGiTl5eDAhcpeGUqWmEZtWHcxBhMZ8Q/viewform?usp=sf_link

En dicho espacio virtual, inicialmente los participantes fueron informados sobre las consideraciones éticas del estudio, precisándose aspectos como el objetivo de la investigación, su riesgo mínimo, el derecho al anonimato, la garantía de confidencialidad, el uso de la información con fines investigativos, la participación sin costos / ni beneficios, el derecho a rehusarse a participar en el momento que lo decida sin consecuencia alguna, datos de contacto del investigador principal en caso de dudas o solicitud de información adicional, además, de la instrucción de abstenerse a diligenciar el formato en caso de haber participado previamente. Finalmente se solicitó confirmar la comprensión de la información facilitada y la aceptación de participar, iniciando de forma voluntaria el diligenciamiento del protocolo online. El formulario estuvo compuesto por una ficha de ingreso, que permitió la caracterización sociodemográfica y la confirmación de los criterios de selección de la muestra. Posteriormente, se continuo con el diligenciamiento del CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-;

para el procesamiento de los datos se hizo uso de Excel y del Software estadístico R, este último es de acceso libre.

Fase III: Tabulación y análisis de los datos.

La información recopilada para el análisis, se organizó y refinó de acuerdo a las puntuaciones obtenidas, y se efectuó un análisis estadístico, este análisis se realizó utilizando el software estadístico R y el procedimiento se planificó inicialmente teniendo en cuenta los siguientes puntos:

La distribución general de las variables se realizó mediante análisis descriptivo, que proporciona datos estadísticos y representaciones gráficas útiles para describir la distribución de las variables. Este procesamiento inicial de datos nos permitió establecer diferentes correlaciones para diferentes aspectos que afectan la salud mental.

Fase IV: Presentación de los resultados.

La primera medida es el análisis descriptivo tanto sociodemográfico como del test de Goldberg, junto con el análisis por factor en términos de los resultados obtenidos y la caracterización de casos de atención por factor. Además, se realiza un análisis correlacional entre los puntajes por factor y entre todos los factores para determinar las relaciones entre las respuestas de los estudiantes y sus tendencias de comportamiento en relación con su salud mental. Finalmente, se interpretan los hallazgos a la luz de la literatura existente, se discuten las implicaciones de los resultados y se proponen recomendaciones para futuras investigaciones o intervenciones.

3.3. Población y muestra

Define Richard Chávez Abad (2015) que la población es: “el universo de estudio de la investigación, sobre el cual se pretende generalizar los resultados, constituida por características

o estratos que le permiten distinguir los sujetos, unos de otros” (p.166). La población en esta investigación son los estudiantes de primer semestre (2023-2) que tenían matrícula vigente con la Universidad Santo Tomás seccional Tunja en alguno de los 8 programas de pregrado (Ingeniería Civil, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Sistemas, Ingeniería Industrial, Ingeniería Mecánica, Ingeniería Ambiental, Bioingeniería y Arquitectura), ofertados en este semestre académico en la Facultad de Arquitectura e Ingeniería, en total 228 estudiantes.

Aura Marina Bavaresco de Prieto (2006), menciona que:

“cuando se hace difícil el estudio de todos los participantes o la población, es necesario extraer una unidad de análisis o muestra, la cual no es más que un subconjunto de los participantes o población, con la que se va a trabajar” (p.92).

La muestra está representada por 119 estudiantes de primer semestre (2023-2) de los programas académicos de la facultad de Arquitectura e Ingeniería de la universidad Santo Tomás Tunja, se determinó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia con edades que oscilan entre los 15 y los 21 años. La mayoría de los participantes habitan en la ciudad de Tunja, con núcleos familiares conformados por padres y hermanos, pertenecientes a niveles socioeconómicos entre el estrato 1 y el estrato 6.

3.3.1. criterios de inclusión

Los estudiantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Estar matriculados en el semestre académico 2023-2
- Estar entre un rango de edad de 16 a 23 años
- Diligenciar el consentimiento informado para participación en el estudio
- Diligenciamiento en su totalidad el Cuestionario de salud general de goldberg -GHQ28

3.3.2. Criterios de exclusión.

Se determinó los siguientes criterios como exclusión:

- Estudiantes que no aceptaron la participación voluntaria en el estudio
- Estudiantes que no diligenciaron el consentimiento informado
- Estudiantes que no diligenciaron en su totalidad el Cuestionario de salud general de goldberg -GHQ28

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información.

Los Instrumentos de Investigación como menciona Chávez (2001) son los medios que utiliza el investigador para medir el comportamiento o atributos de las variables. Entre estos se pueden mencionar: los cuestionarios, entrevistas, escalas de clasificación, entre otros. (Chávez, 2001). Por consiguiente, la presente investigación utilizó el cuestionario como instrumento de recolección de datos, definido por Chávez (2001) como un instrumento estructurado o no que contiene un conjunto de reactivos (relativos a los indicadores de una variable) y las alternativas de respuestas. Por otra parte, Hernández y Otros (2003) afirma que, “un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas al respecto de una o más variables a medir”.

3.4.1. Cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ28

En sus diversas versiones y traducciones (GHQ-30, GHQ-28, GHQ-12, otros), el cuestionario de salud general de Iván Goldberg es una de las pruebas de examen psicológico más utilizadas en el mundo actual (Hewitt, Perry, Adams, & Gilbody, 2010). El corte de 28 ítems cuya versión se encuentra en español es otro que se usa con frecuencia para la población latinoamericana (Goldberg et al., 1997). El test de Goldberg es una prueba psicológica, destinada

a determinar si existen o no síntomas de depresión. Las preguntas siguen un formato tipo likert con seis opciones de respuesta cada una, siempre las mismas: "en absoluto", "un poco", "en ocasiones", "moderadamente", "bastante" y "mucho". Las preguntas o afirmaciones a las que debe responder el evaluado, son del tipo: "Me resulta difícil tomar decisiones", o "El placer y la felicidad parecen haber desaparecido en mi vida". Al responder a las preguntas, el participante debe responder teniendo en cuenta lo que ha experimentado, así como su estado de ánimo, en los últimos siete días. Es decir, deberá centrarse únicamente en ese período concreto. Aunque pueden tener otros nombres dependiendo de la orientación y significado de la calificación, esta escala se presenta como una prueba de estructura bidimensional que incluye un factor que califica la depresión y otro que evalúa la disfunción social (Werneke et al., 2000).

El Cuestionario de salud general de Goldberg –GHQ-28- sugerido para la valoración de la salud mental se debe responder en relación a las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems, el estado de salud es conocido a través de 4 subescalas de 7 elementos cada una, relativas a sensaciones de agotamiento, debilidad o enfermedad y molestias corporales (a la que por su contenido llamamos subescala de “estado físico” - subescala **A (síntomas somáticos)**), problemas de nerviosismo, tensión, ansiedad y sueño (a la que por su contenido llamamos subescala de “ansiedad” -subescala **B (ansiedad e insomnio)**), problemas en el desempeño y disfrute de las responsabilidades y actividades diarias (a la que por su contenido llamamos subescala de “bienestar cotidiano” -subescala **C (disfunción social)** y pensamientos y sentimientos de falta de valía personal, tristeza, desesperanza y suicidio (a la que por su contenido llamamos subescala de “depresión” -subescala **D (depresión grave)**). (Godoy-Izquierdo et al., 2002). Anexo B

El cuestionario fue diseñado de tal forma que se evitan al máximo los fenómenos de contaminación y perseveración en las respuestas (Muñoz et al., 1979). Además, el individuo puntea si ha experimentado o vivenciado en las últimas semanas cambios relativos en cada uno de los aspectos requeridos, dejando de lado el valor absoluto del problema (Lemos, 1996).

Como instrumento sugerido para **detectar problemas de nueva aparición**. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para **identificar problemas crónicos**. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

3.5.1. Técnica(s)- procedimientos de análisis

Para la aplicación del Cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ-28, se cumplió con el siguiente protocolo:

Se les informo de la confidencialidad de los datos suministrados para la investigación sin revelar las respuestas individuales ya que se utilizaron con fines investigativos. Una vez, socializado la información se procedió a suministrar el consentimiento informado por escrito a los participantes (Anexo A).

Para antes de la administración del Cuestionario de salud general de Goldberg –GHQ-28, se les brindo instrucciones claras sobre como completar el cuestionario y se aclaró dudas y preguntas. Asimismo, se les pedía que contestaran a todas las preguntas de forma sincera y honesta. Además, no se informó a los estudiantes del contenido u objetivos de la aplicación del instrumento para evitar sesgos en sus respuestas. Seguidamente, se compartió el link del

cuestionario que se estructuro en el recurso digital de GoogleForms a cada uno de los participantes para el diligenciamiento. La duración para la aplicación fue de 30 minutos.

Capítulo IV. Recolección y análisis de resultados

Este apartado detalla de manera descriptiva y correlacional, el análisis estadístico resultado de la aplicación del instrumento Test de Goldberg a 119 estudiantes de primer semestre, Facultad de Arquitectura e Ingeniería, de la Universidad Santo Tomás seccional Tunja, durante el segundo semestre del año 2023.

Aparte de dar a conocer mediante este análisis la exposición del tipo de muestreo, la selección del tamaño de la muestra, el análisis descriptivo a nivel sociodemográfico como a nivel del test de Goldberg, presenta no solo los resultados obtenidos y la caracterización de casos de atención, sino que conduce a un análisis correlacional entre los puntajes por factor de manera individual y entre los factores de manera colectiva. Esto se da con el fin de identificar en paralelo relaciones entre la respuesta de los estudiantes y sus tendencias de comportamiento acerca de su salud mental actual.

Es importante precisar, que para el procesamiento de los datos se hizo uso de Excel y del Software estadístico R, este último es de acceso libre.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.1 Población y tamaño de muestra

Para el desarrollo del presente trabajo, se ha tomado como población objetivo los estudiantes de primer semestre, que, para el segundo semestre de 2023, tenían matrícula vigente con la Universidad Santo Tomás seccional Tunja.

De los ocho programas de pregrado -donde se incluyen Ingeniería Civil, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Sistemas, Ingeniería Industrial, Ingeniería Mecánica, Ingeniería Ambiental, Bioingeniería y Arquitectura- ofertados en este segundo semestre académico del año 2023 en la Facultad de Arquitectura e Ingeniería, se estipula que la cantidad de estudiantes matriculados es de 228 estudiantes, según la oficina de Registro y Control. Por lo tanto esta cantidad de individuos representan el tamaño de población de la muestra.

Según Aguilar, R. (2005), el tamaño de muestra representativa se establece identificando la variable del parámetro que se desea estudiar y si se conoce si la población objeto de estudio tiene un tamaño finito o infinito, para el caso del presente estudio la variable de análisis es de tipo cualitativo, pues se desea caracterizar la salud mental de los estudiantes, además se tiene que el tamaño de población es finito, por lo cual se hace uso de la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} * p * q}{e^2}$$

Ahora bien, dado que no hay estudios anteriores o muestras piloto, de estudios análogos respecto a la población de estudio, para la presente investigación, se trabajará bajo criterios de equiprobabilidad, por lo que se tendrá que $p = q = 0.5$, además se trabajará con un nivel de confianza del 95% ($1 - \alpha$) y un margen de error del 5% (e), por lo que $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$, por lo cual para el tamaño de población objetivo del presente estudio el tamaño de la muestra representativa es de 119 estudiantes.

4.2 Tipo de Muestreo

Con base en el tamaño de muestra obtenida a partir de los estadísticos sustentados en el apartado anterior, se hizo la selección de los 119 estudiantes, quienes son el tamaño de la muestra representativa.

Para la elección de los encuestados se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cuál según Otzen, T. y Manterola, C. (2017), es una clase de muestreo que permite seleccionar casos de interés según la accesibilidad y disponibilidad de los individuos objetivo para ser encuestados.

Dado el tipo de muestreo seleccionado, los investigadores asistimos al desarrollo del espacio académico cátedra del docente Henri Didón, durante la semana décimo segunda (12) de clase en el segundo semestre académico del año 2023. La encuesta se aplicó en dicho espacio académico porque es orientada a todos los programas académicos y más específicamente a los estudiantes de 1er semestre. Como resultado, se divisó la oportunidad de encontrar estudiantes interesados en aplicar la encuesta.

Para lo anterior, se tomó un espacio del horario de esta asignatura con previa autorización y permiso del docente. Una vez estando allí, se les socializó a los estudiantes asistentes las intenciones y propósitos de la presente investigación.

Además, se hizo de manera concreta una explicación minuciosa de las preguntas que se iban a encontrar en el instrumento que se aplicaría, de esta forma los estudiantes que estuvieron dispuestos a ser encuestados participaron en el estudio.

Se concluyó el proceso de recolección de información, cuando se alcanzó el número de la muestra representativa.

El instrumento -aplicado a los 119 estudiantes que compusieron la muestra representativa- estaba compuesto por un total de 34 preguntas, como se puede ver en el anexo A y B, las primeras 6 preguntas corresponden a preguntas de índole sociodemográficas, que permitirán tener una caracterización descriptiva de los estudiantes encuestados, respecto a su facultad, género, rango de edad y núcleo familiar, las 28 preguntas restantes responden al test de Goldberg, de los cuales se relacionan algunas características a continuación.

El cuestionario de Salud General de Goldberg- GHQ28- que, según Pérez, P., Lozano, O. y Rojas, A. (2009), se define como un test psicométrico compuesto por 28 preguntas las cuales están divididas en 4 factores que son, Síntomas somáticos (A), Ansiedad- Insomnio (B), Disfunción Social (C) y Depresión (D). Es un test que se caracteriza por que los encuestados responden una lista de preguntas que un investigador tiene, es decir, este es un test autoadministrado donde alrededor de las 28 preguntas el test usa 8 escalas Likert, las cuales más adelante se desagregarán.

Además de lo anterior, es importante precisar que el test se caracteriza por asignarle una puntuación al entrevistado en cada factor y a partir de esto, se determina si el individuo es o no un caso que refiere problemas respecto a alguno de los cuatro factores en lo que se desagrega el test.

Siendo así, por ejemplo, si el encuestado en una pregunta escoge la 1ª o 2ª opción de respuesta se le asigna 0; si escoge la 3ª o la 4ª opción de respuesta se le asigna una puntuación de 1; al finalizar si la suma del puntaje es superior a 5/6 (el cual es un valor estandarizado por el test), esto indica que la persona encuestada requiere intervención según el factor en el que este valor sea superado.

Es importante indicar que las ocho (8) escalas Likert, que manejan las preguntas del test de Goldberg son las siguientes y están presentadas en orden de valor, según la estructura de la escala:

Tabla 1

Escalas de Likert usadas en el test de Goldberg

Nombre de la escala	Respuesta de la escala
Escala 1	Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual
Escala 2	Menos tiempo que lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo que lo habitual
Escala 3	Más satisfecho que lo habitual Igual que lo habitual Menos satisfecho que lo habitual Mucho menos satisfecho que lo habitual
Escala 4	Más útil que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
Escala 5	No, en absoluto No más que lo habitual Bastante, más que lo habitual Mucho más que lo habitual
Escala 6	Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual Mucho más que lo habitual
Escala 7	Claramente, no. Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente, lo he pensado
Escala 8	Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

Fuente: Elaboración propia a partir de test de Goldberg GHQ28.

A continuación, se presenta un análisis descriptivo desde la perspectiva bivariada, esto con el fin de caracterizar las tendencias de los encuestados con relación tanto a lo sociodemográfico como a los patrones de respuestas respecto a algunas variables por factor.

4.3 Análisis Descriptivo.

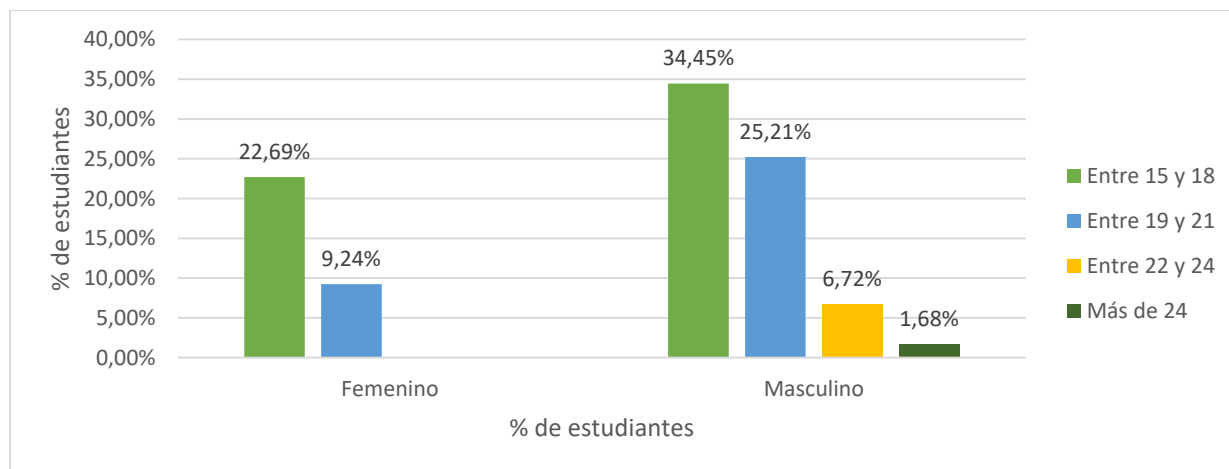
En este análisis se presenta la caracterización sociodemográfica y la descripción de los cruces de alguna que otra variable por factor que resume algunos de los hallazgos obtenidos al aplicar la encuesta que se denominó “NEUROPEDAGOGÍA & SALUD MENTAL”.

Esta encuesta está compuesta por veintiocho (28) preguntas del test de Goldberg y cinco (5) preguntas adicionales relacionadas con características sociodemográficas. Hay que tener presente que la información analizada corresponde a las respuestas proporcionadas por los 119 estudiantes de primer semestre vinculados a la Facultad de Arquitectura e Ingeniería, durante el 2º semestre de 2023 en la Universidad Santo Tomás seccional Tunja.

Encontrará a partir de este momento una distribución por: a) género - edad, b) socioeconómica - por facultad, c) composición de núcleo familiar, según género - edad y d) preguntas - factores.

Figura 1

Distribución por género y edad



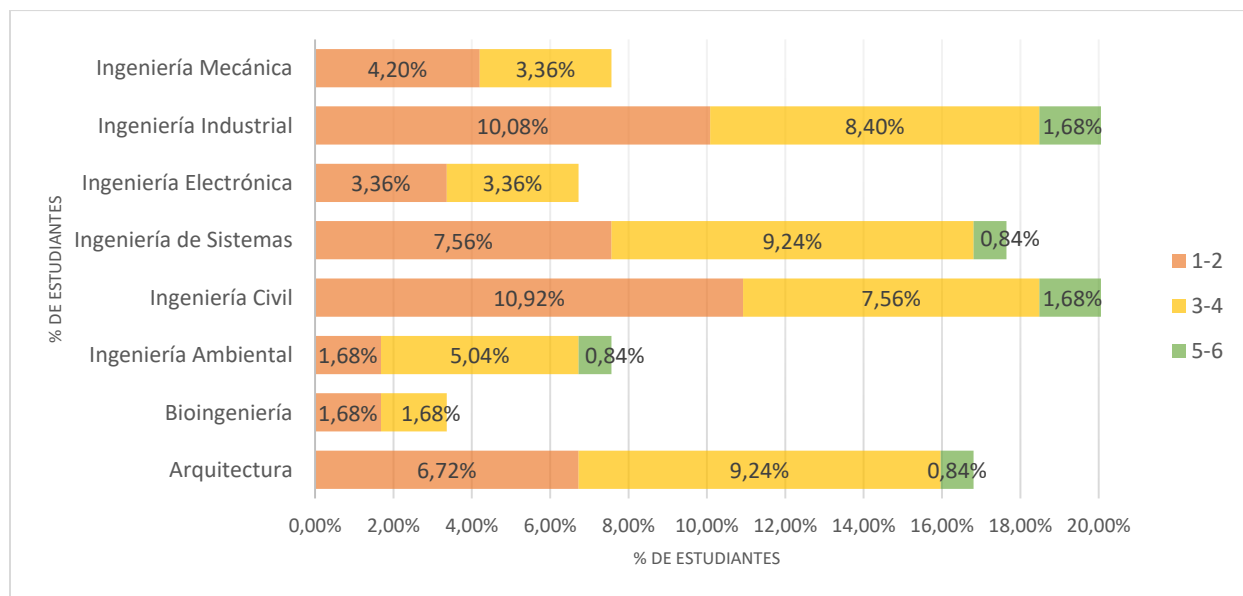
Fuente: construcción propia

Con base en la información de la figura 1, se tiene que, de los 119 estudiantes encuestados, alrededor del 32% son mujeres y de esta proporción solo el 9.24% tienen edades entre 19 y 21 años. En el caso restante de estudiantes que manifiestan ser de género masculino, la mayor proporción de ellos (34.45%) tiene entre 15 y 18 años de edad.

Respecto a la distribución por facultad y su ubicación socioeconómica, es importante resaltar que tal como se evidencia en la figura 2, la mayor parte de los estudiantes encuestados están vinculados a las facultades de Ingeniería Civil (20.17%) e Ingeniería Industrial (20.17%), adicionalmente, en estas dos facultades, la mayor proporción de estudiantes está en los estratos 3 y 4. En general, de los 119 encuestados solo el 5.88% de los estudiantes manifiesta estar en los estratos 5 y 6, y porcentaje restante se distribuye en los demás estratos, obteniendo que la mayoría de los estudiantes está ubicado socioeconómicamente en los estratos 3 y 4 (47.9%).

Figura 2

Distribución socioeconómica y por facultad.



Fuente: construcción propia

Al indagar información a los encuestados respecto a su núcleo familiar, de esta variable, como se muestra en la tabla 2, cerca del 72% de los estudiantes encuestados viven con sus padres y hermanos(s), y solo cerca 10.5% viven con otras personas, bien sea solo con la mamá, solo con la mamá o con familiares como tías, tíos, primos o abuelitos.

Tabla 2

Distribución por composición de núcleo familiar, según género y edad.

Género y núcleo familiar	Rango de edad				
	Entre 15 y 18	Entre 19 y 21	Entre 22 y 24	Más de 24	Total, general
Femenino	22,69%	9,24%	0,00%	0,00%	31,93%
Madre y hermano(s)	4,20%	0,00%	0,00%	0,00%	4,20%
Otros	0,84%	0,84%	0,00%	0,00%	1,68%
Padre y hermano(s)	0,84%	0,00%	0,00%	0,00%	0,84%
Padres y hermano(s)	16,81%	8,40%	0,00%	0,00%	25,21%
Masculino	34,45%	25,21%	6,72%	1,68%	68,07%
Madre y hermano(s)	3,36%	4,20%	0,84%	0,84%	9,24%
Otros	6,72%	2,52%	0,00%	0,00%	9,24%
Padre y hermano(s)	0,84%	2,52%	0,00%	0,00%	3,36%
Padres y hermano(s)	23,53%	15,97%	5,88%	0,84%	46,22%
Total, general	57,14%	34,45%	6,72%	1,68%	100,00%

Fuente: construcción propia

Como se enunció en párrafos anteriores, la encuesta aplicada relacionó preguntas de índole sociodemográficas como las veintiocho (28) preguntas del Test de Goldberg, las cuales están divididas en cuatro (4) factores como lo son: Síntomas somáticos (A), Ansiedad- Insomnio (B), Disfunción Social (C) y Depresión (D), para cada uno de estos factores se han seleccionado algunas preguntas muy representativas por factor, con el fin de identificar la tendencia de respuesta de los encuestados, este análisis descriptivo a continuación se relaciona.

Factor A: Síntomas somáticos

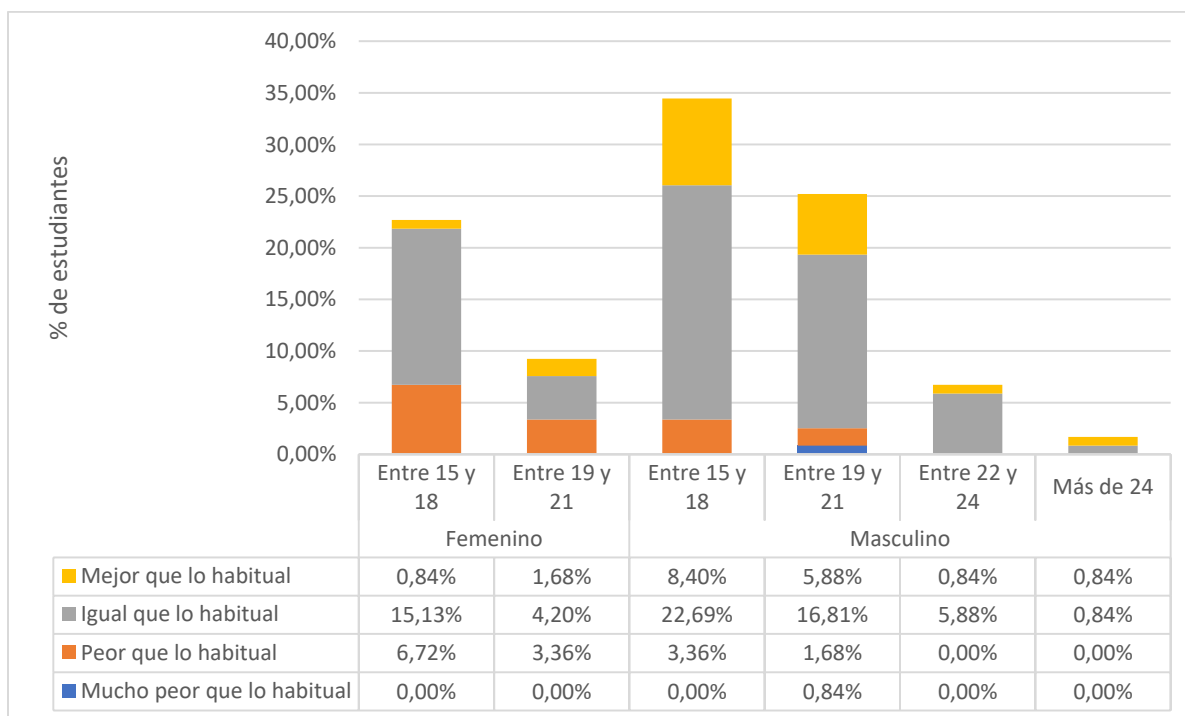
Para este factor se han seleccionado las preguntas tres (3) y cuatro (4) las cuales se relacionan a continuación:

Pregunta 3: ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

Pregunta 4: ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

Figura 3

Distribución por pregunta número tres (3) factor A, respecto a la edad y género.



Fuente: construcción propia

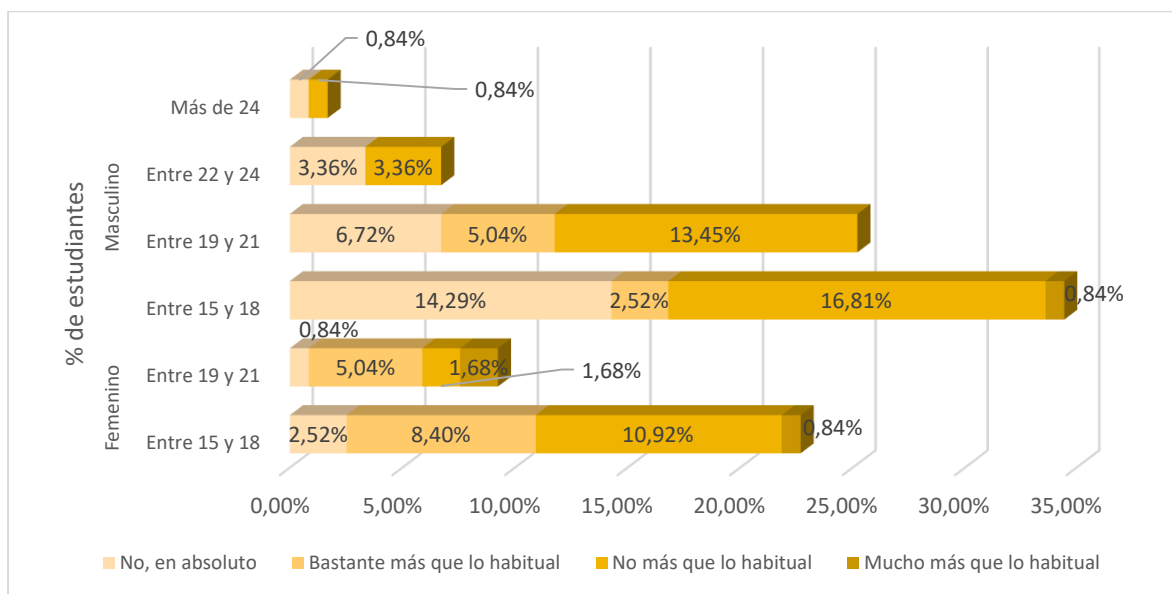
De la figura anterior, se tiene que 15.97% de los estudiantes encuestados manifiesta que se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada, peor que lo habitual (15.13%) o mucho peor que lo habitual (0.84%), mientras que el porcentaje restante manifiesta que se siente igual (65.45 %) o mejor que lo habitual (18.49%). Adicionalmente, se puede identificar que ninguna de las mujeres encuestadas, manifiesta haberse sentido mucho peor que lo habitual en las dos últimas semanas

agotada y sin fuerzas para nada; en general, cerca 10% de los estudiantes entre 15 y 18 años y el 5% de encuestados entre 19 y 21 años, afirman haberse sentido agotado y sin fuerzas para nada, peor que lo habitual.

En lo que respecta a la pregunta 4, el 47.06% de los encuestados manifiestan haber sentido bastante más que lo habitual la sensación de estar enfermo, de estos el 34.45% son hombres, y el 23.73% del porcentaje inicial están entre los 15 y 18 años. En general, de todos los encuestados solo el solo el 3.36% afirma haber tenido la sensación de estar enfermo mucho más que lo habitual, lo anterior se puede observar en la figura 4.

Figura 4

Distribución por pregunta número cuatro (4) factor A, respecto a la edad y género.



Fuente: construcción propia

Factor B: Ansiedad e Insomnio

Para este factor se han seleccionado las preguntas uno (1) y seis (6) las cuales se relacionan de la siguiente manera:

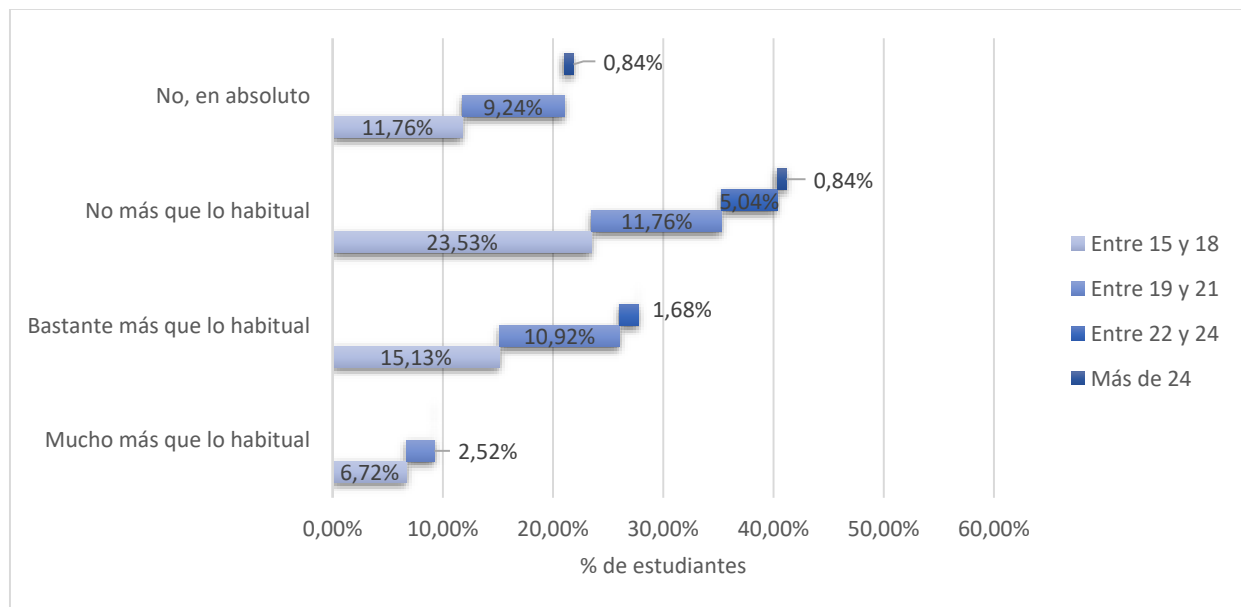
Pregunta 1: ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

Pregunta 6: ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

Respecto a lo que se presenta en la figura 5, se puede establecer que el 9.24% de los estudiantes de la muestra, manifiestan haber sentido que sus preocupaciones les han hecho perder mucho sueño, de una manera mucho más que lo habitual en las 2 últimas semanas, previas a la aplicación de la encuesta. Pero en general, la proporción más alta de estudiante en el rango de edad de los 15 a los 18 años como los del rango de 19 a 21 años, manifiesta que sus preocupaciones no les han hecho perder mucho sueño y que si se ha dado el caso esto sucede no más que lo habitual.

Figura 5

Distribución por pregunta número uno (1) factor B, respecto a la edad.



Fuente: construcción propia

En relación a la pregunta 6, en el factor Ansiedad- Insomnio, la cual relaciona si el encuestado en las 2 últimas semanas ha tenido la sensación de que todo se le viene encima, como

se puede visualizar en la tabla 3, más del 70% de los estudiantes encuestados consideran no haber tenido esta sensación o no haberla tenido más de lo normal. Además, se tiene que en total el 5.04% de los encuestados han tenido esta sensación mucho más que lo habitual y de esta proporción este un efecto que han sentido más las mujeres.

Tabla 3

Distribución por pregunta número seis (6) factor B, respecto al género.

¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	Género		Total, general
	Femenino	Masculino	
No, en absoluto	3,36%	31,93%	35,29%
No más que lo habitual	11,76%	23,53%	35,29%
Bastante más que lo habitual	12,61%	11,76%	24,37%
Mucho más que lo habitual	4,20%	0,84%	5,04%
Total, general	31,93%	68,07%	100,00%

Fuente: construcción propia

Factor C: Disfunción Social

Para este factor se han seleccionado las preguntas 3 y 7 las cuales relacionan:

Pregunta 3: ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

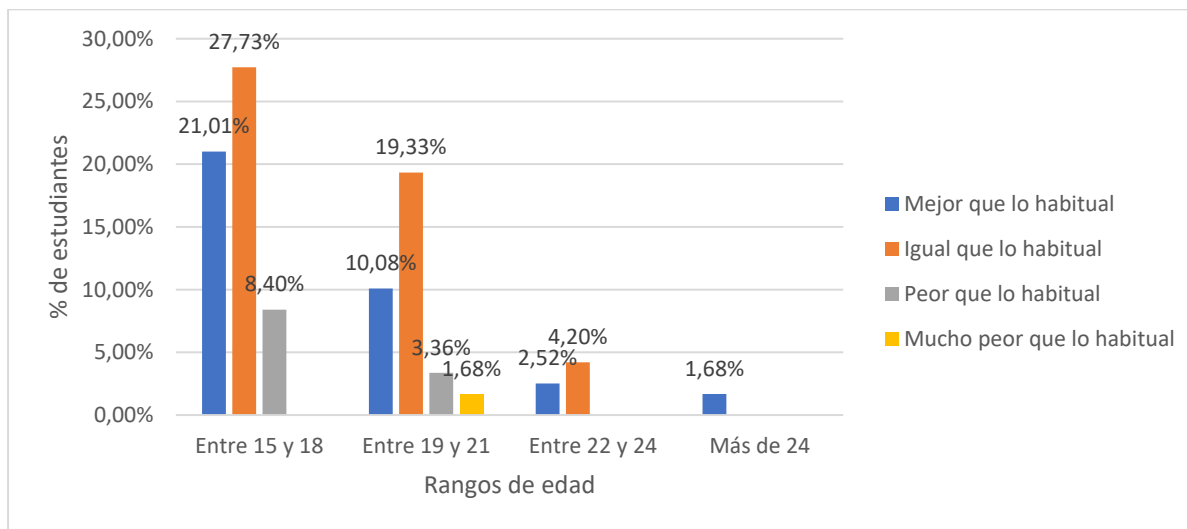
Pregunta 7: ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Alrededor del 87% de los estudiantes encuestados y pertenecientes a la muestra, manifiestan que tienen la impresión de estar haciendo las cosas mejor que lo habitual (35.29%) o igual que lo habitual (51.26%), la cual es la tendencia de percepción más alta todos los rangos de edad en los que ubican los encuestados. En general, solo el 1.68% de los encuestados afirma que

tener la impresión de estar haciendo las cosas mucho peor que lo habitual, lo anterior se puede visualizar en la figura 6.

Figura 6

Distribución por pregunta 3 factor C, respecto a la edad.

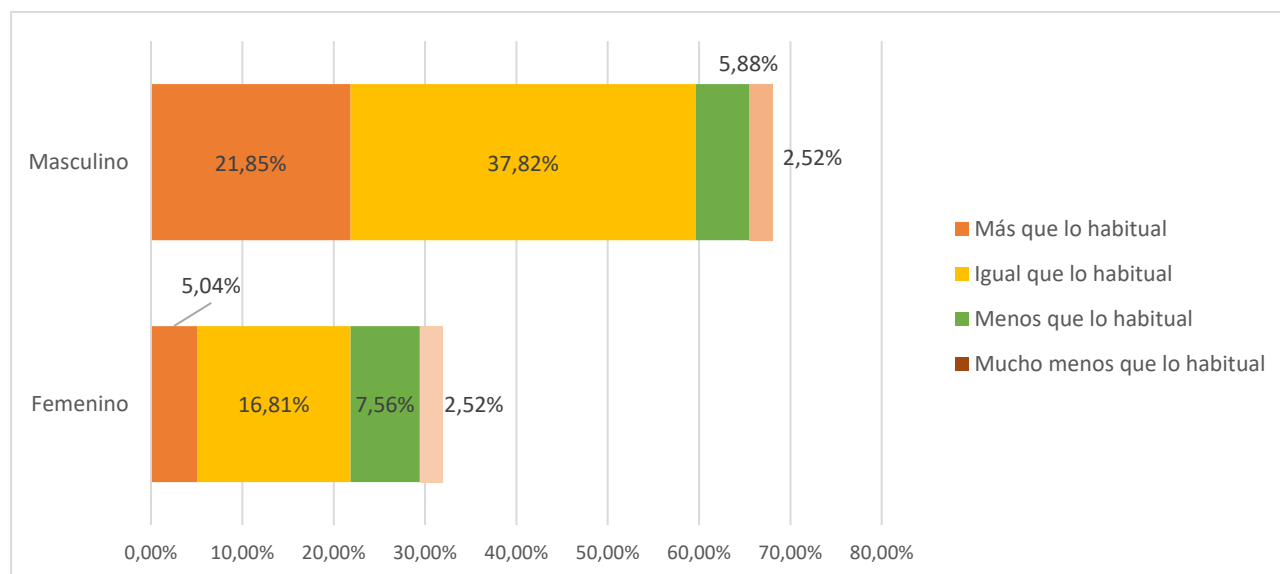


Fuente: construcción propia

Ahora bien, dentro del factor C (Disfunción Social), sobresale la pregunta 7 la cual indaga si el encuestado en las dos últimas semanas, ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día, a lo anterior como se muestra en la figura 7, permite identificar que el que solo el 2.52% tanto de estudiantes mujeres como hombres, afirman que han sido capaces de disfrutar de sus actividades normales del diario vivir mucho menos que lo habitual. Es importante resaltar que cerca del 55% de los encuestados afirman que el disfrute de sus actividades normales en las últimas 2 semanas, se ha dado igual que lo normal.

Figura 7

Distribución por pregunta 7 factor C, respecto al género.



Fuente: construcción propia

Factor D: Depresión

Para este factor se han seleccionado las preguntas 1 y 7, las cuales relacionan:

Pregunta 1: ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

Pregunta 7: ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

En lo que concierne a la pregunta 1 del factor depresión (Factor D), alrededor del 10% de los encuestados manifiestan que han pensado en las 2 últimas semanas, que es una persona que no vale para nada, bastante más de lo habitual, percepción que se da en mayor porcentaje entre los estudiantes hombres pertenecientes a la encuesta. Sin embargo, en general, alrededor del 63% de los encuestados manifiestan que no se les ha pasado esa idea, posición que es más acentuada en los hombres, tal como se presenta en la tabla 4.

Tabla 4

Distribución por pregunta 1 factor D, respecto al género.

¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	Género		
	Femenino	Masculino	Total, general
No, en absoluto	16,81%	46,22%	63,03%
No más que lo habitual	10,08%	15,13%	25,21%
Bastante más que lo habitual	4,20%	5,88%	10,08%
Mucho más que lo habitual	0,84%	0,84%	1,68%
Total, general	31,93%	68,07%	100,00%

Fuente: construcción propia

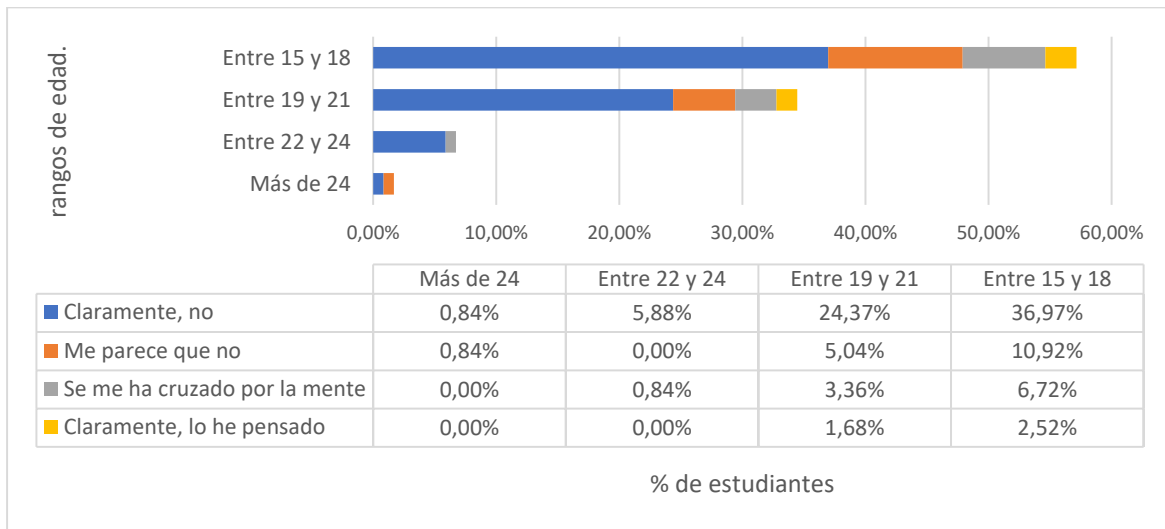
Finalmente, en lo que concierne a la pregunta 7 del factor D, con preocupación se registra que cerca del 11 % de los encuestado afirman que en las 2 últimas semanas han notado que la idea de quitarse la vida se la vida se les ha cruzado por la mente y de esta proporción el 6.72%, son estudiantes entre los 15 y 18 años, además el 4.2% afirman que en este periodo de tiempo esta es una idea que claramente han pensado. En contraste, cerca del 58% de los 119 estudiantes de la muestra, afirman que claramente no han pensado esta idea, lo anterior se puede visualizar en la figura 7.

Ahora bien, como se expuso párrafos atrás, el test de Goldberg GHQ-28, es un instrumento importante, que permite determinar a partir de la puntuación que se obtenga entre los factores en los que está desagregado si el encuestado se considera un caso de atención o no, en términos de la salud mental. Varios autores exponen en sus trabajos que el punto de corte para clasificar a un encuestados como un caso de atención es de 5/6 o de 6 / 7, por factor, sin embargo, en el trabajo de Ahumada, M., Ríos, A, y Castillo, J. (2004), se toma el punto de corte sobre el total de las puntos, es decir sobre las 28 preguntas, así, si el encuestado alcanzaba un

puntaje era superior a 8, entonces el encuestado se catalogaba un caso de atención y si la cantidad de puntos era menor o igual a 8, dicha persona no era un caso de atención.

Figura 8

Distribución por pregunta 7 factor D, respecto a la edad.



Fuente: construcción propia

Para el presente análisis general, se tomará como base lo establecido en el trabajo de Ahumada, M., Ríos, A, y Castillo, J. (2004), la puntuación asignada se hará tal como se indicó en el apartado tipo de muestreo. Para el análisis, por subescala o factor, se tomará como punto de partida la relación 5 / 6, y la asignación de puntaje será similar a la establecida para el análisis general, así por ejemplo si un encuestado supera una puntuación de 5 en el Factor A, se tiene entonces el diagnóstico del encuestado estaría orientado hacia factores de síntomas somáticos, y así esta dinámica se extrapola se forma análoga para los demás factores.

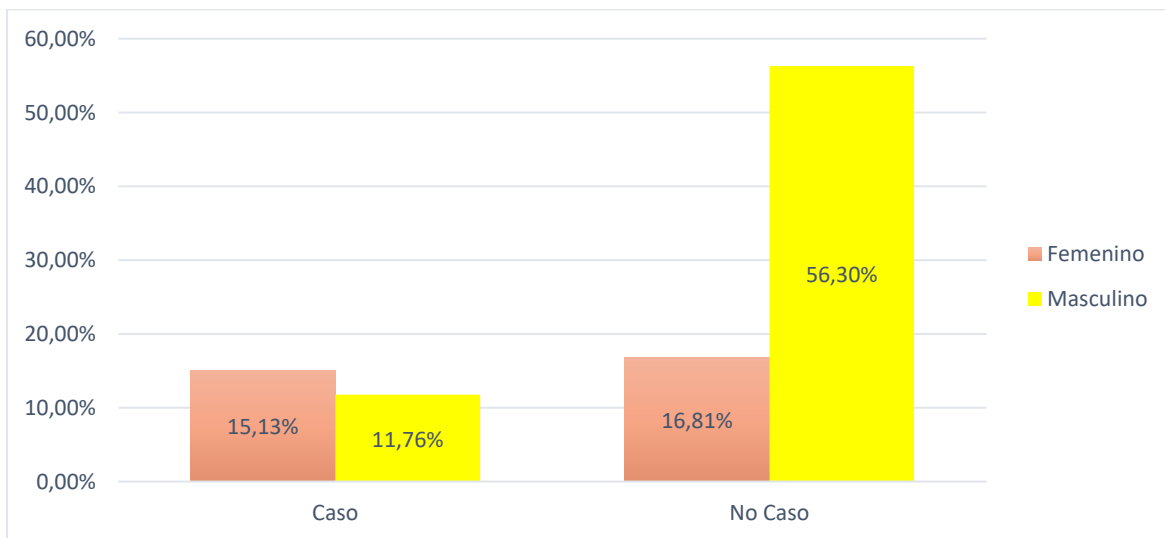
Análisis descriptivo general para puntuación test de Goldberg

En este apartado se analizará la relación entre la tendencia de los encuestados de ser o no casos de atención según la puntuación obtenida y la relación de esta clasificación con otras

variables de la encuesta, que respondieron los 119 estudiantes de la Facultad de Arquitectura e Ingeniería que, durante el 2º periodo académico de 2023, cursaban su primer semestre.

Figura 9

Distribución porcentual por género y tipo de caso.



Fuente: construcción propia

Con base en lo presentado en la figura 8, se puede determinar en 1er lugar que cerca del 73.11% de los 119 estudiantes encuestados, no se consideran caso de atención en términos de la salud mental, ya que el puntaje obtenido por ellos es menor o igual a 8, es decir, la mayor parte de sus respuestas estuvieron enfocadas en negar la existencia de pensamientos que vayan correlaciones a evidenciar alguna alteración en términos de la salud mental, de esta proporción el 56.3% son hombres. Es importante resaltar, que el porcentaje restante serían los casos de atención y de esta proporción el 15.13% son mujeres.

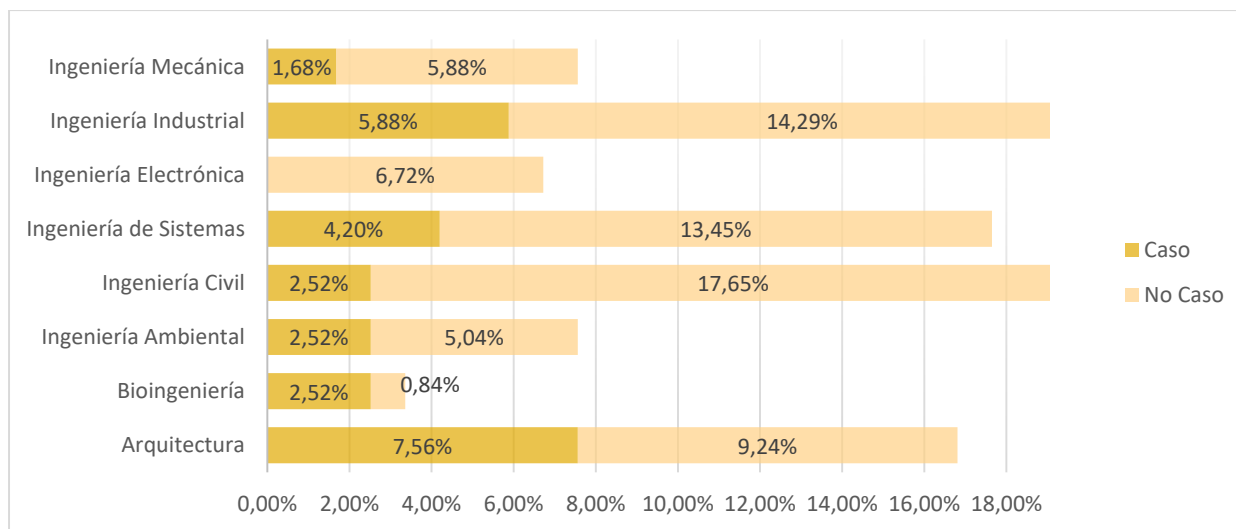
Asimismo, se estableció la relación entre el número de caso y la facultad a la que está adscrita cada uno de los estudiantes encuestados, ante dicha asociación, sobresale a partir de lo que presenta la figura 9, que partiendo de la premisa que la mayor proporción de estudiantes de la muestra está en las facultades de Ingeniería civil (20.17%) e Ingeniería industrial (20.17%), y

que en esta última la cantidad de estudiantes que por su puntuación en la encuesta se han clasificado como caso de atención es del 5.88%, entonces esta facultad en el caso de los estudiantes de 1er semestre ha generado ya un parámetro que indica que es importante intervenir a los estudiantes de esta facultad, para que mediante la implementación de varias estrategias pedagógicas de la mano de herramientas entorno a la salud mental, se puedan prevenir casos que terminen en eventos fortuitos o en situaciones que sigan impactando negativamente la salud mental de los estudiantes.

Al mismo tiempo, la facultad de ingeniería Industrial evidencia cifras que indican la necesidad de atención respecto a riesgos en la salud mental, en paralelo las facultades de Ingeniería de Sistemas y Arquitectura, constatan la necesidad de ser intervenidas, puesto que concentran respectivamente el 4.20% y el 7.56% de los casos de atención.

Figura 10

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso.



Fuente: construcción propia

Por último, para el análisis general, se estableció distribución entre el número de casos o no de atención, la edad y el estrato social, para esto como se presenta en la tabla 5, se puede

determinar que del 26.89% de los encuestados que se clasifican según su puntuación en ser casos de atención, el 15.13% son estudiantes cuyo estrato socioeconómico es 3 o 4 y de estos el 10.08% son jóvenes entre los 15 y 18 años de edad. Además, es clave resaltar que del total de estudiantes que están en la categoría de casos de atención, cerca del 16% tiene edades entre los 15 y 18 años.

Tabla 5

Distribución porcentual por tipo de caso, estrato socioeconómico y edad.

¿Tipo de caso? Y estrato socioeconómico	Rango de edad				Total, general
	Entre 15 y 18	Entre 19 y 21	Entre 22 y 24	Más de 24	
Caso	15,97%	9,24%	0,84%	0,84%	26,89%
1-2	5,04%	5,04%	0,84%	0,00%	10,92%
3-4	10,08%	4,20%	0,00%	0,84%	15,13%
5-6	0,84%	0,00%	0,00%	0,00%	0,84%
No Caso	41,18%	25,21%	5,88%	0,84%	73,11%
1-2	20,17%	9,24%	5,04%	0,84%	35,29%
3-4	18,49%	13,45%	0,84%	0,00%	32,77%
5-6	2,52%	2,52%	0,00%	0,00%	5,04%
Total, general	57,14%	34,45%	6,72%	1,68%	100,00%

Fuente: construcción propia

4.3.1 Análisis descriptivo por factor según test de Goldberg

En este apartado se analizará la relación entre la tendencia de los encuestados a ser o no casos de atención, en cada uno de los 4 factores o subescalas en las que está desagregado el test de Goldberg, esto con base en la puntuación obtenida y a la vez, se establecerá la relación de esta clasificación con otras variables enfocadas en lo sociodemográfico, las cuales respondieron los 119 estudiantes de la Facultad de Arquitecturas e Ingeniería que, durante el 2º periodo académico de 2023, cursaban su primer semestre.

Factor A: Síntomas somáticos

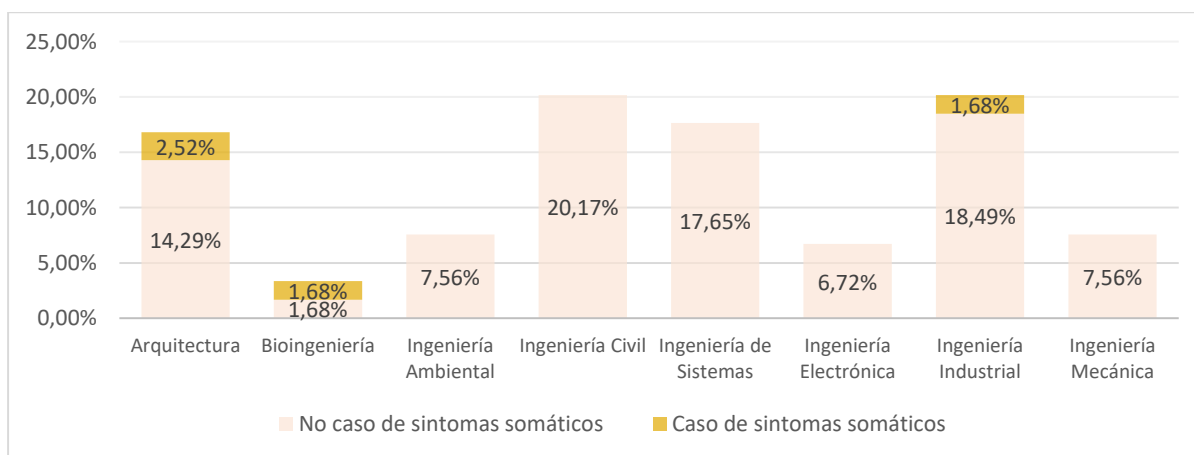
Según Jaimes, G. Barneveld, J. Estrada, E. y Espinosa, A. (2020) los síntomas somáticos se establecen como la presencia de un grupo de incomodidades a nivel físico, que, anidadas a eventos como preocupaciones, pensamientos sobredimensionados y altos niveles de ansiedad.

En consecuencia, el test de Goldberg, evalúa 7 preguntas en lo que se refiere a la escala de Síntomas Somáticos, que es la 1ª escala del test, respecto a esta subescala o factor, para los 119 estudiantes pertenecientes a la muestra se tienen los siguientes resultados:

Del total de encuestados, según la clasificación obtenida en la escala de síntomas sintomáticas se tiene que el 5.88% de los encuestados, se consideran casos de atención de síntomas somáticos, de ellos, la mayor proporción son estudiantes de 1er semestre de la facultad de Arquitectura de la Universidad Santo Tomas seccional Tunja, durante el 2º semestre de 2023, los demás casos están en la facultad de Bioingeniería y en Ingeniería Industrial, así, como se presenta en la figura 10, las demás facultades reportan ausencia de estudiantes que por su puntuación se consideren casos de síntomas somáticos.

Figura 11

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso en los síntomas somáticos.



Fuente: construcción propia

Factor B: Ansiedad- Insomnio

Para Lozano, J. (2000), el insomnio es un trastorno que es desencadenado por episodios de estrés, eventos emocionales, entre otros lo cual se traduce en falta de sueño, a su vez, la ansiedad es un estado en el que la persona no está tranquila, así este último cuando se considera un trastorno se caracteriza por ser una manifestación de varios parámetros físicos y mentales, que se exponen en crisis personales.

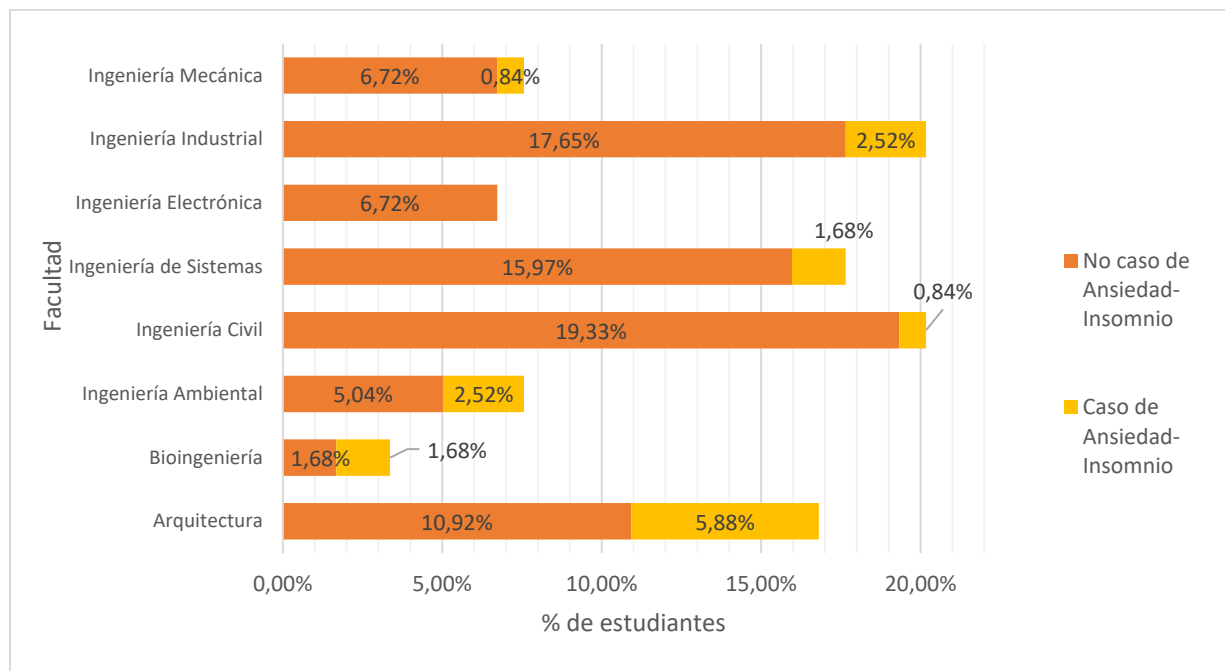
En cuanto a lo anterior, el teste de Goldberg, evalúa 7 preguntas en lo que se refiere a la escala de Ansiedad- Insomnio, que es la 2ª escala del test, respecto a es esta subescala o factor, para los 119 estudiantes pertenecientes a la muestra se tienen los siguientes resultados:

Del total de encuestados, según la clasificación obtenida en la escala de Ansiedad- Insomnio se tiene que el 15.97% de los encuestados, se consideran casos de atención de Ansiedad- Insomnio, de ellos, la mayor proporción son estudiantes de 1er semestre de la facultad de Arquitectura de la Universidad Santo Tomas seccional Tunja, durante el 2º semestre de 2023, los demás casos están en la facultad Ingeniería Industrial, Ingeniera Ambiental, Ingeniería de Sistemas, Ingeniera Mecánica e Ingeniería Civil, siendo estas 2 últimas facultades las que menor proporción de estudiantes en esta clasificación registran.

Respecto a lo anterior, la única facultad reporta ausencia de estudiantes que por su puntuación en el factor Ansiedad o Insomnio, es el programa de Ingeniera Electrónica, lo anterior se puede visualizar en la figura 11.

Figura 12

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso en el factor Ansiedad- Insomnio.



Fuente: construcción propia

Factor C: Disfunción Social

La disfunción social está asociada con síntomas desencadenados por rechazo social por parte de amigos, compañeros o familiares, normalmente, este tipo de eventos se manifiestan mediante la angustia, la ansiedad y la tristeza.

En cuanto a lo anterior, el teste de Goldberg, evalúa 7 preguntas en lo que se refiere a la escala de Disfunción Social, que es la 3ª escala del test, respecto a es esta subescala o factor, para los 119 estudiantes pertenecientes a la muestra se tienen siguientes resultados, presentados en la tabla 6.

Tabla 6

Distribución porcentual por facultad y tipo de caso en el factor Ansiedad- Insomnio.

Facultad	Clasificación Disfunción Social		Total, general
	Caso de disfunción social	No caso de disfunción social	
Arquitectura	1,68%	15,13%	16,81%
Bioingeniería	0,00%	3,36%	3,36%
Ingeniería Ambiental	0,00%	7,56%	7,56%
Ingeniería Civil	0,00%	20,17%	20,17%
Ingeniería de Sistemas	2,52%	15,13%	17,65%
Ingeniería Electrónica	0,00%	6,72%	6,72%
Ingeniería Industrial	0,84%	19,33%	20,17%
Ingeniería Mecánica	0,84%	6,72%	7,56%
Total, general	5,88%	94,12%	100,00%

Fuente: construcción propia

Con base en lo que presenta la tabla 6, es posible afirmar que el 5.88% de los 119 estudiantes se clasifican por sus respuestas en casos de atención respecto a la disfunción social, de estos la mayor proporción de casos se registran en las facultades de Ingeniería de Sistemas y Arquitectura, y la menor cantidad de estudiantes clasificados como caso en este factor, son Ingeniería Mecánica e Industrial. Las 4 facultades restantes, no reportan según la puntuación estudiantes que se consideren casos de atención entorno a la disfunción social.

Factor C: Depresión

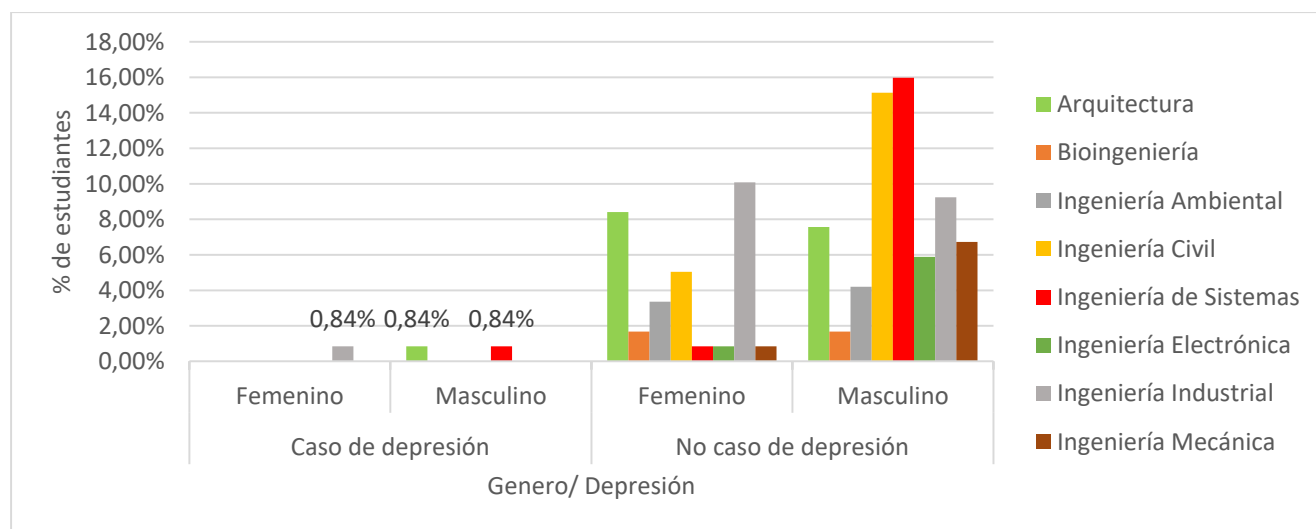
El National Institute of Mental Health (s.f). afirma que la depresión evidencia síntomas graves que desencadenan en las personas dificultades en cómo se siente, piensa y desarrolla actividades del diario vivir, que se fundamenta en la tristeza extendida por largo periodos de

tiempo, ansiedad, sentimientos de irritabilidad, por perdida de interés por actividades comunes, entre otras

En cuanto a lo anterior, el teste de Goldberg, evalúa 7 preguntas en lo que se refiere a la escala de Disfunción Social, que es la 4ª escala del test, respecto a es esta subescala o factor, para los 119 estudiantes pertenecientes a la muestra se tienen siguientes resultados, presentados en la figura 12.

Figura 13

Distribución porcentual por facultad, género y tipo de caso en el factor Depresión.



Fuente: construcción propia

En relación a lo que presenta la figura 13, es posible determinar que el 2.52% de los estudiantes de la muestra, se clasificarían según su clasificación en el test de Goldberg como casos de atención en termino de depresión, los estudiantes que se clasifican en esta escala son de las facultades de Arquitectura, Ingeniería de Sistemas e Ingeniera Industrial, además esta es una clasificación que predomina entre los estudiantes de género masculino, respecto a las 5

facultades restantes, en estas no se registran estudiantes que según sus respuestas y puntuación deban ser considerados casos de atención respecto a depresión.

Así, entonces, se han clasificados los casos de atención relacionados en el apartado del análisis general del test de Goldberg, en función de las 4 subescalas en las que esta desagregado el test.

4.4 Análisis Correlacional

La correlación es una medida estadística que permite establecer la relación que guardan entre si dos variables, sin establecer factores de causa-efecto, el uso de las diversas medidas estadísticas que establecen correlaciones, dependen del tipo de variables a las que se les quiera medir el nivel de asociación, si las variables son de tipo cuantitativo se hace uso del coeficiente de Pearson, pero si por el contrario las variables de tipo Cualitativas, pero son ordinales, entonces la medida estadística que se usa, es el Coeficiente de Spearman.

Para el caso del presente estudio, dado que la mayor parte de las preguntas correspondientes al test de Goldberg son de índole cualitativo y de carácter ordinal, se hará un análisis correlacional de tipo bivariado, haciendo uso del coeficiente de Spearman, el cual según Sagaró del Campo, N. y Zamora, L. (2020) es un estadístico no paramétrico que se puede aplicar a variables que no siguen distribución normal (caso de las variables cuantitativas) o para el caso de variables categóricas ordinales, como es el caso de las preguntas que hacen referencia al test de Goldberg, y de las cuales en la introducción al análisis estadístico, ya se explicó que están compuestas por escalas Likert, lo cual garantiza que las variables del cuestionario de dicho test son cualitativas ordinales o lo que es mismo categóricas ordinales, así, de esta manera se busca establecer el grado de correlación entre cada una de las preguntas de los factores, con la claridad, que por la naturaleza del tipo de muestreo seleccionado, no se aplicaran pruebas de hipótesis

entorno a este estadístico, ya que la muestra no es de tipo aleatorio. Así que solo se medirá e interpretará el grado de asociación entre las preguntas por cada factor.

Finalmente, dado que los estudiantes obtuvieron un puntaje por cada factor (medida cuantitativa) tal como se expuso en el apartado denominado tipo de muestro, en el que se especifica que, por cada respuesta, en cada pregunta se le asigna una puntuación al encuestado, dependiendo si el encuestado en una pregunta escoge la 1ª o 2ª opción de respuesta se le asigna 0, si escoge la 3ª o la 4ª opción de respuesta se le asigna una puntuación de 1, entonces dado que el puntaje en cada factor es una medida cuantitativa, y que para el presente estudio los puntajes por factor no siguieron una distribución normal, a dichas variables, también se les medirá la correlación mediante el coeficiente de Spearman.

El coeficiente de Spearman, se denomina así, en alusión al nombre del Psicólogo que desarrollo investigaciones en torno a coeficientes de correlación y análisis factoriales, los cuales son aportes significativos en el área de la estadística, y quien lo definió como un estadístico descriptivo que permite correlacionar dos variables por rangos, con lo cual es posible es posible determinar la dependencia o independencia de dos variables aleatoria (Mondragón, M. 2014). La tabla 7 se utilizó para la interpretación de las medidas de asociación que se pueden tener al calcular el coeficiente de Spearman, y las cuales permiten establecer relaciones altas, bajas, fuertes o débiles entre las variables.

Tabla 7*Grado de relación para el coeficiente de Spearman*

Rango	Relación
-0.90 a -1.00	<i>Correlación negativa perfecta</i>
-0.76 a -0.90	<i>Correlación negativa muy fuerte</i>
-0.51 a -0.75	<i>Correlación negativa considerable</i>
-0.11 a -0.50	<i>Correlación negativa media</i>
-0.01 a -0.10	<i>Correlación negativa débil</i>
0.00	<i>No existe correlación</i>
0.01 a 0.10	<i>Correlación positiva débil</i>
0.11 a 0.50	<i>Correlación positiva media</i>
0.51 a 0.75	<i>Correlación positiva considerable</i>
0.76 a 0.90	<i>Correlación positiva muy fuerte</i>
0.91 a 1.00	<i>Correlación positiva perfecta</i>

Fuente: Mondragón, M.

El rango de ocurrencia de este coeficiente varía entre -1 y 1, y para su interpretación sabemos que valores cercanos a 1 su asociación se especificaría como *positiva fuerte* y para valores cercanos a -1 la asociación en *negativa fuerte*.

Las correlaciones entre variables se pueden plasmar mediante matrices de correlaciones o gráficos de correlación, en los que se presente la variabilidad conjunta entre las variables analizadas y mediante las cuales se establecer similitudes o disimilitudes entre preguntas, las cual permiten tipificar lo que sucede con los datos

Para el caso de la presente investigación, se han establecidos relaciones de correlación para cada una de las subescalas del test de Goldberg y en general la relación entre las 4 subescalas, las matrices de correlación que contienen el estadístico de Spearman, en este caso se presentaran en mapas de color, en el cual se debe tener presente, que entre más oscuro sea el color entre las variables por factor, más alta es la relación, así si el color es azul intenso, la relación es positiva y fuerte, por el contrario si el color es rojo e intenso, entonces esto denota

que la relación es negativa y fuerte; finalmente, es importante aclarar para procesamiento de estas matrices de correlación de color (mapas de color) se hizo uso del software estadístico R-Studio.

4.4.1 Análisis de correlación por Subescalas

Factor A: Síntomas Somáticos

Para los 119 registros de los estudiantes de la muestra, se ha calculado el coeficiente Spearman con el fin de establecer relaciones entre las respuestas a las 7 preguntas que contiene el factor de síntomas somáticos en el test de Goldberg. Las preguntas que relaciona este apartado son las siguientes y están codificadas en el análisis de correlaciones así:

A1: ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

A2: ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?

A3: ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

A4: ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

A5: ¿Ha padecido dolores de cabeza?

A6: ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

A7: ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

Inicialmente, para el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman y la generación de matriz de correlaciones presentados en el mapa de color de la figura 14, se calculó el nivel de significancia desde la perspectiva estadística respecto a la correlación de las variables del factor A, esta tabla con los p-valores se presenta en el Anexo C, allí se puede identificar que los coeficientes que estadísticamente no guardan una correlación significativa son los relacionados con la pregunta A2 (¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente), y con las demás

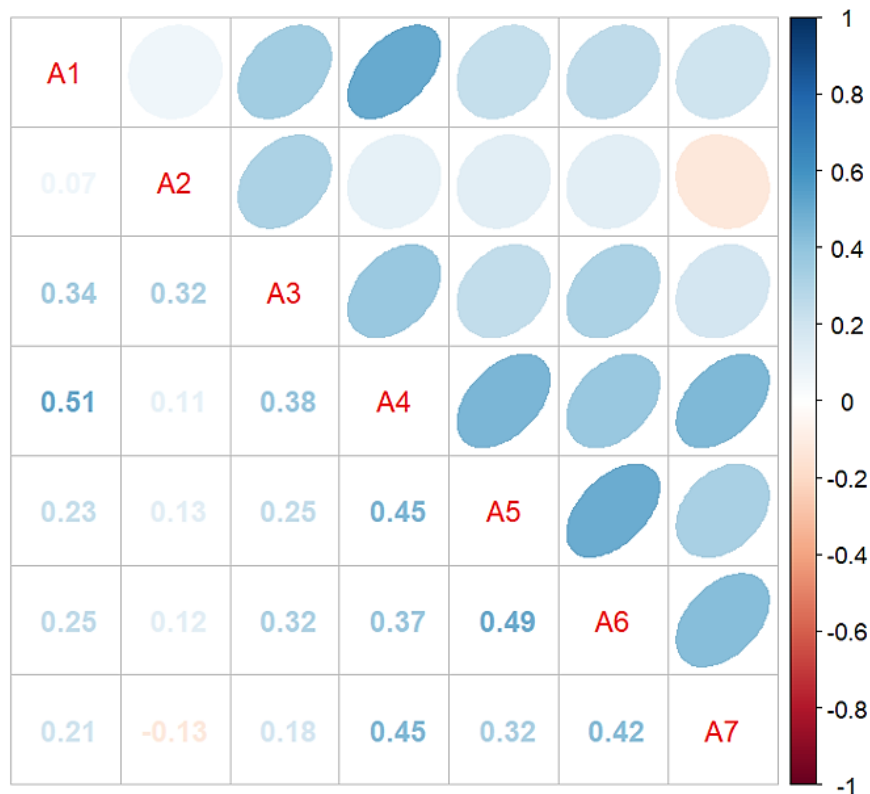
variables del factor, excepto con la pregunta A3 (¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?), lo anterior se tiene ya que todos los valores de significancia son mayores al 5% de A2, con las preguntas A1, A4, A5, A6 Y A7, son superiores al 5%, por lo demás, el resto de los estadísticos de correlación son significativos al 5%, dado su valor en el nivel de significancia, es importante precisar que para obtención de estos p-valores, se hizo el procesamiento de los datos en el software estadístico SPSS-24 en la versión para estudiantes.

Ahora bien, en lo que respecta entonces, al factor A, el diagrama de correlaciones obtenido es el presentado en la figura 13, con base en este, es posible determinar que entre las preguntas 6 y 5 (A5 y A6) hay un nivel de correlación positiva y considerable (0.49), lo cual indica que la proporción de estudiantes que manifiestan dolores de cabeza con recurrencia bastante más o mucho más que lo habitual, pueden a su vez manifestar sentir sensaciones de opresión en la cabeza o percepción de que esta va a estallar, con la misma recurrencia, estas son las únicas preguntas que dentro del factor tienen nivel de correlación alta y positiva

Otra correlación sobresaliente es la presentada por las preguntas 1 y 4 (A1 y A4), cuyo coeficiente de Spearman es de 0.49, el cual indica que hay una relación positiva y media entre las variables, así la proporción de estudiantes que manifiestan haber sentido que su estado de salud y plena forma han estado en las últimas 2 semanas peor o mucho peor que lo habitual, pueden a su vez afirmar que su sensación respecto a sentirse enfermo la tuvo con una recurrencia bastante más o mucho más que lo habitual.

Figura 14

Matriz de correlaciones coeficiente de Spearman para el factor síntomas somáticos



Fuente: construcción propia

En general, todas las preguntas del factor que estadísticamente tienen correlaciones significativas, guardan entre si relaciones positivas, la variabilidad entre las relaciones de ellas, está sujeta a que el nivel de relación sea débil, media, considerable, muy fuerte o perfecta.

Factor B: Ansiedad- Insomnio

Para los 119 registros de los estudiantes de la muestra, se ha calculado el coeficiente Spearman con el fin de establecer relaciones entre las respuestas a las 7 preguntas que contiene el factor de Ansiedad- Insomnio en el test de Goldberg. Las preguntas que relaciona este apartado son las siguientes y están codificadas en el análisis de correlaciones así:

B1: ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

B2: ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

B3: ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?

B4: ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

B5: ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?

B6: ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

B7: ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

Adicionalmente, al igual que como se hizo en el factor A, se calcularon de los p-valores para cada una de las correlaciones de las 7 preguntas del factor B, que se presentan en la figura 15 que representa la matriz de correlaciones para estas preguntas, según lo presentado en el Anexo D, todas las correlaciones entre las variables de este factor son estadísticamente significativas al 5% (ya que todos los valores del nivel de significancia son menores al 0.01), por lo tanto se tiene que todas las variables del factor entre si están correlacionadas, el cálculo de p-valores para este ítem (niveles de significancia), también fue procesados en el software SPSS.

En lo que respecta entonces, al factor B, la matriz de correlacione obtenida es el presentada en la figura 15, con base en este, es posible determinar que entre las preguntas 6 y 7 (B6 y B7) hay un nivel de correlación positiva y considerable, ya que el coeficiente de Spearman entre estas es de 0.59, lo cual indica que la proporción de estudiantes que manifiestan en las 2 últimas semanas con recurrencia bastante más o mucho más que lo habitual sensaciones de que todo se le viene encima, pueden de forma análoga manifestar que se han sentido nerviosos y a punto de explotar constantemente con las misma periodicidad.

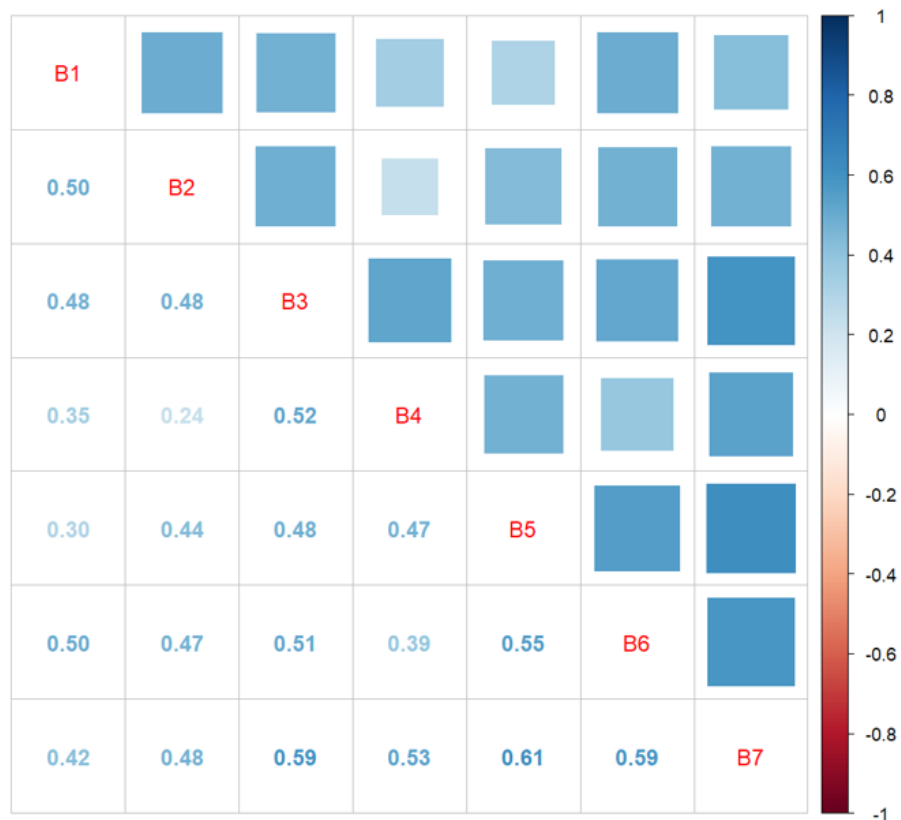
Una relación similar a la antes citada, sucede entre las preguntas 5 y 7 (B5 y B7), cuyo coeficiente de correlación es de 0.61, lo cual significa que la para el caso de los encuestados que en la muestra manifestaron que han percibido en las 2 últimas semanas sensaciones de estar

asustados o tener pánico sin motivo, con una frecuencia bastante más o mucho más que lo habitual, a su vez pueden haber manifestado sentir con la misma regularidad estar nervioso y a punto de explotar constantemente, así estas dos preguntas guardan entre si una relación positiva y considerable.

Respecto a las demás preguntas, la mayoría guardan entre sí relaciones positivas medias y considerables, donde todas son estadísticamente significativas.

Figura 15

Matriz de correlaciones coeficiente de Spearman para el factor Ansiedad- Insomnio.



Fuente: construcción propia

Factor C: Disfunción Social

Para los 119 registros de los estudiantes de la muestra, se ha calculado el coeficiente Spearman con el fin de establecer relaciones entre las respuestas a las 7 preguntas que contiene el

factor de síntomas Disfunción Social en el test de Goldberg. Las preguntas que relaciona este apartado son las siguientes y están codificadas en el análisis de correlaciones así:

C1: ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

C2: ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

C3: ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

C4: ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

C5: ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

C6: ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

C7: ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Además, al igual que como se hizo con el factor de ansiedad y el de síntomas somáticos, se calcularon de los p-valores para cada una de las correlaciones de las 7 preguntas del factor C, que se presentan en la figura 15 y que representa la matriz de correlaciones para estas preguntas, según lo presentado en el Anexo E, para este caso las únicas variables que entre sí no tienen una correlación estadísticamente significativa son las relaciones entre la pregunta C1 (: ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?) y las preguntas C2, C4, C6 y C7, ya que para estos casos, en todos el nivel de significancia es mayor a 5%, por lo demás, el resto de las correlaciones son estadísticamente significativas al 5%.

En lo que respecta entonces, al factor C, el diagrama de correlaciones obtenido es el presentado en la figura 16, con base en este, es posible determinar que entre las preguntas 5 y 4 (C5 y C4) hay un nivel de correlación positiva y considerable, ya que el coeficiente de Spearman entre estas es de 0.64, lo cual indica que la proporción de estudiantes que manifiestan en las 2 últimas semanas con recurrencia bastante más o mucho más que lo habitual han pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”, pudieron en paralelo haber tenido con la misma

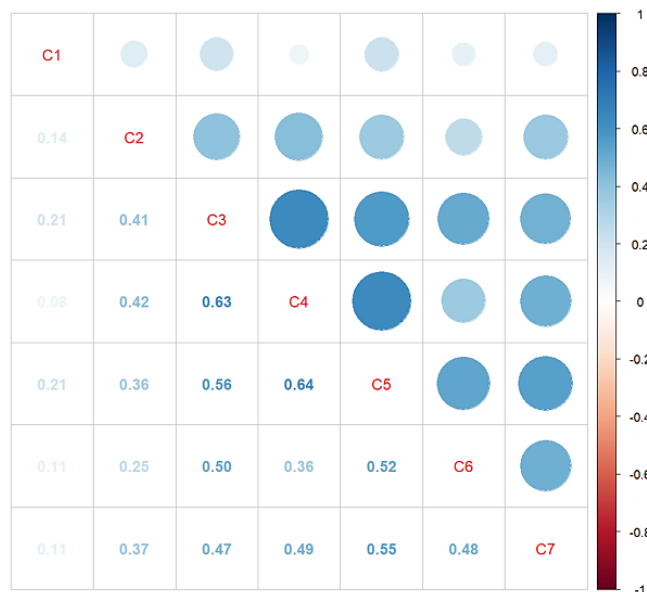
recurrencia la sensación de que a veces no pueden hacer nada porque tienen los nervios desquiciados.

Una relación similar a la antes citada, sucede entre las preguntas 3 y 4 (C3 y c4), cuyo coeficiente de correlación es de 0.63, lo cual significa que el para el caso de los encuestados que en la muestra manifestaron que han percibido en las 2 últimas semanas han tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien, con una frecuencia peor que lo habitual o mucho peor que lo habitual, a su vez pueden haber manifestado sentir que su sensación de satisfacción con su manera de hacer las cosas lo ha hecho sentir menos satisfecho que lo habitual o mucho menos satisfecho que lo habitual.

Respecto a las demás preguntas, la mayoría guardan entre sí relaciones positivas medias y considerables, situación que no sucede entre todas las preguntas con la pregunta C1, con la que todas, aunque se guarda una relación positiva, esta es considera por el valor del coeficiente débil.

Figura 16

Matriz de correlaciones coeficiente de Spearman para el factor Disfunción social.



Fuente: construcción propia

Factor D: Depresión

Para los 119 registros de los estudiantes de la muestra, se ha calculado el coeficiente Spearman con el fin de establecer relaciones entre las respuestas a las 7 preguntas que contiene el factor de depresión en el test de Goldberg. Las preguntas que relaciona este apartado son las siguientes y están codificadas en el análisis de correlaciones así:

D1: ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

D2: ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

D3: ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

D4: ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

D5: ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

D6: ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

D7: ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

Para este factor, también se hizo el cálculo del nivel de significancia de para la correlación entre las 7 variables de este grupo, tal como se ha replicado en los 3 factores anteriores, para ese grupo todos los coeficientes de correlación, que se presentan en la matriz de la figura 17, son estadísticamente significativos al 5%, dado que todos los valores de significancia son menores al 5%, tal como se puede visualizar en el Anexo F.

En lo que respecta entonces, al factor D, el diagrama de correlaciones obtenido es el presentado en la figura 16, con base en este, es posible determinar que entre las preguntas 3 y 2 (D3 y D2) hay un nivel de correlación positiva y muy fuerte, ya que el coeficiente de Spearman entre estas es de 0.79, lo cual indica que la proporción de estudiantes que manifiestan en las 2 últimas semanas con recurrencia bastante más o mucho más que lo habitual ha estado viviendo la

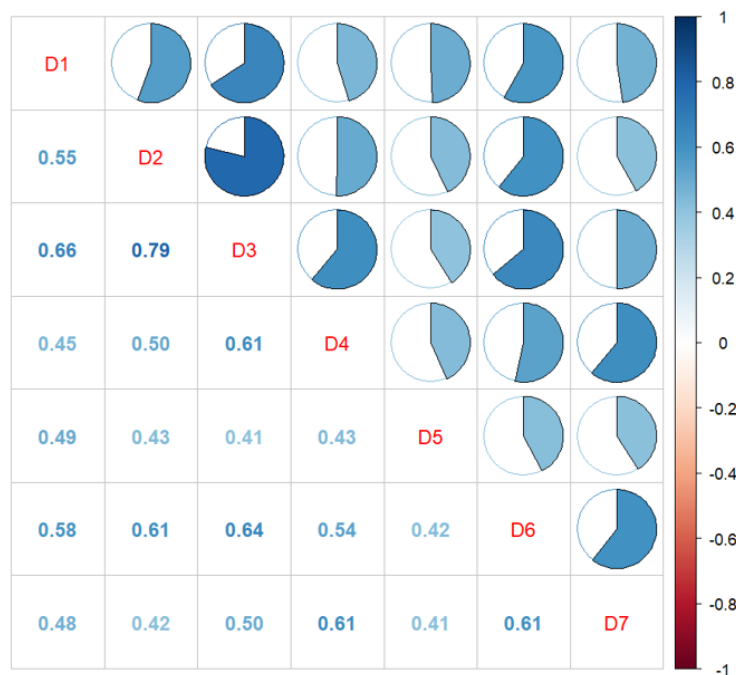
vida totalmente sin esperanza, pudieron haber tenido con la misma frecuencia el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse.

Para el caso de las preguntas sucede entre las preguntas 6 y 7 (D6 y D7), cuyo coeficiente de correlación es de 0.61, se tiene que entra estas hay una relación positiva y considerable, lo cual significa que el para el caso de los encuestados que en la muestra manifestaron que han percibido en las 2 últimas semanas han notado que desean estar muerto y lejos de todo, con una recurrencia bastante más que lo habitual o mucho más que lo habitual, a su vez pueden haber identificado que la idea de quietarse la vida les viene a la cabeza repentinamente, con la misma frecuencia.

En general al igual que en los otros factores, las preguntas entre si guardan relaciones positivas y medias.

Figura 17

Coeficiente de Spearman para el factor Depresión.



Fuente: construcción propia

4.4.2 Análisis correlacional por puntaje por factor

Como se explicó en párrafos anteriores, la literatura sugiere, asignarle una puntuación a cada pregunta por factor, de tal manera, que en cada factor el encuestado tenga un puntaje que permita determinar si es o no un caso de atención, para esto se tuvo en cuenta la escala ya enunciada en párrafos anteriores, en la que se indica dependiendo si el encuestado en una pregunta escoge la 1ª o 2ª opción de respuesta se le asigna 0, si escoge la 3ª o la 4ª opción de respuesta se le asigna una puntuación de 1 y luego se suman la cantidad de puntos, para establecer el puntaje por factor.

Para determinar el estadístico de correlación adecuado, se corrió la prueba normalidad para el puntaje obtenido por los 119 estudiantes en los 4 factores que componen el test de Goldberg, para dicha prueba se hizo uso del software SPSS- 24, como se presenta en la tabla 8, todos los valores del **sig. Asintótico (p-valor)**, son menores al 5% (0,05), por lo cual se concluye que las variables puntaje de los 4 factores, no se distribuyen normalmente, por lo que para hacer el análisis correlacional que se ha expuesto al inicio de este apartado, se hará uso del coeficiente de Spearman.

Al igual que como se hizo en el análisis por factor, se estableció mediante los valores de significancia para las 4 correlaciones presentadas en el grafico 18, si estas eran o no estadísticamente significativas, ante esto es importante precisar, que como se presenta en el Anexo G, todos los coeficientes de correlación para este caso son estadísticamente significativos al 5%, ya que sus niveles de significancia según lo presentado en el anexo antes citado están por debajo de este valor.

Tabla 8

Prueba Kolmogorov-Smirnov para los puntajes por factor test de Goldberg.

		PUNTAJE A	PUNTAJE B	PUNTAJE C	PUNTAJE D
N		119	119	119	119
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,77	1,25	,84	,47
	Desviación estándar	1,470	1,932	1,334	1,206
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,415	,321	,307	,450
	Positivo	,415	,321	,307	,450
	Negativo	-,299	-,258	-,264	-,348
Estadístico de prueba		,415	,321	,307	,450
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c
a. La distribución de prueba es normal.					
b. Se calcula a partir de datos.					
c. Corrección de significación de Lilliefors.					

Fuente: construcción propia

Con base en el hallazgo anterior, se ha calculado el coeficiente de Spearman entre las 4 variables, que condensan el puntaje por factor obtenido por los 119 estudiantes de la muestra representativa, dicha matriz de correlación se presenta en el la figura 17, en dicha figura se puede observar que existe una relación positiva considerable y media entre los factores, así, por ejemplo, el hecho que entre el factor B y C el coeficiente de Spearman se de 0.59, indica que niveles altos de Ansiedad y Depresión están relacionado con niveles altos en disfunción social, además que la relación que se guarda entre dos factores es considerable además de positiva.

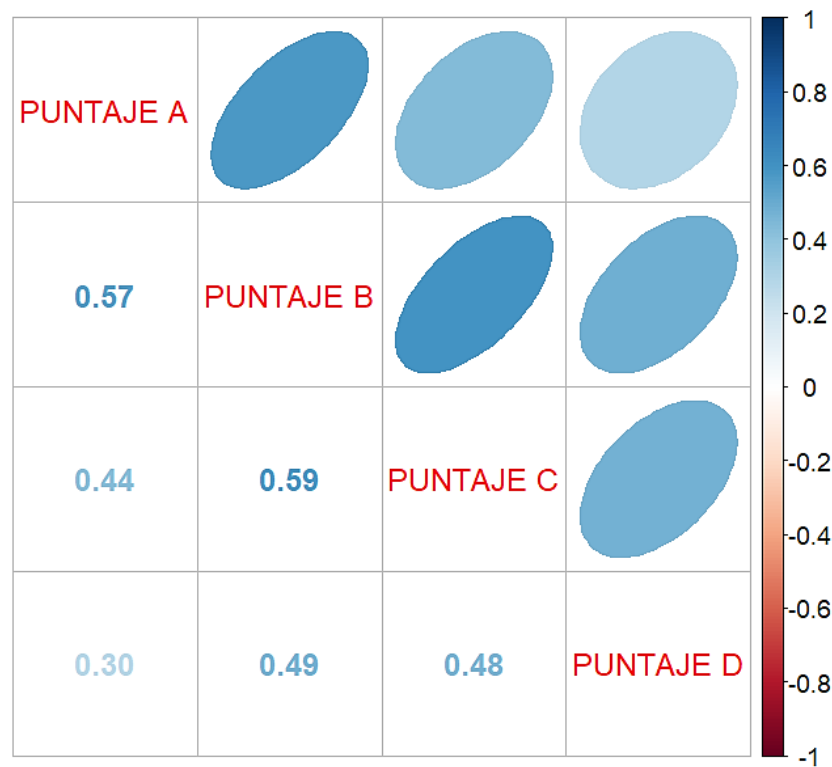
Así mismo, el hecho que entre el Factor A y el B el coeficiente de correlación sea de 0.57, implica que a altos niveles de síntomas somáticos hay una relación positiva y considerables con niveles altos de ansiedad e insomnio y viceversa.

Por último, es importante rescatar, que los únicos factores que guardan entre sí, una relación positiva pero media son el Factor A y D, así a niveles altos de síntomas somáticos los

estudiantes pueden presentar niveles considerables de depresión, con la claridad, que el nivel de asociación entre los mismos, aunque es positiva, guarda un nivel de relación media.

Figura 18

Matriz de correlación coeficiente de Spearman para puntaje por factor del test de Goldberg.



Fuente: construcción propia

Finalmente, a partir del valor de correlación obtenido entre los factores C y D (0.48), se tiene que a niveles altos de disfunción social hay niveles considerables de depresión, ya que las variables guardan entre relaciones positivas y media.

Estrategias pedagógicas

A raíz de los hallazgos de este estudio, en donde los resultados de las correlaciones establecidas concluyeron que: a) A niveles altos de síntomas somáticos y disfunción social los estudiantes pueden presentar niveles considerables de depresión, b) niveles altos de ansiedad y depresión están relacionados estrecha y directamente con niveles altos de disfunción social y síntomas somáticos. En este sentido, se sugieren algunas actividades para los programas de arquitectura e ingeniería industrial puesto que tienden a presentar más casos de alteraciones de salud mental que otros. Sería significativo considerar estrategias pedagógicas durante la jornada académica, por ejemplo, “una pausa para la salud mental” en la que los estudiantes tengan la oportunidad de realizar actividad física en un momento determinado por un periodo no mayor a 30 minutos que contribuya en la disminución del estrés.

Las estrategias pedagógicas aquí propuestas como: a) Respiración abdominal, b) Relajación muscular, c) Mindfulness y d) La música, sirven como primera medida para promover la salud mental, disminuir la ansiedad, evitar la depresión, reducir los síntomas somáticos, de insomnio y disfunción social. Al buscar el bienestar emocional del estudiante (por al menos cinco minutos en el aula) de seguro repercutirá en su aprendizaje, socialización y ámbito educativo.

a) Respiración abdominal

A veces, en situaciones de estrés o ansiedad, la respiración se vuelve corta y se produce en la parte superior de la caja torácica, en lugar de en el estómago o el abdomen, la respiración abdominal tiene un efecto calmante y ayuda a suministrar oxígeno a los pulmones. Por ello se sugiere la siguiente estrategia pedagógica para aplicar en las diferentes cátedras.

- Coloque su mano en el estómago.

- Inhale profundamente por la nariz durante 5 segundos y exhale profundamente por la boca durante 5 segundos; repita esto 5 veces.

Con los estudiantes, se puede utilizar alguna app desde su teléfono que permita controlar la respiración (UNICEF, s/f).

b) *La relajación muscular*

Los beneficios de la relajación muscular son amplios, algunos de los cuales incluyen mejorar la relajación y el sueño, reducir la fatiga, prevenir el estrés y reducir la tensión sanguínea y emocional. Por tanto, también ayuda a crear una sensación de felicidad y mejora la autoestima.

Se sugiere la siguiente estrategia:

- Sentados, relajar el cuerpo y respirar durante unos segundos.
- Apretar los músculos de la cara y aguantar unos segundos, después relajar y respirar.
- A continuación, volver a apretar, pero esta vez un brazo...
- Repetir el proceso pasando por ambos brazos, el abdomen y las piernas).

Practicar posturas de yoga y meditación en algún momento del día.

Inculcar hábitos saludables que beneficien la salud tanto física como mental de las personas (Vive, 2021).

c) *Mindfulness*

La palabra "mindfulness" se refiere al acto de conocer y centrarse en el momento presente sin juzgar. Es una técnica de meditación que se centra en ser consciente y prestar atención a los sentimientos, pensamientos y emociones que surgen en el momento. El mindfulness se ha relacionado con muchos beneficios para la salud mental y emocional, incluida la reducción del estrés, una mejor concentración y el bienestar general. La práctica de la atención

plena o mindfulness se sugiere como una estrategia pedagógica que puede ser utilizada para mejorar el bienestar psicológico y la salud mental de los estudiantes universitarios (Martínez-Navarro, 2023). A continuación, se presentan algunas estrategias de enseñanza basadas en la práctica de la atención plena para incorporar la mindfulness en el proceso educativo:

Proporcionar a los estudiantes ejercicios de atención plena que puedan practicar tanto en el aula como fuera de ella y cómo se relaciona con la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión. Estos pueden incluir ejercicios como la respiración consciente, la observación de pensamientos, la concentración en un objeto o la práctica de yoga. Incorporar esta práctica en las áreas del currículo, como la educación emocional, el desarrollo personal y la educación para la salud. Puede hacerse mediante la enseñanza de técnicas de respiración, la práctica de ejercicios de concentración o la promoción de la empatía y la compasión (Espinoza, 2022).

Buscar un espacio físico en el aula o en el campus donde los estudiantes puedan practicar la atención plena de manera tranquila y relajada. Este espacio puede incluir sillas cómodas, rugas, candelabros y plantas, y puede ser utilizado durante las pausas, los recreativos o como parte de las actividades académicas. Animar a los estudiantes a practicar la atención plena en su vida diaria, tanto en el ámbito académico como en el personal. Pueden sugerirles actividades como caminar con conciencia, comer de manera consciente o practicar yoga (Alegre & Elizabeth, 2018).

Estas estrategias pueden ayudar a los estudiantes universitarios a mejorar su bienestar psicológico y salud mental a través de la práctica de la atención plena y mindfulness. Al implementar estas estrategias en el proceso educativo, los educadores pueden contribuir a la promoción de un ambiente de aprendizaje más saludable y conciencia.

d) Música

La música se ha asociado con la curación física y emocional a lo largo de la historia. Los antiguos griegos asignaron al Dios Apolo el reinado tanto de la música como de la curación (Trehan, 2004). La estrategia que se propone como método implica que cada participante escuche una canción titulada "*Weightless*" de Marconi Union durante ocho minutos, esta canción según un estudio realizado por La organización Mind Lab Institute, monitoreó el ritmo cardiaco, sanguíneo, respiratorio y la actividad cerebral mientras escuchaban una serie de canciones. Según este estudio, "*Weightless*" produjo un 11% más de relajación que cualquier otra canción, y redujo en un 65% la ansiedad (Graff et al., 2019). Por ello se podría reproducir esta canción desde cualquier aplicación móvil al iniciar algunas cátedras o en espacios amplios como la cafetería y demás, con el fin de reducir ansiedad en la comunidad educativa.

Todo lo anterior, sin desconocer que la principal forma de evitar la aparición de problemas relacionados con la salud mental es conocer sus síntomas, las formas de prevenirlos y reducirlos. Por lo tanto, las diferentes actividades pedagógicas y didácticas que se puedan implementar constituyen una de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de estas afecciones, en la medida de lo posible implementarlas sistemáticamente y enseñarlas periódicamente a todos los integrantes de todos los programas y comunidad educativa en general (López, 2004).

A partir de las estrategias pedagógicas propuestas, se logre junto con la articulación de las facultades la intervención de los casos probables que marcan patrones de alarma, y se pueda ayudar a los estudiantes a prevenir eventos fatales o que impacten negativamente su percepción de la vida y de su diario vivir.

Los cambios que vivencian los estudiantes en cuanto a los aspectos sociales, académicos, económicos y educativos pudiesen estar influyendo en el estado de su salud mental, por ello, es necesaria la implementación de programas que involucren a todos los estamentos universitarios en la identificación, intervención, prevención y rehabilitación de los escenarios psicosociales que puedan fomentar o agravar la ansiedad, el insomnio y la depresión en los estudiantes.

Se denota entonces que, la institución requiere repensar las actividades aplicadas en el aula en pro de mejorar la salud mental de los estudiantes que como docentes se pasan por alto. En consecuencia, la gestión pedagógica y los procesos de capacitación docente deben fortalecerse, promoviendo el cuidado de la salud mental de los estudiantes y de todos los miembros de la comunidad educativa.

Capítulo V. Conclusiones y prospectiva

5.1 Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo, caracterizar la salud mental de los estudiantes de primer semestre 2023-II de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja. Los objetivos formulados en el estudio, guiaron el desarrollo de la investigación, del análisis de los datos se deducen las siguientes conclusiones aplicables a la población de estudio.

De los 119 estudiantes encuestados, alrededor del 32% son mujeres y de esta proporción solo el 9.24% tienen edades entre 19 y 21 años. En el caso restante de estudiantes que manifiestan ser de género masculino, la mayor proporción de ellos (34.45%) tiene entre 15 y 18 años de edad. Ahora bien, respecto a la distribución por facultad y su ubicación socioeconómica, la mayor parte de los estudiantes encuestados están vinculados a las facultades de Ingeniería Civil (20.17%) e Ingeniería Industrial (20.17%), adicionalmente, en estas dos facultades, la mayor proporción de estudiantes está en los estratos 3 y 4.

Una vez aplicado el test de Goldberg entre los 119 estudiantes de la muestra se puede identificar que la proporción de estudiantes que se consideran casos de atención en salud mental, a partir de la aplicación de dicho instrumento es de cerca del 27%, por lo cual es clave, que en articulación con diversas estrategias pedagógicas y didácticas, se logre junto con la articulación a las facultades la intervención de estos casos que marcan patrones de alarma, y se pueda ayudar a los estudiantes a prevenir eventos fatales o que impacten negativamente su percepción de la vida y de su diario vivir.

El factor que más requiere atención por la proporción de casos es la subescala Ansiedad-Insomnio, en el que cerca del 16% de los estudiantes se estiman por sus puntuaciones son casos de atención entorno a este factor, esto puede estar sustentado en las presiones que hoy viven

nuestros jóvenes, incluso arraigadas a la incertidumbre de su vocación profesional, de las dinámicas del entorno familiar, de su entorno de amigos, entre otros.

De los estudiantes encuestados el 26,9% se consideran caso de atención en términos de la salud mental, es decir, la mayor parte de sus respuestas estuvieron enfocadas en afirmar la existencia de pensamientos que vayan a evidenciar alguna alteración en términos de la salud mental. De ellos la facultad de ingeniería civil e industrial son quienes más aportan casos de especial atención.

La proporción de estudiantes con alteración en Salud Mental es mayor en los programas de ingeniería industrial, ingeniería civil y arquitectura. Se evidencia como la proporción de estudiantes con alteraciones en salud mental es mayor en solo algunas dimensiones que afectan la salud mental.

Con respecto al estado de la salud mental por dimensiones, se observó alta prevalencia de casos probables de ansiedad y depresión en el grupo de estudiantes de primer semestre 2023-II de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja, por el contrario, las dimensiones; síntomas somáticos, depresión y disfunción social se observó casos no probables.

La facultad de ingeniería civil e industrial en el caso de los estudiantes encuestados que corresponden a 1er semestre, se generó ya un parámetro que indica que es importante intervenir a los estudiantes de esta facultad, para que mediante la implementación de varias estrategias pedagógicas de la mano de herramientas entorno a la salud mental, se puedan prevenir casos que terminen en eventos fortuitos o en situaciones que sigan impactando negativamente la salud mental de los estudiantes.

5.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación, se recomienda que desde la dirección de la Universidad se planifiquen y programen estrategias encaminadas a mejorar la calidad de la salud mental de los estudiantes en todos los semestres académicos de los diferentes programas desde un enfoque preventivo que identifique problemas emergentes y persistentes relacionados con la salud mental y, por lo tanto, con el rendimiento académico. Estas estrategias propuestas se pueden dividir en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias institucionales.

- a) Estrategias individuales:** Se recomienda considerar la posibilidad de utilizar ejercicios para la resolución de problemas, la comunicación asertiva y la gestión eficaz del tiempo libre. Realizar campañas de sensibilización, así también diseñar programas preventivo-promocionales, para prevenir el desarrollo de síntomas que afecten la salud mental. Ofrecer técnicas breves e individuales para afrontar momentos de fuerte ansiedad (utilizar el pensamiento positivo, la distracción del pensamiento para eliminar los negativos).
- b) Estrategias grupales:** La estrategia por excelencia a nivel de grupo, es utilizar el apoyo social de todos los compañeros. El apoyo social en la academia permite a las personas adquirir nueva información, nuevas habilidades y/o mejorar las existentes, recibir refuerzo social y retroalimentación sobre el desempeño laboral y obtener apoyo emocional. Realizar evaluaciones individuales y colectivas con la finalidad de identificar factores de riesgo que afecten la salud mental de los estudiantes universitarios y los indicadores que afectan la salud mental.

c) Estrategias institucionales: Es muy importante tomar en cuenta el nivel institucional, e involucrar a todos los miembros de la comunidad académica, a través de programas de prevención que tengan como objetivo promover la salud mental. Las estrategias más relevantes para la prevención de problemas que afecten la salud mental que pueden realizar son la implementación de programas de tratamiento, socialización temprana, sistemas de evaluación y retroalimentación que puedan prevenir los efectos de las afecciones de salud mental en las comunidades académicas. De esta manera, anticipar situaciones que afecten a los miembros de la comunidad a través de oportunidades de participación e intercambio de ideas y opiniones. Implementar un área que brinde acompañamiento y soporte psicológico para la salud mental de los estudiantes de psicología a través de programas de intervención individual.

Se recomienda también que las estrategias pedagógicas propuestas en el proyecto se apliquen por parte de los docentes en sus diferentes cátedras en pro del bienestar de los estudiantes con el fin de prevenir el desarrollo de síntomas que afecten la salud mental. Así mismo, es importante realizar evaluaciones individuales y colectivas con la finalidad de identificar factores de riesgo que afecten la salud mental, por eso se recomienda usar herramientas como el Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28 al inicio del semestre académico y al finalizarlo, para de esta manera identificar los indicadores que afectan la salud mental de los estudiantes y poder prevenirlos o tratarlos.

Sin duda, uno de los principales factores que es necesario abordar es el entorno escolar, y la literatura ha identificado el estatus, el papel del estudiante, la descentralización de la toma de decisiones, el liderazgo, la autonomía y la responsabilidad, el cuidado y la flexibilidad de

horarios como los factores pedagógicos que contribuyen a la mejora contribuyen al desempeño del futuro profesional. Existen diversas posibilidades de publicación o divulgación de estas estrategias pedagógicas que se proponen y que promuevan la salud mental en la institución.

Algunas opciones son:

- Publicar artículos en revistas especializadas en psicología o educación que aborden el tema de la promoción de la salud mental en el ámbito universitario.
- Realizar conferencias o charlas en la universidad dirigidas a estudiantes, docentes y personal administrativo, en las que se presenten las estrategias pedagógicas y se discutan sus beneficios.
- Crear programas de capacitación para docentes y personal administrativo de la universidad, con el fin de que puedan implementar las estrategias pedagógicas en sus respectivas áreas de trabajo.
- Utilizar las redes sociales y otros medios digitales para difundir información sobre las estrategias pedagógicas y su importancia para la promoción de la salud mental en la universidad.
- Realizar ferias o eventos en la universidad en los que se presenten las estrategias pedagógicas y se brinde información sobre la importancia de la promoción de la salud mental en el ámbito universitario.

Es crucial que los miembros de la comunidad educativa estén capacitados para abordar las necesidades de salud mental de sus estudiantes y trabajar en colaboración con profesionales de la salud mental para garantizar un entorno educativo saludable y de apoyo. Es importante evaluar cuál o cuáles son las más adecuadas para el contexto específico de la institución.

5.3 Perspectivas

○ Se espera y sugiere continuar esta línea de investigación en estudios longitudinales para ver cómo se desarrolla este fenómeno de salud mental. Esto ayudará a desarrollar estrategias de intervención efectivas que propendan por el bienestar de la comunidad educativa en cuanto a salud mental.

○ A partir de los resultados obtenidos, proponer programas de intervención, para posteriormente evaluar su impacto y pertinencia, tal como:

- La necesidad de crear un entorno escolar seguro y de apoyo que promueva el bienestar mental de los estudiantes.
- La importancia de la educación en salud mental para los estudiantes y el personal de la institución.
- La implementación de estrategias de enseñanza y apoyo adaptadas a las necesidades individuales de los estudiantes con problemas de salud mental.
- La promoción de la conciencia y la reducción del estigma en torno a las enfermedades mentales en el entorno escolar.

○ Además, es importante realizar investigaciones de seguimiento con la misma población, especialmente en lo que respecta a sus actitudes y comportamientos durante la universidad, de esta manera identificar la aparición de nuevos problemas que afectan la salud mental a medida que avanza la formación profesional.

Este estudio propone realizar investigaciones sobre salud mental a futuro no lejano para crear hipótesis para diferentes poblaciones de la institución y estudios a largo plazo para determinar si los sujetos con puntuaciones altas en la escala de salud mental tienen menos

problemas físicos y mentales que los sujetos con puntuaciones bajas (Rosillo, Ruiz, Sánchez y Aparicio 2006, p. 7).

La nutrición y salud, los deportes y la recreación, el fortalecimiento de la capacidad de aprendizaje, la integración de la comunidad, la maduración psicoafectiva, el cultivo de expresiones culturales y artísticas, la formación moral y espiritual, la educación ambiental, la relación con la familia y el apoyo económico son campos de acción propios del bienestar universitario. Sin embargo, para lograr el objetivo del servicio de bienestar, es necesario que las universidades fomenten el desarrollo de líneas de investigación enfocadas en la creación de modelos de salud mental positiva, así como en la mejora de la calidad de vida de las personas a través de servicios apropiados, eficientemente prestados y realmente aprovechados (Rodríguez, M. 1992).

Todo lo anterior sin olvidar lo dicho por María Paz Bermúdez:

“Educar es formar comportamientos, no simplemente brindar información; es descubrir lo invisible en los estudiantes, es decir, lo que no perciben en sí mismos; es ayudarlos a descubrir qué les gusta y en qué pueden ser muy buenos en la vida; es buscarles los dones con los que han venido al mundo y comenzar han orientarlos para que los utilicen para su bien y el beneficio de los demás” (Bermúdez, 1997).

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, R. (2005). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud*. Revista Salud en Tabasco. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Ahumada, M., Ríos, A, y Castillo, J. (2004). *Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia*. Revista atención primaria. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilizacion-del-cuestionario-general-salud-13061585>
- Al Nakeeb, Z., Alcázar Palomares, J., Fernández Jiménez-Ortiz, H., Malagón Caussade, F., Molina Gil, B. (2009) *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios*. En <http://www.ehu.es/ehusfera/textosparauncolegiomayor/2009/02/25/evaluación-del-estado-de-salud-mentalenestudiantes-universitarios/>.
- Alegre, A., & Elizabeth, N. (2018). *Aplicación y Validación del programa Mindfulness para mejorar la atención plena en estudiantes de pregrado de una universidad de Lima, 2017*. Universidad César Vallejo.
- Álamo, C., Bejer, T., Bagladi, V., Cárcamo, N., San Martín, D. & Fischer, M. (2017). *Perfil integrativo de pacientes de salud mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile*. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, 9, 9-20. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2018/03/AcPI_2017.pdf
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-V. Barcelona, España: Panamericana
- Amézquita M, González P. y Zuluaga M. (2003). *Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXII / No. 4.

- Arco G, López S, Heilborn V, Fernández F. *Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: Eficacia del modelo "La Cartuja"*. Int J Clin Health Psychol. 2005; 5:589-608.
- Arco Tirado, J. L., López Ortega, S., Heilborn Díaz, V. A., & Fernández Martín, F. D. (2005). *Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo" la cartuja"*.
- Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. American Psychologist, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from late teens through twenties*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.001.0001>
- Arnett, J. J. (2007/2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural* (3a ed.; M. E. Ortiz, Trad.). Pearson Educación.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R. & Sugimura, K. (2014). *The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health*. The Lancet Psychiatry, 1(7), 569-576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S. & González Martínez, F. (2014). *Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 7(1), 14-22. <https://doi.org/10.4321/S1699695X2014000100003>
- Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, Hwang I, Kessler RC, Liu H, Mortier P, Nock MK, Pinder-Amaker S, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Benjet C, Caldas-de-Almeida JM, Demyttenaere K, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kiejna A, Kovess-Masfety V, Lee S, McGrath JJ, O'Neill S, Pennell BE, Scott K, Ten Have M, Torres Y, Zaslavsky AM, Zarkov Z, Bruffaerts R. *Mental disorders among college students in the World Health*

- Organization World Mental Health Surveys*. Psychol Med. 2016 Oct;46(14):2955-2970. doi: 10.1017/S0033291716001665. Epub 2016 Aug 3. Erratum in: Psychol Med. 2017 Nov;47(15):2737. PMID: 27484622; PMCID: PMC5129654.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S. & Dittus, P. (2014). *Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 52(3), 167-176. <https://doi.org/10.4067/S071792272014000300004>
- Barrera-Herrera, A. & Vinet, E. V. (2017). *Adulthood emergent and cultural characteristics of the stage in Chilean university students*. Terapia Psicológica, 35(1), 47-56. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Bartra, A. Guerra, R & Carranza, R. (2016). *Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada*. Apuntes Universitarios. Revista de Investigación. VI (2). 53-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=467647511004>
- Beck, A. (2003). *Depresión aspectos psicológicos*. Oceano S.A.
- Bembibre, V (2008). *Definición de disfunción*. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/general/disfuncion.php>
- Bermúdez, M.P. (1997). *La autoestima como estrategia de prevención*. En G. Buela Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 137-148). Madrid: Pirámide.
- Bojorquez, J. (2015). *Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Lima. Peru. Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina. Tesis de Maestría en Salud Pública. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2247/1/bojorquez_jd.pdf
- Campo A, Díaz M, Rueda J, y Barros, J. (2005). *Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría.

- Campo-Arias, Adalberto, Díaz-Martínez, Luis Alfonso, Rueda-Jaimes, Germán Eduardo, & Barros Bermúdez, Jaider Alfonso. (2005). *Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34(1), 54-62. Retrieved August 14, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347450200500010000&lng=en&tlng=es.
- Cardona-Arias, J., Perez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gomez-Martinez, J & Reyes, J. (2015). *Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios*. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 11(1), 79-89.
- Cornaglia, F., Crivellaro, E. y McNally, S. (2015). *Mental health and education decisions*. Labour Economics, 33, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.01.005>
- Creswell, C., Murray, L., & Cooper, P. (2014). *Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity*. Journal of Abnormal Child Psychology, 42(3), 453–465. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9795-Z>
- Creswell, JW y Poth, CN (2017). *Investigación cualitativa y diseño de investigación: elección entre cinco enfoques* (4a ed.). Publicaciones SAGE.
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2004). *Invertir en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Diulio, A., Dutta, N., Gauthier, J., Witte, T., Correia, C., & Angarona, D. (2015). *Associations among depressive symptoms, drinking motives, and risk for alcoholrelated problems in veterinary students*. The Journal of Veterinary Medical Education, 42, 11-7.
- Dougherty, L., Tolep, M., Bufferd, S., Olino, T., Dyson, M., Traditi, J., & Klein, D. (2013). *Preschool Anxiety Disorders: Comprehensive Assessment of Clinical, Demographic, Temperamental, Familial, and Life Stress Correlates*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42(5), 577–589. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.759225>

- Escobar, M. y Gallo, R. (2003) *Factores curriculares relacionados con las actitudes hacia la promoción de la salud en estudiantes de medicina*. Manizales: Centro Editorial Universidad de Caldas.
- Espinoza Vásquez, D. (2022) *efectos de una intervención breve virtual de Mindfulness/compasión en docentes de educación superior*. Tesis.
- Fraimpar J. y Otros. *Evaluación Psicológica de las Condiciones generales de Salud Mental en los Estudiantes Cursantes del 4to año de Odontología en la Universidad de Carabobo y su relación con el desempeño en el área clínica*. Venezuela, 2006.
- Fromm E. *Die Pathologie der Normalität*. Schriften aus dem Nachlass. Band 6. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania. 1990. [1,3,4,22,23].
- Gaumont, S., Paquette, D., Emond, N., & St. A. (2016). *Anxiety and Attachment to the Mother in Preschoolers Receiving Psychiatric Care: The Father-Child Activation Relationship as a Protective Factor*. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 372–387.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21571>
- Gil-Monte PR. *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería*. *Revista Electrónica InterAção Psy* [en línea] 2003 [fecha de acceso 20 de mayo de 2007]; 1(1): 19-33. URL disponible en:
<http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo3.pdf>.
- Gobernación de Boyacá. (2020). *Política Pública de Salud Mental para el Departamento de Boyacá*, Vigencia 2020 - 2030 (pp. 1–54).
- Goleman, D. (2022). *La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual*. EDICIONES B.
- Gonzalez, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Espana, Madrid: Instituto de Juventud.

- González, L (2012). *Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la escuela de ciencias políticas. Universidad de los andes. Mérida. Venezuela. Madrid. España*. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9889/50749_GONZALEZ%20Zuniga%20Luis%20Enrique.pdf?sequence=1
- Graeff, F. (1997). *Neuropsychiatry of the basal ganglia. Serotonergic systems*. Psychiatric Clinics Of North América, 20, 723-739.
- Graff, V., Cai, L., Badiola, I., & Elkassabany, N. M. (2019). *Music versus midazolam during preoperative nerve block placements: a prospective randomized controlled study*. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 44(8), 796–799. <https://doi.org/10.1136/rapm-2018-100251>
- Grover, S., Dua, D., Sahoo, S., Mehra, A., Nehra, R. y Chakrabarti, S. (2020). *Why all COVID-19 Hospitals should have Mental Health Professionals: The importance of mental health in a worldwide crisis!*. Asian Journal of Psychiatry, 51, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102147>
- Hart, B., Lusk, P., Hovermale, R., & Melnvk, B. (2018). *Decreasing depression and anxiety in college youth using the creating opportunities for personal empowerment program (COPE)*. Journal Psychiatry Nurses Association, 25(2), 89-98. <https://doi.org/10.1177/1078390318779205>
- Jaimes, G. Barneveld. J, Estrada, E. y Espinosa, A. (2020). *Variables que inciden en el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística*. DIALNET.<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7826342.pdf>
- Jiménez, C. A. (2010). *Lúdica Colombia*. Recuperado el 9 de Marzo de 2014 en www.ludicacolombia.com

Jiménez, C. A. (2013, febrero 1). *Neuropedagogía lúdica e inteligencias múltiples*. recuperado el 2 de febrero de 2015 en <http://es.scribd.com/doc/123339155/Neuropedagogia-ludica-e-inteligenciasmultiples-Carlos-Alberto-Jimenez-Velez#scribd>

Kastrup MC, Ramos AB. *Global mental health. Dan Med Bull.* 2007; 54:42-3.

Lee, E., & Kim, Y. (2018). *Effect of university students sedentary on stress, anxiety and Depression*. Perspectives Psychiatry Care, 55(2), 164-169. <https://doi.org/10.1111/ppc.12296>

Londoño, C. (2009). *Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria*. Acta Colombiana de Psicología 12 (1): 95-107, 2009. Universidad Católica de Colombia.

López AS. *Hospital Magnético, Hospital Excelente*. Index Enferm [en línea] 2004 [fecha de acceso 05 de agosto de 2023]; 13(44-45): 07-08. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100001&lng=es.

Lozano, J. (2000). El insomnio y la ansiedad. Medidas terapéuticas y tratamiento farmacológico. Revista Offarm. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-el-insomnio-ansiedad-medidas-terapeuticas-15450>

Martínez, Pablo, Jiménez-Molina, Álvaro, Mac-Ginty, Scarlett, Martínez, Vania, & Rojas, Graciela. (2021). Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: una revisión de alcance con meta-análisis. *Terapia psicológica*, 39(3), 405-426. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>

Martínez-Navarro, D. (David). (2023). *Efectos del mindfulness y EMDR en la regulación emocional en trastornos de ansiedad, depresión y TEPT*.

Mayz, C. *Efectos de los Programas Socioeconómicos en los Estudiantes que ingresan a la Universidad de Carabobo con riesgo de Salud Mental*. (2008).

- Meyer K., A., Ramirez F., & Perez V. (2013). *Percepcion de estres en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermeria*. Revista de Educación en Ciencias de la Salud, 10(2), 79-85.
- Micin, S. & Bagladi, V. (2011). *Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil*. Terapia Psicológica, 29(1), 53-64 <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Monterrosa-Castro, Álvaro de J., Ordosgoitia-Parra, . E., & Beltrán-Barrios, T. (2020). *Ansiedad y depresión identificadas con la Escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud*. MedUNAB, 23(3), 372–404. <https://doi.org/10.29375/01237047.3881>
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*. Lancet. 2007;370:851-8.
- Muñoz, H. (2009). *Somatización: Consideraciones Diagnosticas*. Revista Med 17 (1), 55- 64. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. (2009). *The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review*. Psychological Medicine, 39(9). <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- National Institute of Mental Health (s.f). *Depresión*. <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-02/depresi%C3%B3n.pdf>
- Navarro, G. (2009). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. Universidad del Norte, Colombia: Tesis (Magister en Desarrollo Social) – Programa de Maestría en Desarrollo Social
- Noriega, J., Castellanos, J., Orejuela, D., Cepeda, D., Barajas-Soto, S., & Uribe-Rodríguez, A. (2014). *Sucesos vitales en jóvenes universitarios de la Universidad Pontificia*. Apuntes de Investigación, 9, 1-16.

Núñez, F. C., & Quiñonez, A. (2012). *Autoestima y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de Poza Rica, Veracruz, México*. *Uni-pluiv/versidad*, 12(1), 25-35.
<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/13275>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=BB79E17A8B744EEFA3C6E26D8690262D?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Organización Mundial de la Salud: *El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. OMS, Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2005

Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas*, 1998-2001. Washington: OPS/OMS; 1998.

Ormelas, A & Ruiz, A. (2017). *Salud mental y Calidad de vida. Su relación en los grupos etarios*. Psiencia. Revista latinoamericana de ciencias psicológicas, 9 (2). 1-16.
 Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=333152922001>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. *Int. J. Morphol.* vol.35 no.1 Temuco mar. 2017.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037

Palacio S, y Martínez de B, Y. (2007). *Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios*. *Psicogente*, 113-128.

Papalia, D et al. (2012). *Desarrollo Humano*. Duodécima edición. Edit. Mc. Graw Hill. México, D.F.

Pérez, P., Lozano, O. y Rojas, A. (2009). *Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos*. *Revista adicciones*.
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122902009.pdf>

- Piqueras, J., Martinez, A., Ramos, V., Rivero, R., Garcia, L., & Oblitas, A. (2008). *Ansiedad, depresión y salud*. Suma Psicológica, 15(1), 43-73.
- Póveda Jesús María. *Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios*. España (2006).
- Prieto, A. (2003). *Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria*. Revista de Salud Pública.
- Príncipe, C. (2016). *Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote*. (Tesis inédita de licenciatura, Universidad Cesar Vallejos). Perú. Chimbote. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/410/pr%C3%ADncipe_vc.pdfsequence=1&isAllowed=y
- Revista Alcmeon. *Clínica Neuropsiquiatría*. Argentina (2007)
- Revista Terapia Psicológica. *Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción*. Chile (2007).
- Riveros, M. Hernández, H. & Rivera, J. (2014). *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Revista De Investigación En Psicología, 10(1), 91-102. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v10i1.3909>
- Roca, M. & Baca, E. (2006). *Respuesta y remisión en pacientes depresivos con síntomas de ansiedad tratados con venlafaxina retard en atención primaria*. Actas Psiquiátricas Españolas, 34, 162-168.
- Roman, F., & Vinet, E., & Alarcon, A. (2014). *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 23(2), 179-190
- Román, F., Santibáñez, P. & Vinet, E. V. (2016). *Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos*. Acta

- de Investigación Psicológica, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Romero, M. Fernández, N. Huerta, G & Barradas, M. (2015). *Depresión y Ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz. Universidad Veracruzana*. RIDE. Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo, 6 (11). Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=498150319055>
- Rosillo, L., Ruiz, M., Sánchez, A. y Aparicio, J. (2006). *Características de Salud Mental Positiva en una Población Carcelaria Masculina y Femenina de la Ciudad De Barranquilla*. Dir. Jorge Palacio. Ph.D. Universidad del Norte Barranquilla.
- Salum-Fares, A., Aguilar, R., & Reyes, C. (2011). *Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes de escuelas secundarias públicas y privadas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México*. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 14(2), 255-272. <http://www.redalyc.org/pdf/654/65421407010.pdf>
- Sarmiento, M. (2015). *A “mental health profile” of higher education students*. Procedia -Social and Behavioral Sciences, 191, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.606>
- Sagaró del Campo, N. y Zamora, L. (2020). *Técnicas estadísticas para identificar posibles relaciones bivariadas*. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. <https://revanestesia.sld.cu/index.php/anestRean/article/view/603/909>
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J. & Cicchetti, D. (2004). *The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health*. Development and Psychopathology, 16(4), 799-806. <https://doi.org/10.1017/S0954579404040015>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Malestar E Subjetividade, 3(1), 10 - 59.
- Sistema educativo colombiano. (s/f). Gov.co. Recuperado el 21 de mayo de 2023, de <https://www.mineduacion.gov.co/portal/Preescolar-basica-y-media/Sistema-deeducacion-basica-y-media/233839:Sistema-educativo-colombiano>

- Southam-Gerow, M., Chorpita, B., Miller, L., & Gleacher, A. (2008). *Are children with anxiety disorders privately referred to a university clinic like those referred from the public mental health system?*. *Administration And Policy In Mental Health*, 35(3), 168–180.
- Storrie, K., Ahern, K. & Tuckett, A. (2010). *A systematic review: Students with mental health problems—A growing problem*. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2009.01813.x>
- Trehan, S. (2004). Music to my ears. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), 868-869.
- UNICEF. (s/f). *Cómo reducir el estrés de los estudiantes y promover su bienestar durante la COVID-19*. Unicef.org. Recuperado el 23 de septiembre de 2024, de
<https://www.unicef.org/es/coronavirus/como-reducir-estres-estudiantes-promover-bienestar-durante-covid19>
- Universidad Santo Tomás. (2004). *Proyecto Educativo Institucional PEI*. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Obtenido de
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/16393/PEI-2004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Universidad Santo Tomás. (2023). *Estadísticas Salud Mental 2023*. Universidad Santo Tomás, Tunja.
- Vive. (2021, marzo 25). *Estrés y ansiedad en el aula: ¿Cómo abordarlos? Recomendaciones y técnicas*. UNIR. <https://www.unir.net/educacion/revista/estres-y-ansiedad-en-el-aula/>
- Weisz, J., Chorpita, B., Palinkas, L., Schoenwald, S., Miranda, J., Bearman, S., & Gibbons, R. (2012). *Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial*. *Archives Of General Psychiatry*, 69(3), 274–282.
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: a global imperative*. Washington, DC: World Health Organization.

Zilueta, E. Delfino, G & Fernández, O. (2008). *Clima Social Emocional, Confianza en las Instituciones y Percepciones de Problemas Sociales. Un Estudio con Estudiantes Universitarios Urbanos Argentinos*. Psykhe, 17 (1), 5-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=96717102>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS E INFORMACION CON FINES ACADEMICOS

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, así mismo, dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012^[1] y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013^[2]. Los maestrantes Sergio Andrés Mendoza Vargas y Edison Jair Calderón Duran, solicitan la autorización y colaboración de los estudiantes para que brinden alguna información con fines netamente académicos y pedagógicos.

Ha sido invitado a colaborar en la investigación titulada "PROPUESTA NEUROPEDAGÓGICA COMO ESTRATEGIA PARA FOMENTAR LA SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS". El propósito de esta investigación es fomentar la salud mental en estudiantes universitarios a partir de una estrategia. Su identidad será protegida en la manera que utilizaremos códigos y nombres ficticios en el manejo, análisis e interpretación de los datos. Toda la información o datos que podrían identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente los que participan en la investigación y los/as profesores/as que la dirigen tendrán acceso a los datos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. El propósito de esta información es poder llevar a cabo el proyecto de grado que estamos realizando con el fin de obtener el título de magister en pedagogía. Sus fines son netamente pedagógicos, sin lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También, tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, así como recibir una copia de este documento.

Si acepta participar en esta investigación, pedimos que conteste el test.

^[1] Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales

^[2] El presente Decreto tiene como objeto reglamentar parcialmente la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Anexo B. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual

Igual que lo habitual

Peor que lo habitual

Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual.

C

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual

Igual que lo habitual

Bastante menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Menos tiempo que lo habitual

Igual que lo habitual

Más tiempo que lo habitual

Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual

Igual que lo habitual

Peor que lo habitual

Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos satisfecho que lo habitual

Mucho menos satisfecho que lo habitual

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más útil de lo habitual

Igual de útil que lo habitual

Menos útil de lo habitual

Mucho menos útil de lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

D

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

Claramente, no

Me parece que no

Se me ha cruzado por la mente

Claramente, lo he pensado

Anexo C. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR A

			Correlaciones						
			A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
Rho de Spearman	A1	Coeficiente de correlación	1,000	,066	,340**	,507**	,232*	,251**	,206*
		Sig. (bilateral)	.	,474	,000	,000	,011	,006	,025
		N	119	119	119	119	119	119	119
	A2	Coeficiente de correlación	,066	1,000	,317**	,109	,127	,124	-,128
		Sig. (bilateral)	,474	.	,000	,239	,168	,181	,166
		N	119	119	119	119	119	119	119
	A3	Coeficiente de correlación	,340**	,317**	1,000	,380**	,248**	,317**	,183*
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,007	,000	,046
		N	119	119	119	119	119	119	119
	A4	Coeficiente de correlación	,507**	,109	,380**	1,000	,450**	,374**	,445**
		Sig. (bilateral)	,000	,239	,000	.	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	A5	Coeficiente de correlación	,232*	,127	,248**	,450**	1,000	,491**	,322**
		Sig. (bilateral)	,011	,168	,007	,000	.	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	A6	Coeficiente de correlación	,251**	,124	,317**	,374**	,491**	1,000	,425**
		Sig. (bilateral)	,006	,181	,000	,000	,000	.	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	A7	Coeficiente de correlación	,206*	-,128	,183*	,445**	,322**	,425**	1,000
		Sig. (bilateral)	,025	,166	,046	,000	,000	,000	.
		N	119	119	119	119	119	119	119

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Anexo D . Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR B

			Correlaciones						
			B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7
Rho de Spearman	B1	Coeficiente de correlación	1,000	,498**	,476**	,347**	,303**	,496**	,420**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,001	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	B2	Coeficiente de correlación	,498**	1,000	,485**	,238**	,439**	,472**	,479**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,009	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	B3	Coeficiente de correlación	,476**	,485**	1,000	,524**	,483**	,512**	,590**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	B4	Coeficiente de correlación	,347**	,238**	,524**	1,000	,471**	,388**	,532**
		Sig. (bilateral)	,000	,009	,000	.	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	B5	Coeficiente de correlación	,303**	,439**	,483**	,471**	1,000	,554**	,612**
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	B6	Coeficiente de correlación	,496**	,472**	,512**	,388**	,554**	1,000	,587**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
		N	119	119	119	119	119	119	119
	B7	Coeficiente de correlación	,420**	,479**	,590**	,532**	,612**	,587**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	119	119	119	119	119	119	119

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo E. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR C

			Correlaciones						
			C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
Rho de Spearman	C1	Coeficiente de correlación	1,000	,139	,207*	,076	,214*	,108	,106
		Sig. (bilateral)	.	,131	,024	,410	,019	,244	,294
		N	119	119	119	119	119	119	118
	C2	Coeficiente de correlación	,139	1,000	,405**	,422**	,364**	,250**	,359**
		Sig. (bilateral)	,131	.	,000	,000	,000	,006	,000
		N	119	119	119	119	119	119	118
	C3	Coeficiente de correlación	,207*	,405**	1,000	,635**	,563**	,501**	,465**
		Sig. (bilateral)	,024	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	118
	C4	Coeficiente de correlación	,076	,422**	,635**	1,000	,639**	,361**	,477**
		Sig. (bilateral)	,410	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	118
	C5	Coeficiente de correlación	,214*	,364**	,563**	,639**	1,000	,523**	,539**
		Sig. (bilateral)	,019	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	119	118
	C6	Coeficiente de correlación	,108	,250**	,501**	,361**	,523**	1,000	,476**
		Sig. (bilateral)	,244	,006	,000	,000	,000	.	,000
		N	119	119	119	119	119	119	118
	C7	Coeficiente de correlación	,106	,359**	,465**	,477**	,539**	,476**	1,000
		Sig. (bilateral)	,294	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	118	118	118	118	118	118	118

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo F. Coeficiente Spearman y p-valores para FACTOR D

			Correlaciones						
			D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Rho de Spearman	D1	Coeficiente de correlación	1,000	,555**	,657**	,454**	,493**	,582**	,475**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	118	118
	D2	Coeficiente de correlación	,555**	1,000	,787**	,504**	,431**	,607**	,415**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	118	118
	D3	Coeficiente de correlación	,657**	,787**	1,000	,612**	,409**	,640**	,497**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	118	118
	D4	Coeficiente de correlación	,454**	,504**	,612**	1,000	,434**	,534**	,611**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	118	118
	D5	Coeficiente de correlación	,493**	,431**	,409**	,434**	1,000	,422**	,408**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	119	119	119	119	119	118	118
	D6	Coeficiente de correlación	,582**	,607**	,640**	,534**	,422**	1,000	,605**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
		N	118	118	118	118	118	118	118
	D7	Coeficiente de correlación	,475**	,415**	,497**	,611**	,408**	,605**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	118	118	118	118	118	118	118

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo G. Coeficiente Spearman y p-valores para PUNTAJE FINAL

Correlaciones			PUNTAJE A	PUNTAJE B	PUNTAJE C	PUNTAJE D
Rho de Spearman	PUNTAJE A	Coeficiente de correlación	1,000	,572**	,437**	,298**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,001
		N	119	119	119	119
	PUNTAJE B	Coeficiente de correlación	,572**	1,000	,590**	,487**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000
		N	119	119	119	119
	PUNTAJE C	Coeficiente de correlación	,437**	,590**	1,000	,476**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	119	119	119	119
	PUNTAJE D	Coeficiente de correlación	,298**	,487**	,476**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	.
		N	119	119	119	119

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).