

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

OBSERVATORIO DEL ESTUDIANTE

Proyectos POE-UCM 2021

Informe final



TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Responsables: Elena González Burgos y Dolores R. Serrano.

Nº de proyecto: 25

Centro gestor: Facultad de Farmacia

RESUMEN

Este proyecto tiene como objetivo principal proporcionar un análisis detallado de los problemas de salud mental presentes en nuestros estudiantes universitarios tras la vuelta a la “normalidad” universitaria e identificar el patrón de consumo de sustancias psicoactivas. Para ello, se ha enviado una encuesta anónima, previamente aprobada por el Comité ético de la UCM, a todos los estudiantes de esta Universidad. La encuesta consta de tres partes diferenciadas: datos demográficos, estudio de ansiedad (GAD-7 versión española) y depresión (PHQ-9 versión española) y, patrón de consumo de sustancias psicoactivas.

La encuesta ha sido respondida por un total de 6.802 estudiantes, de las cuales se consideran 6.798, tras la depuración de valores atípicos. En cuanto al género, 4.978 son mujeres (73,17%), 1.677 son hombres (25,67%) y 147 son de género no binario (2,16%). La edad media es de 23 años aproximadamente y conviven mayoritariamente con los padres y hermanos (61,52%). Los estudiantes encuestados son mayoritariamente estudiantes de Grado (5.371 estudiantes, un 79,01%), seguido de un 13,62% (926 estudiantes) que cursa estudios de Máster y un 7,37% (501 estudiantes) que realiza estudios de Doctorado. Han participado estudiantes de las 26 facultades de la UCM, destacando la participación de estudiantes de las Facultades de Educación y Filología.

Los principales resultados de este proyecto mostraron que una gran proporción de los alumnos participantes mostraron ansiedad severa atendiendo a la escala GAD-7 y depresión moderadamente severa o depresión severa según la escala PHQ-9. Estos trastornos de salud mental los presenta principalmente estudiantes de género no binario, que estudian grado y con una percepción muy baja de su rendimiento académico. En la mayoría de los casos, los síntomas asociados a la ansiedad o la depresión no han cambiado tras la vuelta a la presencialidad. Cabe destacar el importante infradiagnóstico de los trastornos de ansiedad y depresión en nuestros estudiantes.

En cuanto a los fármacos psicoactivos más consumidos por nuestros estudiantes son valeriana, melatonina, diazepam y lorazepam. Se destaca el consumo de melatonina (formas farmacéuticas de liberación prolongada), diazepam y lorazepam sin prescripción médica.

Por último, en relación con las drogas, el cannabis es la más consumida entre nuestros estudiantes (excluyendo alcohol y tabaco), siendo su consumo preferentemente esporádico. El perfil del alumnado que consume cannabis vive con su pareja, solos o compartiendo piso.

INTRODUCCIÓN

Incluye pregunta de investigación y objetivos definidos

Los problemas de salud mental (ansiedad y depresión) entre los estudiantes pueden verse agravados con el regreso a las aulas debido a la propia pandemia y a tener que renunciar a la “protección” de las pantallas del ordenador (docencia virtual). Estos problemas pueden incrementar el consumo de sustancias psicoactivas lo que se traduce en un impacto negativo en el rendimiento académico, motiva el abandono de los estudios y supone un factor de riesgo de suicidio. La Universidad debe tomar un papel activo en esta problemática para mejorar la actividad académica de nuestros estudiantes y prevenir los problemas asociados a la ansiedad, depresión, abuso de drogas y uso inadecuado de psicofármacos.

El objetivo general es proporcionar un análisis detallado de los problemas de salud mental presentes en nuestros estudiantes tras la vuelta a la “normalidad” universitaria e identificar potenciales riesgos por el consumo de sustancias psicoactivas con el fin de conocer si es necesario implementar un servicio de soporte para los estudiantes.

Objetivos específicos:

- O1. Diseñar y validar una encuesta con datos demográficos, estado mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- O2. Determinar la prevalencia de la sintomatología de la depresión y ansiedad.
- O3. Conocer el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y relacionarlo con la salud mental y el rendimiento académico.
- O4. Evaluar la necesidad de implementar un servicio de apoyo en la universidad para hacer frente a esta problemática.

RECURSOS HUMANOS

El equipo que ha participado en este proyecto es intergeneracional, pluridisciplinar e intersectorial. Está formado por PDI (Personal Docente e Investigador) de la Facultad de Farmacia, de la Facultad de Estudios Estadísticos y de la Facultad de Matemáticas. También cuenta con estudiantes de Grado y Posgrado y con un miembro PAS (Personal de Administración y Servicios). Además, se ha contado con una becaria de formación práctica del Máster de Bioestadística UCM.

Elena González Burgos	PDI
Dolores R. Serrano López	PDI
María del Carmen Pardo LLorente	PDI
Teresa Pérez Pérez	PDI
Isabel Ureña Vacas	Estudiante Posgrado
Iván Yuste Sosa	Estudiante Posgrado
Yeray Reyes de la Mata	Estudiante Grado
Carlos Casal Álvarez	Estudiante Grado
Miguel Nava Muñoz	Estudiante Grado
Rosario García Broncano	PAS
Yolanda Cabellos Hurtado	Becaria de Formación Práctica de este proyecto

DISEÑO METODOLÓGICO

I. *Diseño de una encuesta que contiene información sobre datos demográficos, ansiedad, depresión y consumo de psicofármacos y uso de drogas de abuso.*

La encuesta anónima se ha creado a través de formularios de Google y consta de tres partes diferenciadas: datos demográficos, estudio de ansiedad y depresión y, patrón de consumo de sustancias psicoactivas. En la encuesta también se incluye información del estudio y el consentimiento informado.

- **Datos demográficos.** La encuesta incluye variables sociodemográficas, y académicas.
- **Ansiedad.** Se ha empleado la escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7 versión española). Este cuestionario está compuesto por 7 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno. La puntuación final se calcula sumando la puntuación de los siete ítems, siendo las puntuaciones mínima y máxima posibles 0 y 21, respectivamente. Como puntos de corte se toman los valores 5 para la ansiedad leve, 10 para la ansiedad moderada y 15 para la ansiedad grave, respectivamente.

Referencias:

- *Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7.*
- *García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Freire O, Rejas J. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health Qual Life Outcomes. 2010 Jan 20;8:8.*
- **Depresión.** Los trastornos depresivos se han evaluado empleando la versión española de la escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Este instrumento consta de 9 ítems con respuestas tipo Likert con valores entre 0 y 3 para evaluar la presencia de síntomas depresivos en las dos últimas semanas. La puntuación final se calcula sumando la puntuación de los nueve ítems, siendo las puntuaciones mínima y máxima posibles 0 y 27, respectivamente. Como puntos de corte se toman los valores de 1-4 (depresión mínima), 5-9 (depresión leve), 10-14 (depresión moderada), 15-19 (depresión moderadamente grave) y 20-27 (depresión grave).

Referencias:

- *Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. Psychosom Med. 2001 Jul-Aug;63(4):679-86.*
- *Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13.*
- **Patrón de consumo de psicofármacos y drogas de abuso.** El uso de sustancias psicoactivas incluye drogas legales (i.e. alcohol, tabaco), drogas ilegales (i.e. cocaína, heroína, LSD) y fármacos clasificados en el grupo N (sistema nervioso) del código de clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC) excepto los subgrupos N01 (anestésicos) y N02 (analgésicos). Para este fin, se ha diseñado una encuesta “ad hoc” basada en otras encuestas previamente publicadas sobre patrón de consumo de sustancias psicoactivas.

II. Envío de la encuesta diseñada al Comité Ético de investigación UCM (noviembre 2021).

La encuesta diseñada se envió para su aprobación al Comité Ético de Investigación UCM. El proyecto de investigación presentado obtuvo el informe favorable con Ref. CE_20211118-13_SAL.

III. Validación de la encuesta diseñada y aprobada por el Comité ético UCM en un grupo piloto de estudiantes (diciembre 2021).

La encuesta creada a través de formularios de Google se ha enviado por medio de correo electrónico a una muestra al azar de estudiantes de Grado, Máster y Doctorado para validar su comprensión. Esta encuesta se ha difundido entre las fechas 12 y 17 de diciembre de 2021.

En esta fase piloto de difusión de la encuesta se ha obtenido respuesta de un elevado número de estudiantes (concretamente 347), muy superior al establecido en el protocolo del proyecto de investigación como mínimo deseable en esta fase (125 estudiantes, atendiendo al criterio de 5 respuestas por ítems) (Costello and Osborne, 2005). Se trata de un número de respuestas muy próximo al tamaño muestral mínimo fijado en el protocolo del proyecto de investigación, siendo éste de 385 estudiantes. Por otra parte, han participado en la encuesta gran parte de las facultades de la UCM (19 de las 26 existentes), recogándose respuestas de estudiantes de un amplio abanico de titulaciones.

A partir del análisis de los resultados de esta encuesta piloto y en base a los objetivos planteados del proyecto, se introdujeron mejoras en el contenido y formato de la encuesta.

Referencia:

Costello, AB & Osborne, Jason. (2005). *Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation*. 10. 1-9.

IV. Envío de la encuesta validada al Comité Ético de investigación UCM (enero 2022).

La encuesta mejorada se envió de nuevo para su aprobación al Comité Ético de Investigación UCM. El proyecto de investigación presentado obtuvo el informe favorable con Ref. CE_20220120-17_SAL.

V. Lanzamiento masivo de la encuesta diseñada y validada a todos los estudiantes UCM (febrero – marzo 2022).

La encuesta diseñada y validada se ha enviado por correo electrónico a todos los estudiantes UCM (Grado y Posgrado) con apoyo del Observatorio del Estudiante y el Vicerrectorado de Estudiantes. La encuesta se ha mantenido abierta del 22 de febrero al 4 de marzo 2022. Próximo a la fecha de cierre, se ha enviado un recordatorio para la realización de la encuesta.

VI. Recolección y análisis de datos (marzo-junio 2022).

Los resultados se han volcado a Excel de fácil acceso desde el lenguaje R para realizar el análisis e interpretación de los datos usando métodos estadísticos.

Se cuenta con las respuestas de 6802 estudiantes, de las cuales se consideran 6798, tras la depuración de valores atípicos. Dicho tamaño muestral permite conseguir los objetivos de este proyecto, de acuerdo con un nivel de confianza del 95%, un error máximo admisible del 1.2% y considerando el caso más desfavorable en el que la proporción poblacional sea del 50%.

Variables

Variables sociodemográficas:

- Género: variable categórica con tres niveles (*hombre, mujer, no binario*)
- Edad: variable continua
- Tipo de estudios universitarios: variable categórica con tres niveles (*Grado, Máster, Doctorado*)

- Actualmente viviendo con: variable categórica con seis niveles (*colegio mayor/residencia universitaria, compartiendo piso, padres/hermanos, otros familiares, pareja, sol@*)
- Facultad: variable categórica con 26 niveles, correspondientes a las 26 facultades de la UCM
- Rendimiento académico percibido (*Teniendo en cuenta el tiempo dedicado a las asignaturas de tu titulación, consideras que tus resultados son*): variable categórica con cinco niveles (*muy bajos, bajos, normales, buenos, muy buenos*).

Trastorno de ansiedad generalizada:

- Puntuación en la escala para el trastorno de ansiedad generalizada GAD-7: variable continua de valores comprendidos entre 0 y 21. La escala GAD-7 está compuesta por 7 ítems que recogen la frecuencia con que los síntomas asociados al trastorno se han presentado en los últimos 15 días. La respuesta a estos ítems es de tipo Likert, de 0 (*ningún día*) a 3 (*casi todos los días*). La puntuación final en la escala se obtiene a través de la suma de la puntuación dada a cada ítem.
- Puntuación en la escala GAD-7 (categorizada): variable categórica correspondiente al grado de severidad asociado al trastorno de ansiedad generalizada. Se toman las categorías establecidas por los autores: *mínima* (entre 0 y 4 puntos), *leve* (entre 5 y 9 puntos), *moderada* (entre 10 y 14 puntos), *severa* (entre 15 y 21 puntos)
- Puntuación en la escala GAD-7 (dicotomizada): variable dicotómica, empleando el punto de corte propuesto por los autores (10 puntos). La versión española de la escala elige este punto de corte al comparar los valores de sensibilidad y especificidad para los distintos puntos y considerando los del punto de corte 10 adecuados, siendo éstos de una sensibilidad del 86,8% y especificidad de 93,4% (*Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool*).
- Cambios en la sintomatología asociados a la reanudación de las clases presenciales en la universidad (*Al retomarse las clases presenciales en la universidad, en tu opinión, ¿cómo han cambiado estos síntomas?*): variable categórica con tres niveles (*no han cambiado, han mejorado, han empeorado*).
- Diagnóstico de ansiedad (*¿Has sido diagnosticad@ con trastorno de ansiedad? En caso de haber sido diagnosticad@ más de una vez, se refiere al último diagnóstico*): variable categórica con 7 niveles (*nunca; sí, pero ya estoy dado de alta; hace más de dos años y continúo; entre uno y dos años y continúo; entre seis meses y un año y continúo; hace menos de seis meses y continúo; hace menos de quince días y continúo*)

- Diagnóstico de ansiedad (dicotomizada): variable dicotómica correspondiente a si el estudiante presenta un diagnóstico de ansiedad que se mantiene en el momento de cumplimentación del cuestionario.

Depresión:

- Puntuación en el Cuestionario de salud del paciente PHQ-9: variable continua de valores comprendidos entre 0 y 27. El cuestionario se compone de 9 ítems que recogen la frecuencia con que los síntomas depresivos se han presentado en los últimos 15 días. La respuesta a estos ítems es de tipo Likert, de 0 (*Ningún día*) a 3 (*Casi todos los días*), cuya suma permite la obtención de la puntuación final.
- Puntuación en el cuestionario PHQ-9 (categorizada): variable categórica correspondiente al grado de severidad asociado a la depresión. Se toman las categorías establecidas por los autores: *mínima* (entre 0 y 4 puntos), *leve* (entre 5 y 9 puntos), *moderada* (entre 10 y 14 puntos), *moderadamente severa* (entre 15 y 19 puntos) y *severa* (entre 20 y 27 puntos).
- Puntuación en el cuestionario PHQ-9 (dicotomizada): variable dicotómica, empleando un punto de corte de 10 puntos (usando la entrevista a un profesional de salud mental como criterio estándar). La versión inglesa del cuestionario presenta, para dicho punto de corte, una sensibilidad del 88% y una especificidad del 88% (*The PHQ-9: validity of a brief depression severity measures*).
- Diagnóstico de depresión (*¿Has sido diagnosticad@ con depresión? En caso de haber sido diagnosticad@ más de una vez, se refiere al último diagnóstico*): variable categórica con 7 niveles (*nunca; sí, pero ya estoy dado de alta; hace más de dos años y continúo; entre uno y dos años y continúo; entre seis meses y un año y continúo; hace menos de seis meses y continúo; hace menos de quince días y continúo*)
- Diagnóstico de depresión (dicotomizada): variable dicotómica correspondiente a si el estudiante presenta un diagnóstico de depresión que se mantiene en el momento de cumplimentación del cuestionario

Consumo de psicofármacos:

- Consumo de psicofármacos alguna vez: variables dicotómicas, correspondientes a si se ha consumido alguna vez cada uno de los psicofármacos listados a continuación:

Alprazolam, bromazepam, brotizolam, clobazam, clonazepam, clorazepato, diazepam, flurazepam, lorazepam, lormetazepam, medazepam, midazolam, pinazepam, quazepam, triazolam, zolpidem, zopiclona, amitriptilina, clomipramina, doxepina, imipramina, trimipramina, maprotilina, nortriptilina, fluoxetina, citalopram,

paroxetina, sertralina, fluvoxamina, escitalopram, moclobemida, bupropion, desvenlafaxina, duloxetina, hierba de San Juan, mianserina, mirtazapina, reboxetina, trazodona, venlafaxina, amapola de california, pasiflora, valeriana, melatonina, melisa.

- Consumo de psicofármacos sin prescripción médica: variables dicotómicas correspondientes a si se ha consumido sin prescripción médica algunos de los psicofármacos considerados.
- Consumo de psicofármacos en los últimos 15 días: variables dicotómicas correspondientes a si se ha consumido cada uno de los psicofármacos considerados en los últimos 15 días.
- Frecuencia de consumo en los últimos seis meses (en caso de consumir más de uno, corresponde a la frecuencia del más consumido): variable categórica ordinal con 5 niveles (*nunca, esporádicamente, de vez en cuando (una vez al mes), varias veces a la semana, a diario*).
- Consumo de psicofármacos alguna vez (por grupos): variable dicotómicas correspondientes al consumo de psicofármacos, tras su agrupación (se detalla a continuación):
 - Benzodiacepinas: Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Clobazam, Clonazepam, Clorazepato, Diazepam, Flurazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Medazepam, Midazolam, Pinazepam, Quazepam, Triazolam
 - Derivados no benzodiacepínicos: Zolpidem, Zopiclona
 - Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (antidepresivos tricíclicos, TCA): Amitriptilina, Clomipramina, Doxepina, Imipramina, Trimipramina, Maprotilina, Nortriptilina.
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Fluoxetina, Citalopram, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Escitalopram.
 - Inhibidores de la monoaminoxidasa A (IMAO A): Moclobemida.
 - Otros antidepresivos: Bupropion, Desvenlafaxina, Duloxetina, Hierba de San Juan, Mianserina, Mirtazapina, Reboxetina, Trazodona, Venlafaxina.
 - Plantas medicinales: Amapola de California, Melisa, Pasiflora, Valeriana.
 - Melatonina
- Consumo de psicofármacos sin prescripción médica (por grupos): variables dicotómicas correspondientes a si se ha consumido sin prescripción médica cada uno de los grupos de psicofármacos considerados.

- Consumo de psicofármacos en los últimos 15 días (por grupos): variables dicotómicas correspondientes a si se ha consumido cada uno de los grupos de psicofármacos considerados en los últimos 15 días.
- Frecuencia de consumo en los últimos seis meses (por grupos): variable categórica ordinal con 5 niveles (*nunca, esporádicamente, de vez en cuando (una vez al mes), varias veces a la semana, a diario*), empleando las agrupaciones de psicofármacos empleadas indicadas

Consumo de drogas de abuso:

- Consumo de drogas de abuso alguna vez: variables dicotómicas correspondientes a si se ha consumido alguna vez cada una de las siguientes drogas psicoactivas.
 Heroína, GHB, Anfetaminas/Speed, Cocaína, Éxtasis/MDMA, Metanfetamina, Catinonas, Peyote, LSD, Ayahuasca, Ketamina, Setas mágicas, Spice, Inhalables volátiles, Cannabis.
- Consumo de drogas de abuso en los últimos quince días: variables dicotómicas correspondientes a si en los últimos 15 días se ha consumido cada una de las drogas psicoactivas consideradas.
- Frecuencia de consumo en los últimos seis meses (en caso de consumir más de una, refiere a la consumida con mayor frecuencia): variable categórica ordinal con 5 niveles (*nunca, esporádicamente, de vez en cuando (una vez al mes), varias veces a la semana, a diario*).
- Consumo de drogas de abuso alguna vez (por grupos): variables dicotómicas correspondientes al consumo de drogas psicoactivas, tras su agrupación (detallada a continuación):
 - o Depresoras: Heroína, GHB.
 - o Estimulantes: Anfetaminas/Speed; Cocaína, Éxtasis/MDMA, Metanfetamina, Catinonas.
 - o Alucinógenas: Peyote, LSD, Ayahuasca, Ketamina, Setas mágicas, Spice.
 - o Otras drogas (varios efectos): Inhalables volátiles, Cannabis.
- Consumo de drogas de abuso en los últimos quince días (por grupos): variables dicotómicas correspondientes a si se ha consumido cada uno de los grupos de psicofármacos considerados en los últimos 15 días.
- Frecuencia de consumo en los últimos seis meses (por grupos): variable categórica ordinal con 5 niveles (*nunca, esporádicamente, de vez en cuando (una vez al mes), varias veces a la semana, a diario*), empleando las agrupaciones de drogas psicoactivas indicadas.

Análisis estadístico

Se realiza un análisis univariante mediante gráficos de barras o de sectores y tablas de contingencia para las variables categóricas; y mediante histograma y estadísticos de centralidad, posición y dispersión para las variables continuas.

La asociación entre variables categóricas a nivel bivariante se contrasta a través del test de Chi-cuadrado de independencia. La asociación entre variables ordinales se contrasta a través del test de correlación de Spearman.

Las estimaciones puntuales de prevalencia se acompañan de los correspondientes intervalos de confianza. Se emplea un nivel de significación en el análisis de 0.05.

El análisis multivariante se realiza a través de modelos de regresión logística binaria, considerando como variables respuesta la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada (variable dicotomizada asociada al puntaje en la escala GAD-7), la sintomatología asociada a la depresión (variable dicotomizada asociada al puntaje en la escala PHQ-9), el consumo de psicofármacos (por grupos) y el consumo de drogas de abuso (por grupos). La selección de covariables en estos modelos se realiza a través del método *stepwise*, considerando como criterio el criterio de información de Akaike (AIC). Se ha calculado el área bajo la curva ROC (AUC) y sus respectivos intervalos de confianza, para valorar la capacidad discriminadora de los modelos de regresión logística obtenidos, dividiendo 100 veces la muestra en dos subgrupos, la primera representa la muestra de entrenamiento y la segunda representa la muestra test. Aquellos modelos que obtengan valores de ambos AUCs superiores a 0.7, serán considerados como buenos modelos predictivos.

Evaluación del riesgo de sesgo

La evaluación del riesgo de sesgo se realiza tomando como referencia la herramienta presentada en la publicación "*Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement*", considerando 10 ítems para evaluar la validez interna y externa de un estudio.

VII. *Elaboración de la memoria final (junio 2022).*

Se ha elaborado la memoria final sobre el desarrollo y ejecución del proyecto. Esta memoria estará disponible en el repositorio digital E-prints de la Biblioteca de la UCM.

VIII. *Publicación científica (julio 2022).*

Los resultados de este proyecto se publicarán en una revista con índice de impacto. En dicha publicación se hará constar la adscripción institucional UCM y su vinculación a la presente convocatoria.

RESULTADOS

Análisis univariante del perfil de los alumnos de la UCM que cumplimentan la encuesta

I.- Características demográficas y académicas

Se consideran las respuestas de 6.978 estudiantes. En cuanto al **género**, 4.978 son mujeres (73,17%), 1.677 son hombres (25,67%) y 147 son de género no binario (2,16%) (Figura 1). La **edad** media es de 23 años aproximadamente (Figura 2) y **conviven** mayoritariamente con los padres y hermanos (61,52%) (Figura 3).

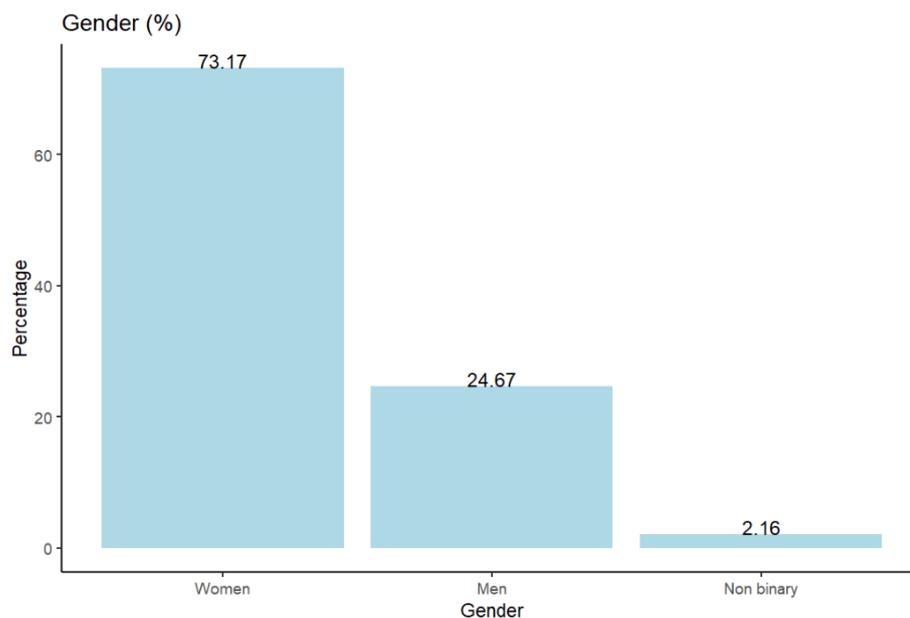


Figura 1. Distribución de los estudiantes participantes por género.

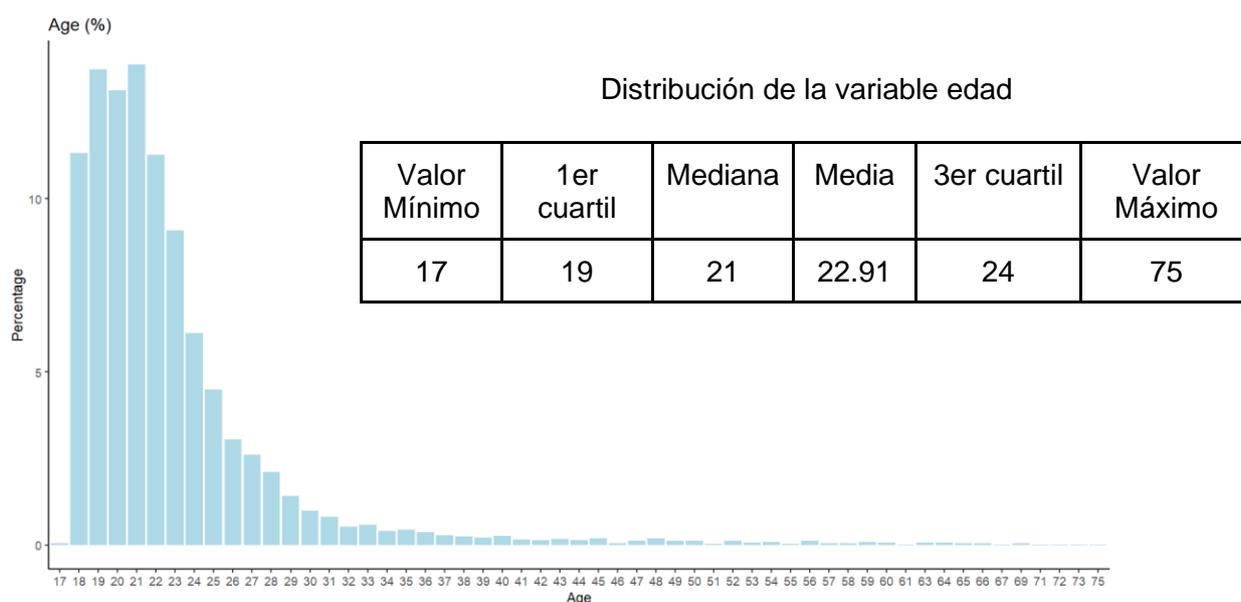


Figura 2. Distribución de los estudiantes participantes por edad.

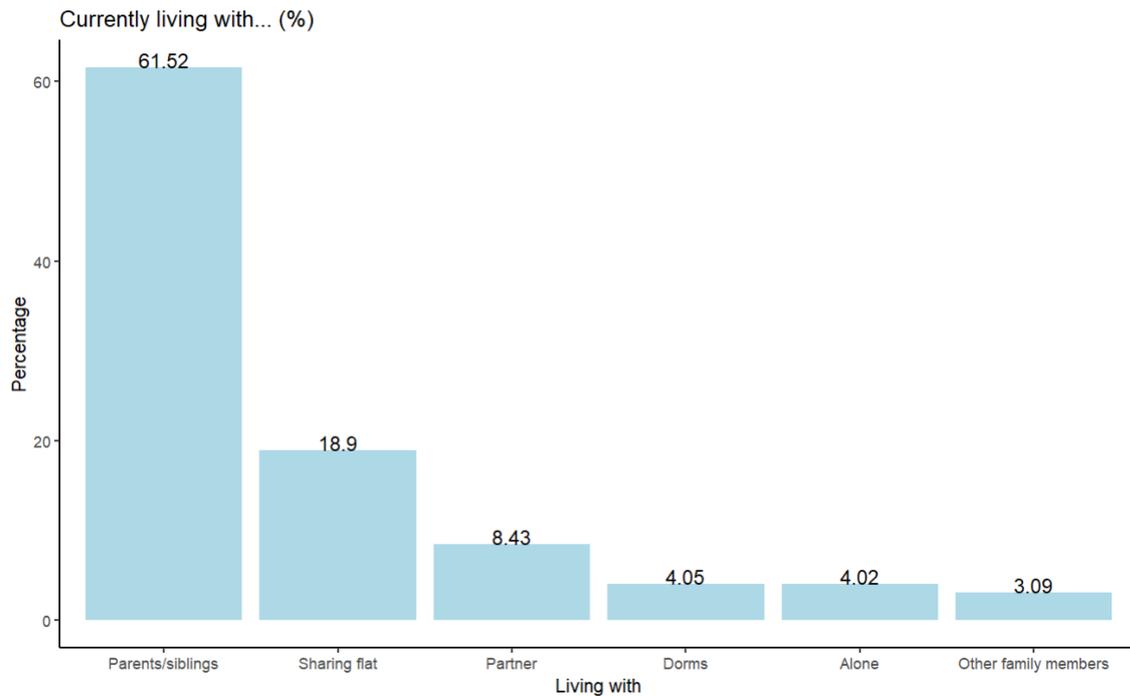


Figura 3. Distribución de los estudiantes participantes según con quien conviven.

Con respecto a **sus características académicas**, y en lo referente **al tipo de estudio**, los estudiantes encuestados son mayoritariamente estudiantes de Grado (5.371 estudiantes, un 79,01%). Un 13,62% (926 estudiantes) cursa estudios de Máster y un 7,37% (501 estudiantes) realiza estudios de Doctorado (Figura 4).

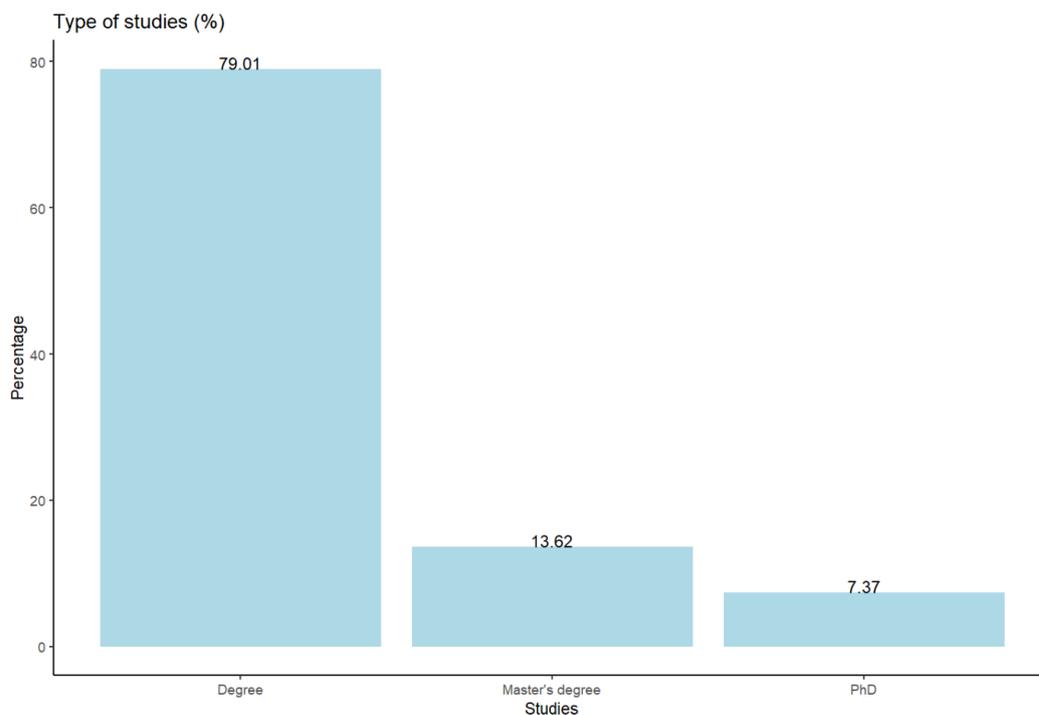


Figura 4. Distribución de los estudiantes participantes según tipo de estudio (Grado, Máster o Doctorado).

Han participado estudiantes de las 26 **facultades** de la UCM. Sobre el total de encuestados, destaca la participación de estudiantes de las Facultades de Educación y Filología: un 7.41% de los encuestados proceden de la Facultad de Educación y un 7.15% de la de Filología (Figura 5).

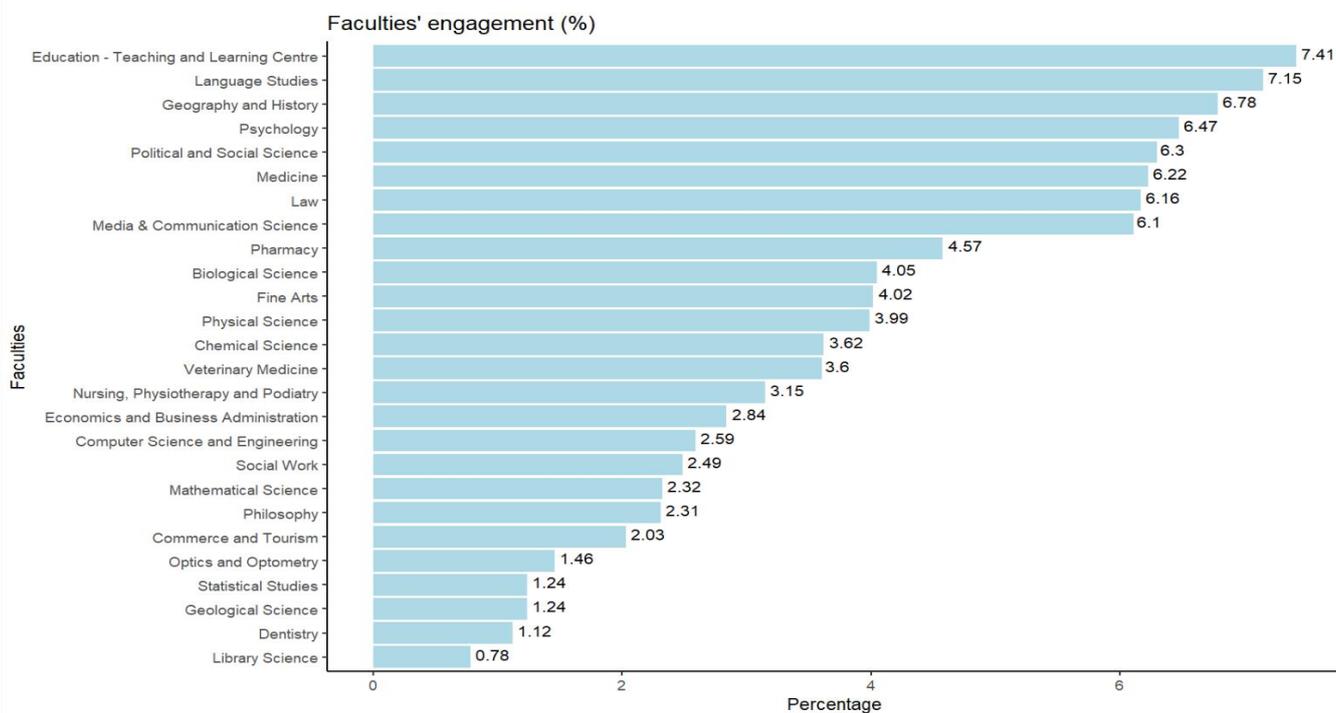


Figura 5. Distribución de los estudiantes participantes según Facultades de la UCM.

El porcentaje de participación en cada facultad, calculado en cada caso sobre el total de alumnos de la misma, es el siguiente. Las facultades con mayor participación son Filosofía con un 26,25% y Biología con un 23,25% (Figura 6).

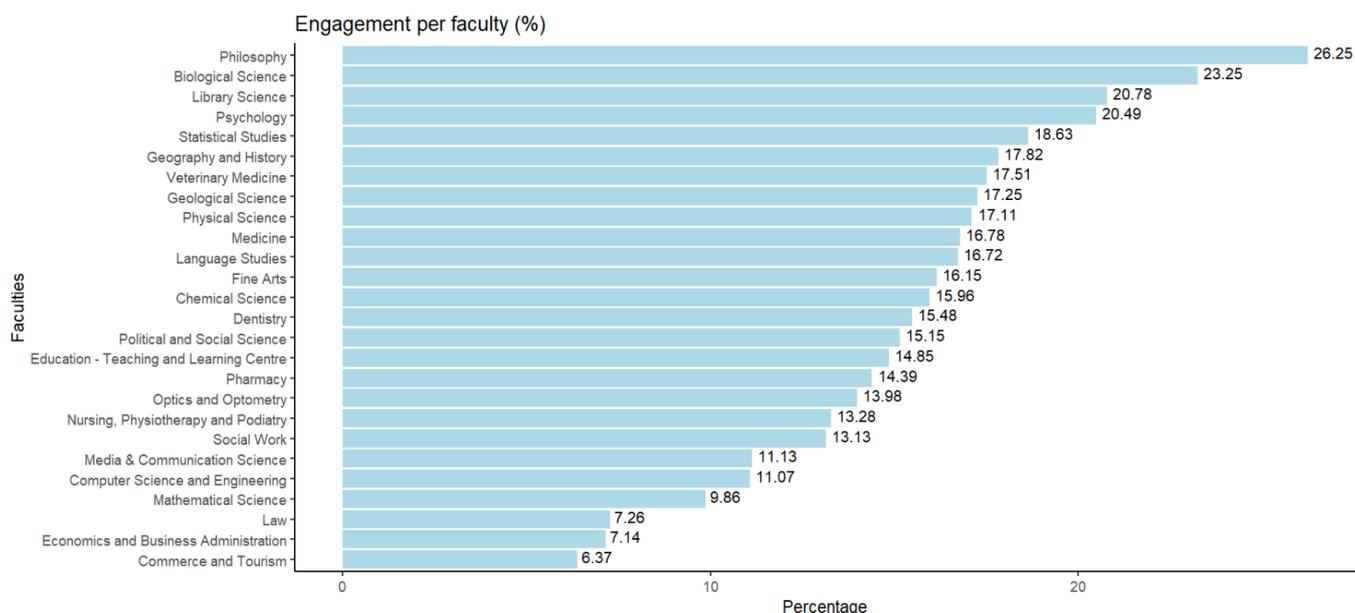


Figura 6. Distribución de los estudiantes participantes de cada Facultad de la UCM, calculado sobre el total de alumnos de la misma.

En cuanto a la **percepción del rendimiento académico**, en relación con el tiempo dedicado al estudio, el 56,89% de los estudiantes tiene una percepción de su rendimiento académico buena o muy buena (Figura 7).

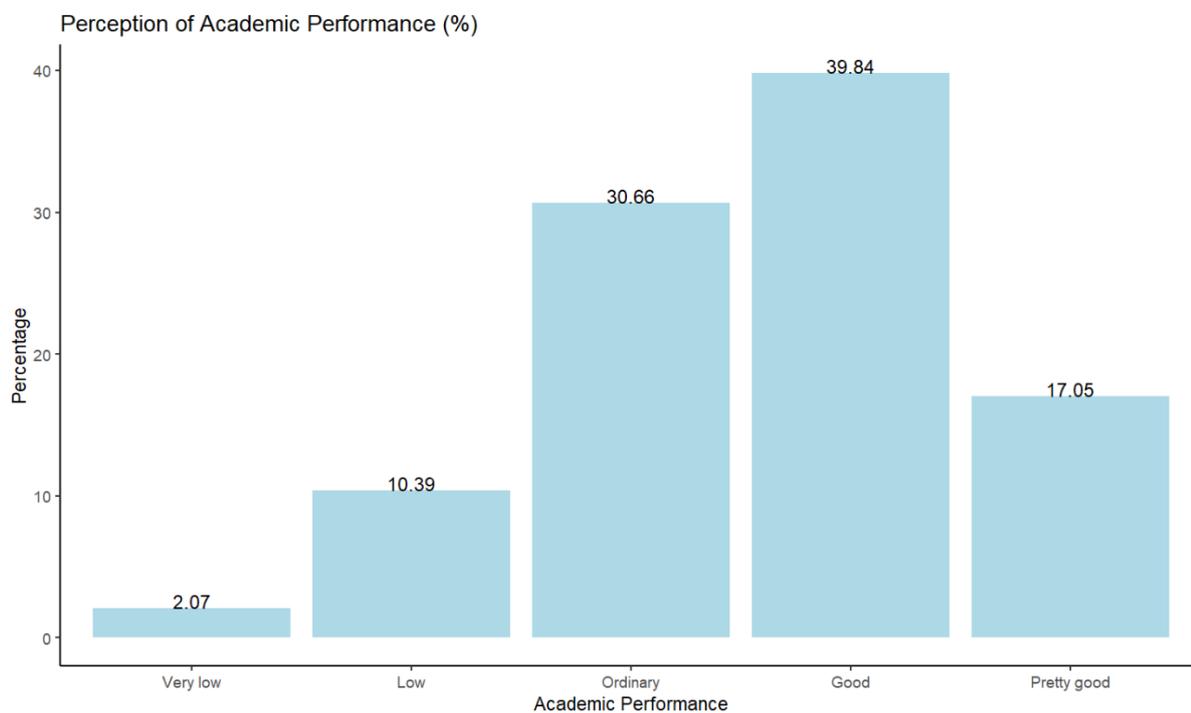


Figura 7. Percepción del rendimiento académico de los estudiantes participantes.

II.- Ansiedad y depresión

Con respecto a los trastornos de salud mental, el 44,08% de los alumnos encuestados muestra **ansiedad** severa atendiendo a la escala GAD-7 (Figura 8) y un 46,53% muestra **depresión** severa o moderadamente severa según la escala PHQ-9 (Figura 9).

Scale degree GAD-7 (Generalised Anxiety Disorder)

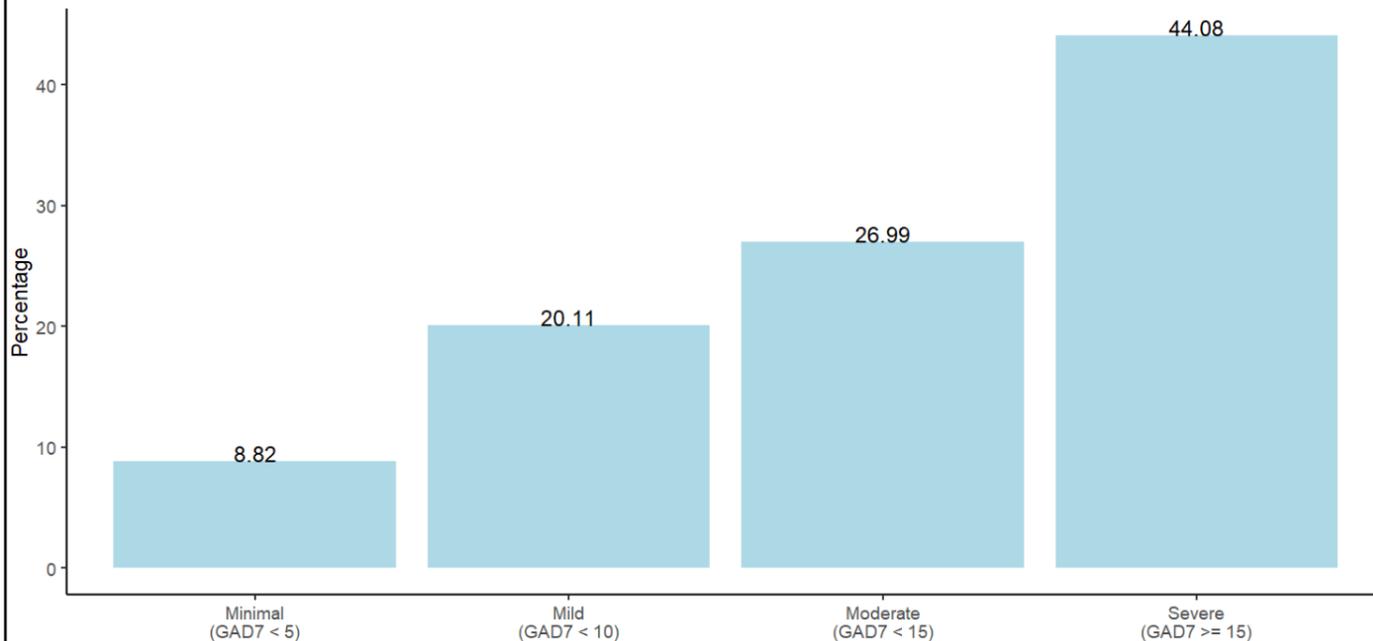


Figura 8. Niveles de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7.

Scale degree PHQ-9 (Major Depressive Disorder)

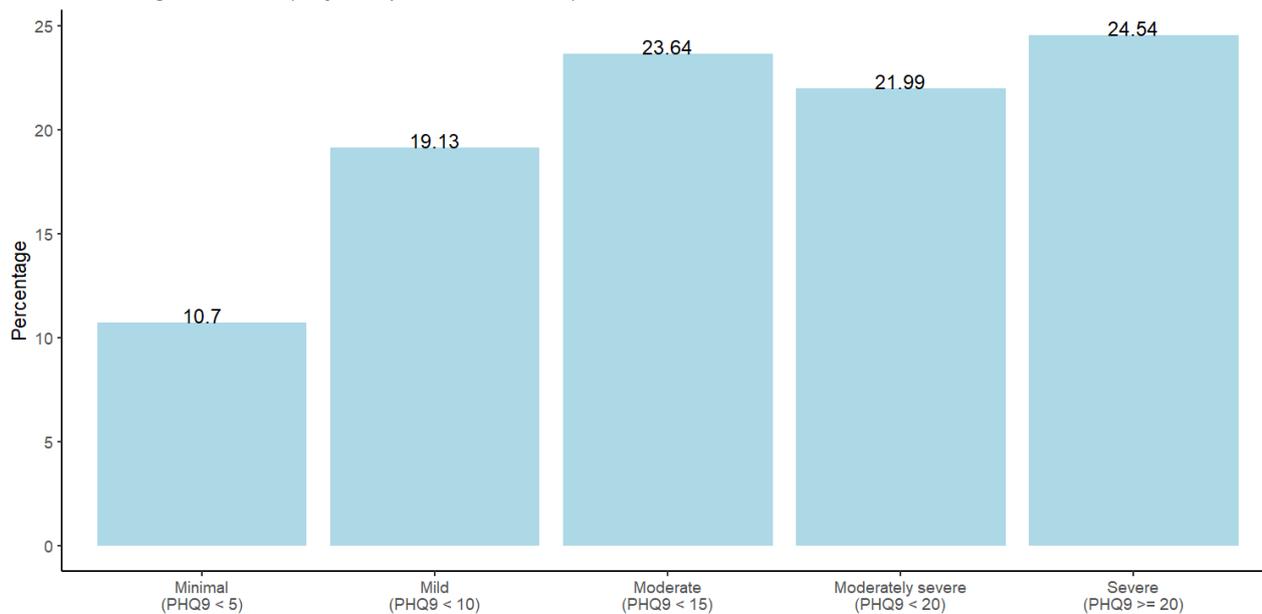


Figura 9. Niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9.

El porcentaje de alumnos con un resultado en la escala GAD-7 de 10 o más puntos es del 71,07% [con IC_{95%} = (69.99, 72.16)] (Figura 10). Para la escala PHQ-9, este porcentaje es de 70,18% [con IC_{95%} = (69.08, 71.27)] (Figura 11).

Scale degree GAD-7 (%) - dichotomized

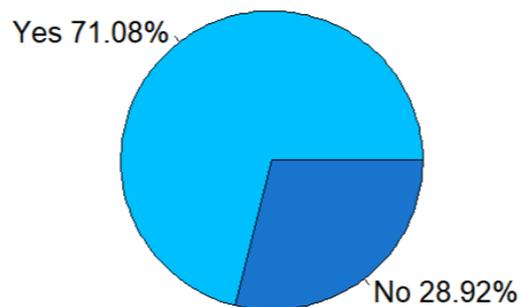


Figura 10. Porcentaje de estudiantes con un resultado en la escala GAD-7 de 10 o más puntos.

Scale degree PHQ-9 (%) - dichotomized

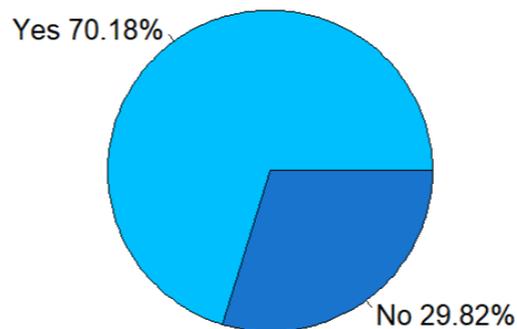


Figura 11. Porcentaje de estudiantes con un resultado en la escala PHQ-9 de 10 o más puntos.

En cuanto al impacto de la vuelta a la **presencialidad** en las clases universitarias sobre los síntomas asociados al trastorno de **ansiedad** generalizada, el 48,62% de los alumnos encuestados afirma que dichos síntomas no cambiaron tras la reanudación de las clases presenciales (Figura 12).

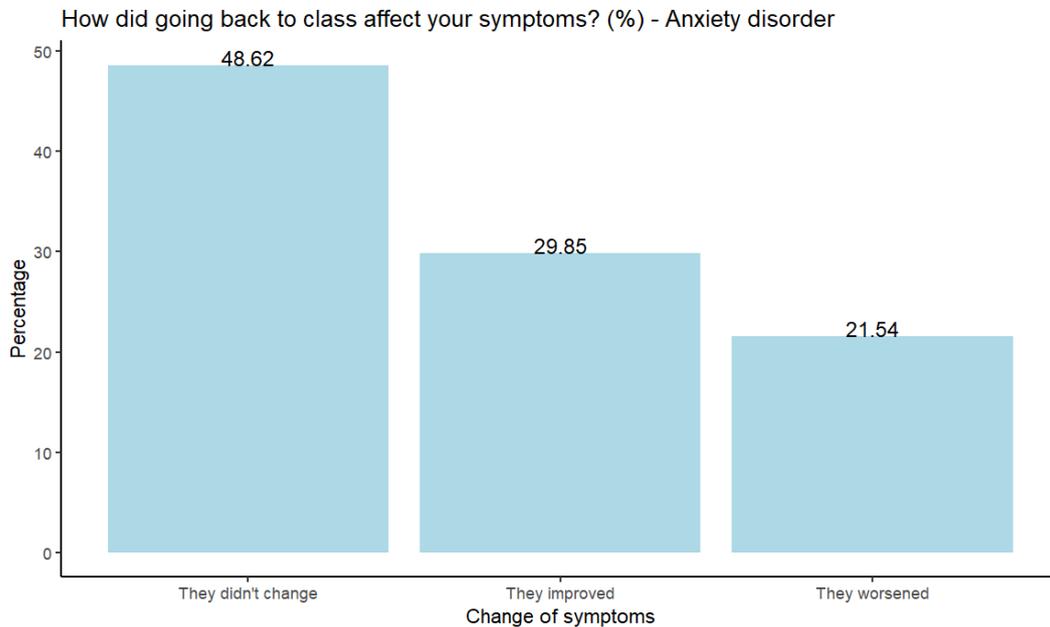


Figura 12. Cambios en los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada tras la vuelta a la presencialidad de las clases.

En relación con los síntomas asociados a la **depresión**, el 57,47% de los alumnos afirma que estos no cambiaron al retomar las clases presenciales en la universidad (Figura 13).

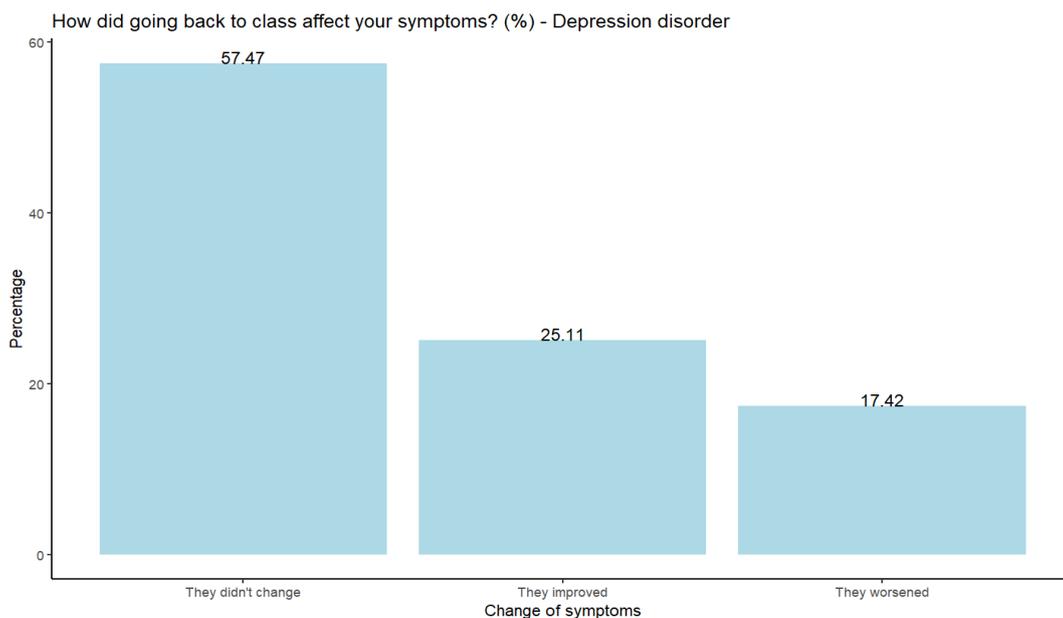


Figura 13. Cambios en los síntomas asociados a la depresión tras la vuelta a la presencialidad de las clases.

El 30,77% de los alumnos han sido **diagnosticados**, en algún momento, con trastorno de **ansiedad**. En la actualidad, este diagnóstico continúa para el 23,01% [con IC_{95%} = (22.01, 24.03)] (Figura 14).

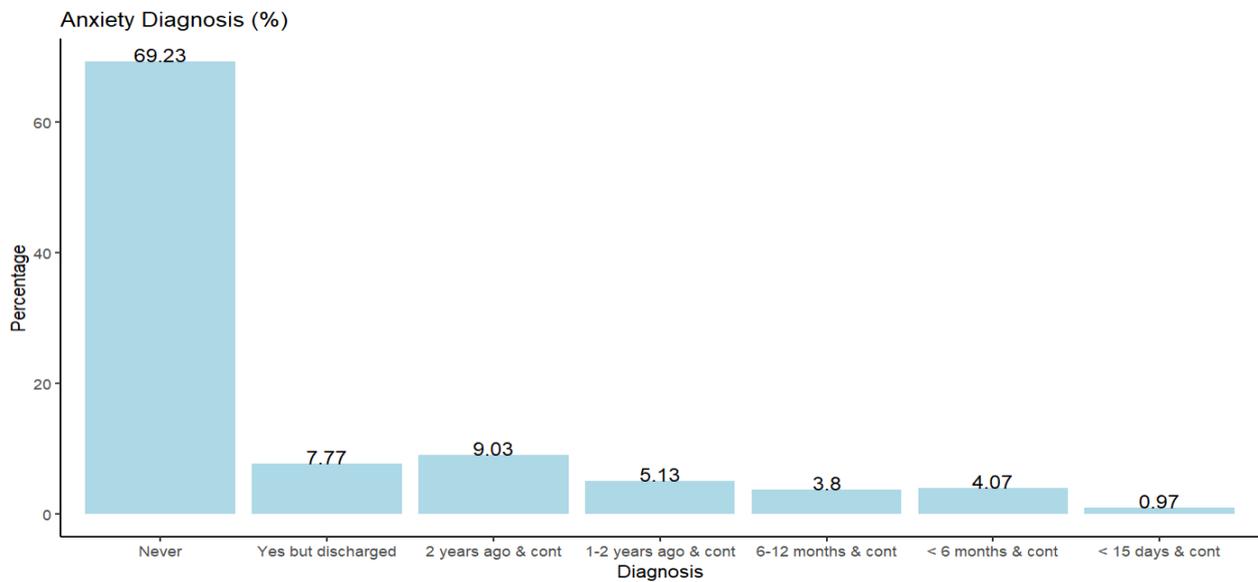


Figura 14. Diagnóstico de trastorno de ansiedad en alumnos participantes.

El 21,87% de los alumnos ha sido **diagnosticados** en algún momento con **depresión**. En la actualidad, este diagnóstico continúa para el 12,65% [con IC_{95%} = (11.87, 13.46)] (Figura 15).

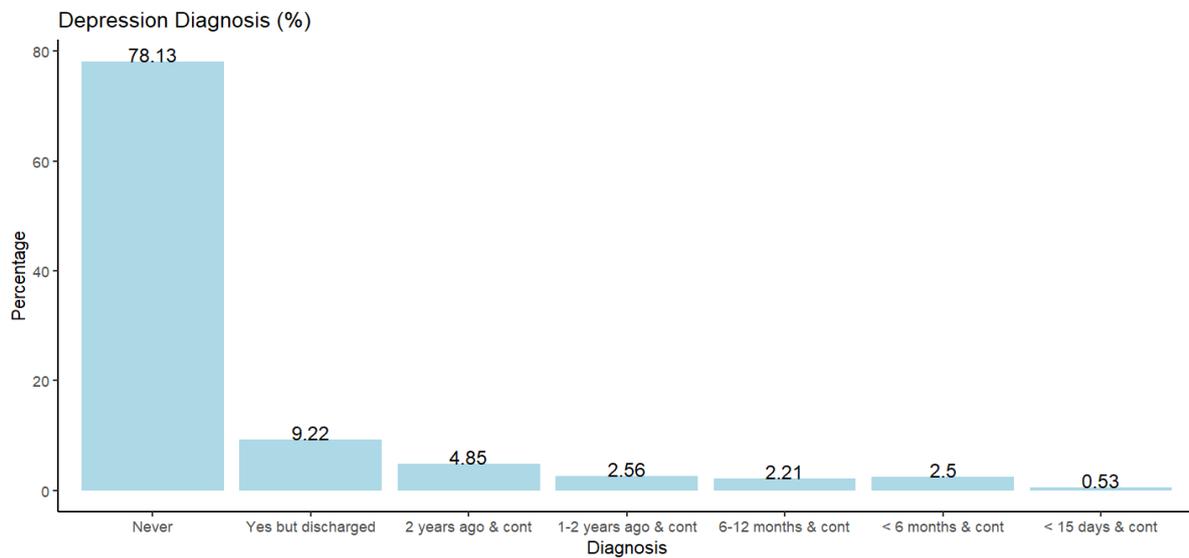


Figura 15. Diagnóstico de depresión en alumnos participantes.

III.- Consumo de fármacos psicoactivos y drogas

El 54,07% [con IC_{95%} = (52.88, 55.26)] de los alumnos encuestados ha consumido alguna vez **psicofármacos**. Los psicofármacos más consumidos son valeriana (34,94%), melatonina (21,20%), diazepam (15,97%) y lorazepam (13,97%) (Figura 16).

Debe notarse que un estudiante puede consumir más de un psicofármaco. Esta posibilidad se ha recogido en la pregunta correspondiente del cuestionario, lo que explica que la suma de porcentajes de consumo presentados sea superior al 100%.

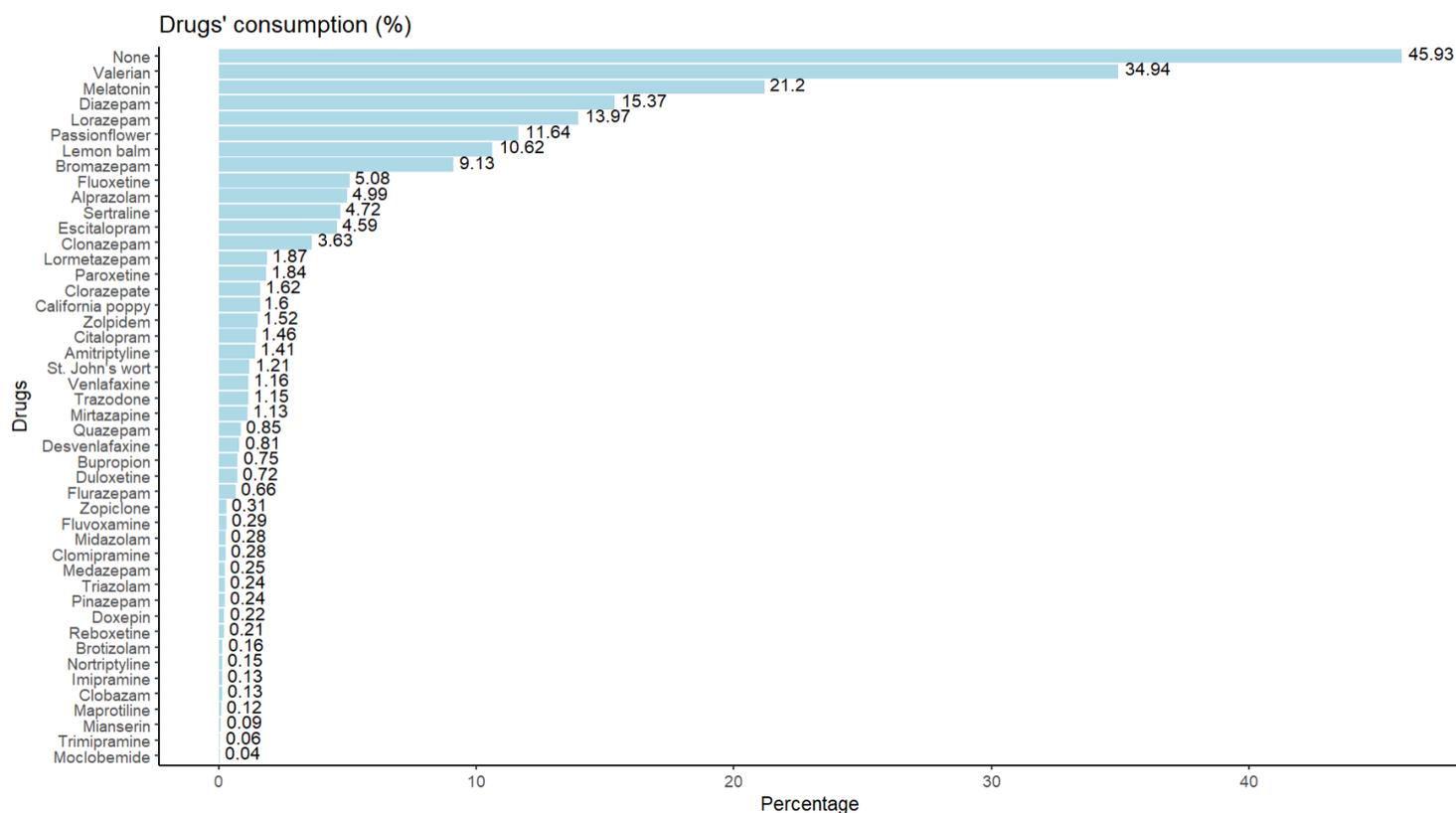


Figura 16. Consumo de psicofármacos entre los estudiantes participantes.

Entre aquellos alumnos que han consumido psicofármacos alguna vez, los porcentajes de consumo de cada **psicofármaco** se presentan en el siguiente gráfico. En este caso, el 63,36% ha consumido valeriana y el 38,66% ha consumido melatonina (Figura 17).

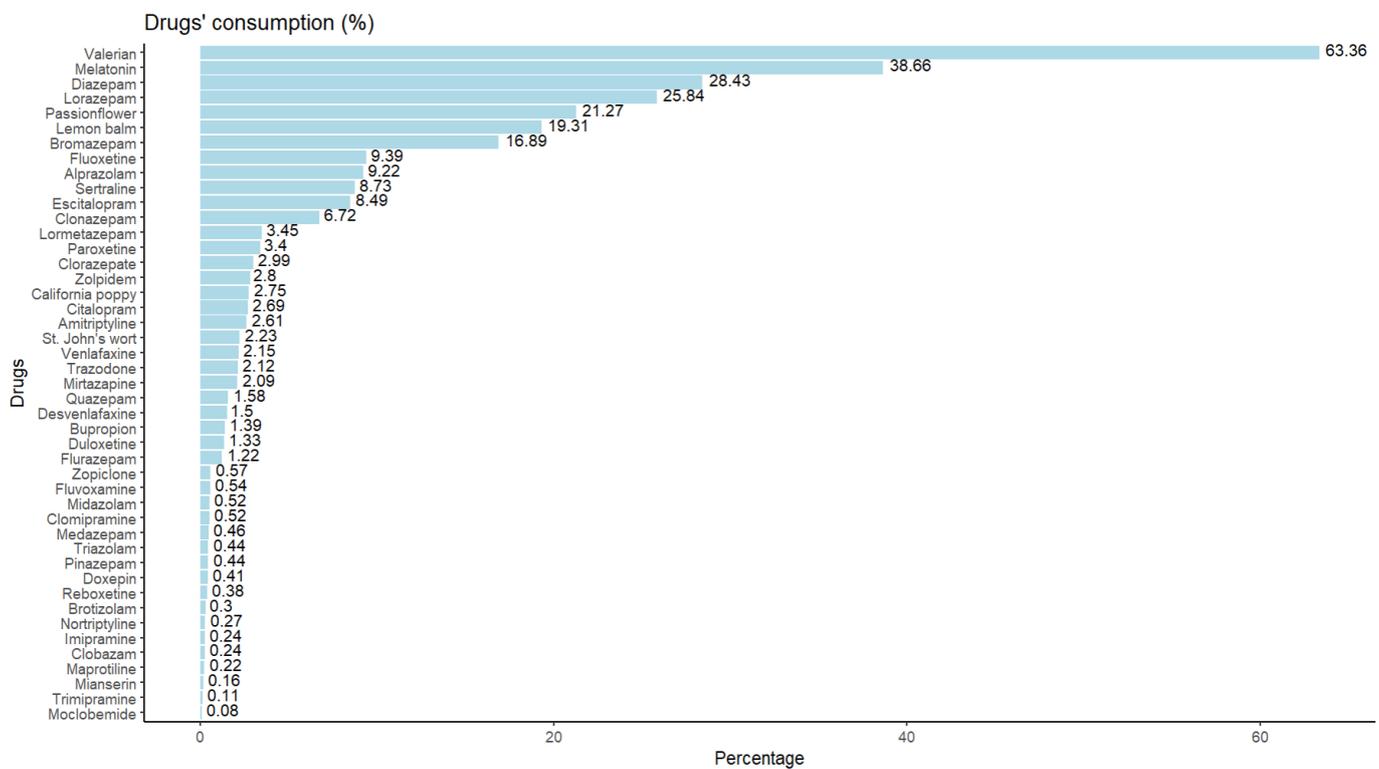


Figura 17. Consumo de psicofármacos entre alumnos participantes que sí han tomado alguno de los citados fármacos.

Los **grupos de psicofármacos** de consumo mayoritario son las plantas medicinales (suponen el 37,42% de los estudiantes encuestados) y las benzodiacepinas (29,29%) (Figura 18).

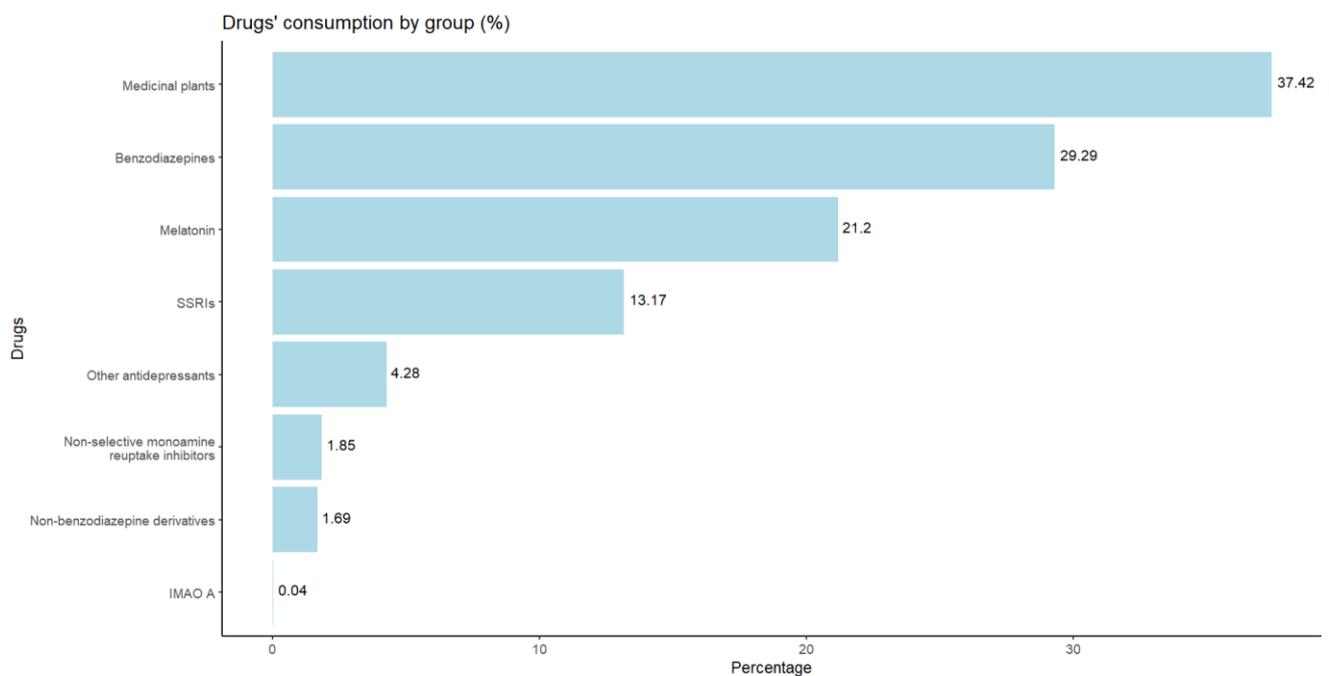


Figura 18. Consumo de psicofármacos según grupo farmacológico.

Entre aquellos alumnos que han consumido psicofármacos alguna vez, un 67,66% han consumido plantas medicinales y un 54,16% han consumido benzodiacepinas (Figura 19).

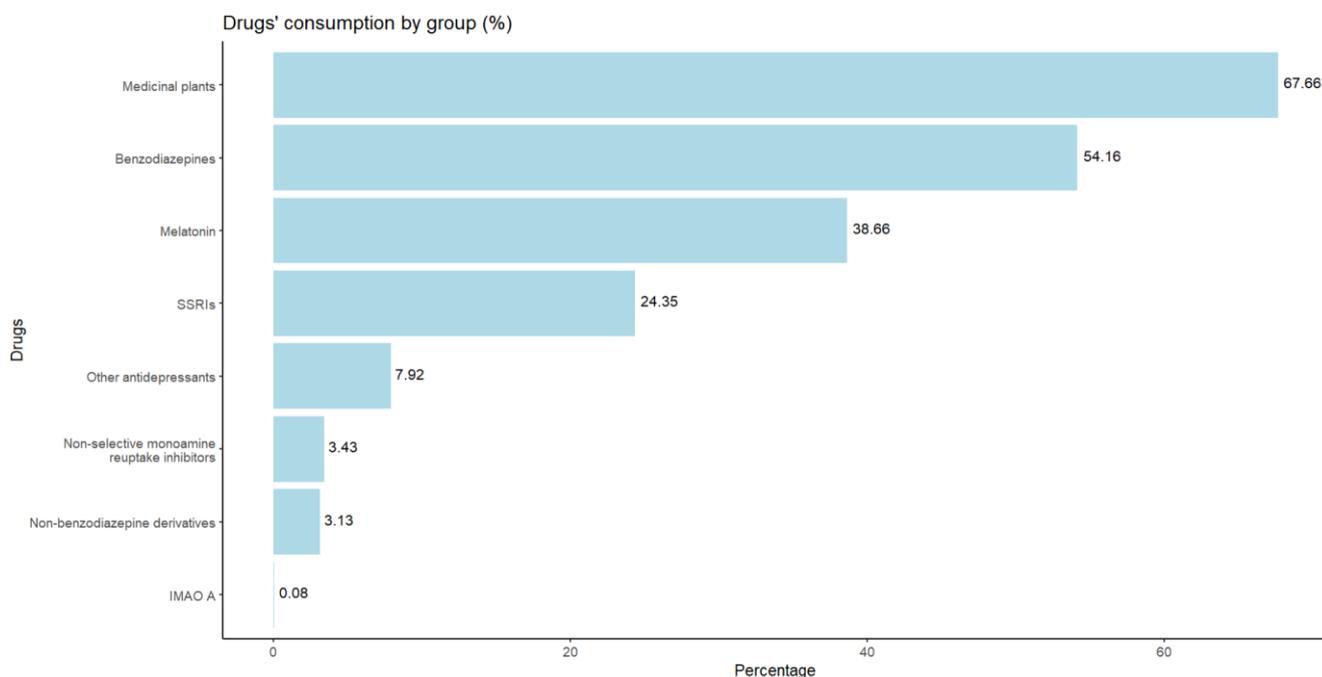


Figura 19. Consumo de psicofármacos según grupo farmacológico entre aquellos alumnos que han consumido alguno de los fármacos incluidos en el estudio alguna vez.

Las frecuencias de consumo de psicofármacos **en los últimos 6 meses entre aquellos alumnos que afirman haber consumido psicofármacos alguna vez** se presentan en el siguiente gráfico (Figura 20).

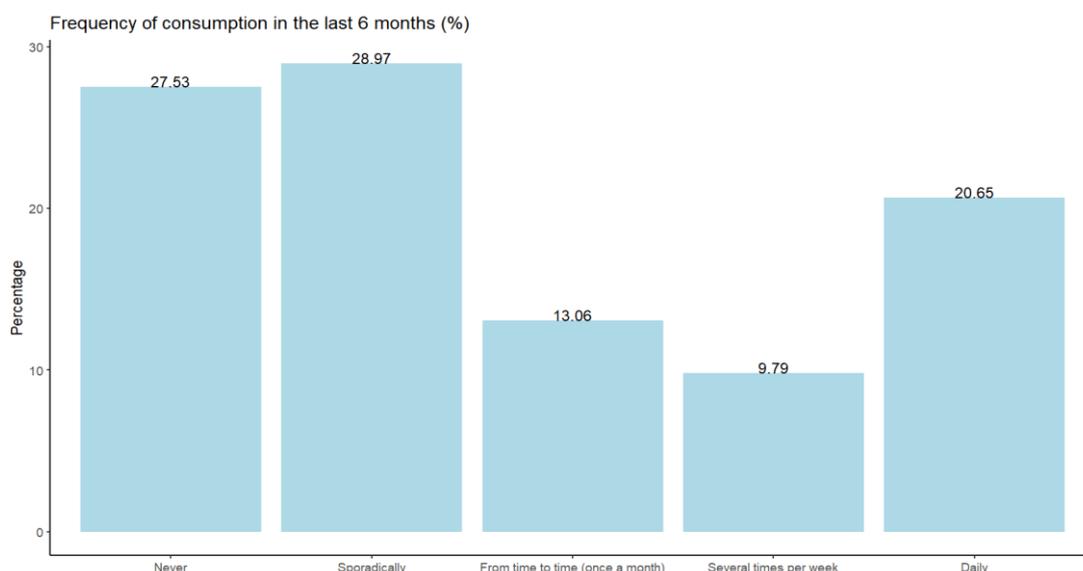


Figura 20. Frecuencias de consumo de psicofármacos en los últimos 6 meses entre aquellos alumnos que afirman haber consumido psicofármacos alguna vez.

Cabe destacar que un 20,65% de los alumnos que han consumido psicofármacos alguna vez, lo han hecho con una frecuencia diaria en los últimos 6 meses ($IC_{95\%} = 19.35, 21.99$). Un 27,53% de los alumnos que han consumido psicofármacos alguna vez no lo han hecho en los últimos 6 meses ($IC_{95\%} = 26.09, 29.00$) y un 28,97% lo ha hecho de forma esporádica ($IC_{95\%} = 27.51, 30.47$). En un 13,06% de estos alumnos los han consumido de vez en cuando (una vez al mes) en los últimos seis meses ($IC_{95\%} = 11.98, 14.19$) y un 9,79% lo ha hecho varias veces a la semana ($IC_{95\%} = 8.85, 10.80$) en este período de tiempo.

Entre aquellos estudiantes que han consumido psicofármacos alguna vez, un 26.09% ha consumido melatonina sin prescripción médica (las formas farmacéuticas de liberación prolongada requieren de receta), un 10,75% ha consumido diazepam sin prescripción médica y un 7,73% ha consumido lorazepam sin prescripción médica. La valeriana, la pasiflora y la melisa, aunque encabezan el consumo, no requieren de receta médica (Figura 21).

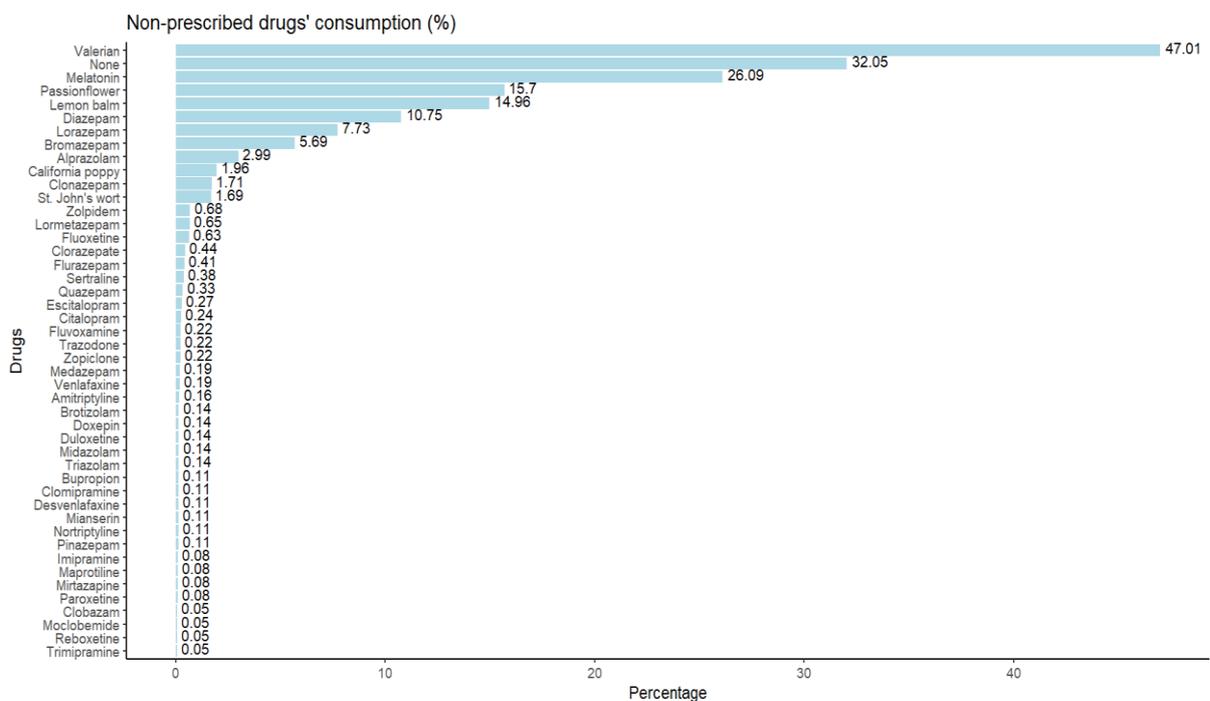


Figura 21. Consumo de psicofármacos sin prescripción médica entre los estudiantes participantes que alguna vez ha consumido alguno de los citados fármacos.

Se observa a continuación la **relación** entre fármacos sin prescripción y con ella. La melatonina, moclobemida y mianserina son las que presentan mayor porcentaje sin ser plantas medicinales, con un 67,94%, 66,67% y 66,67% (Figura 22).

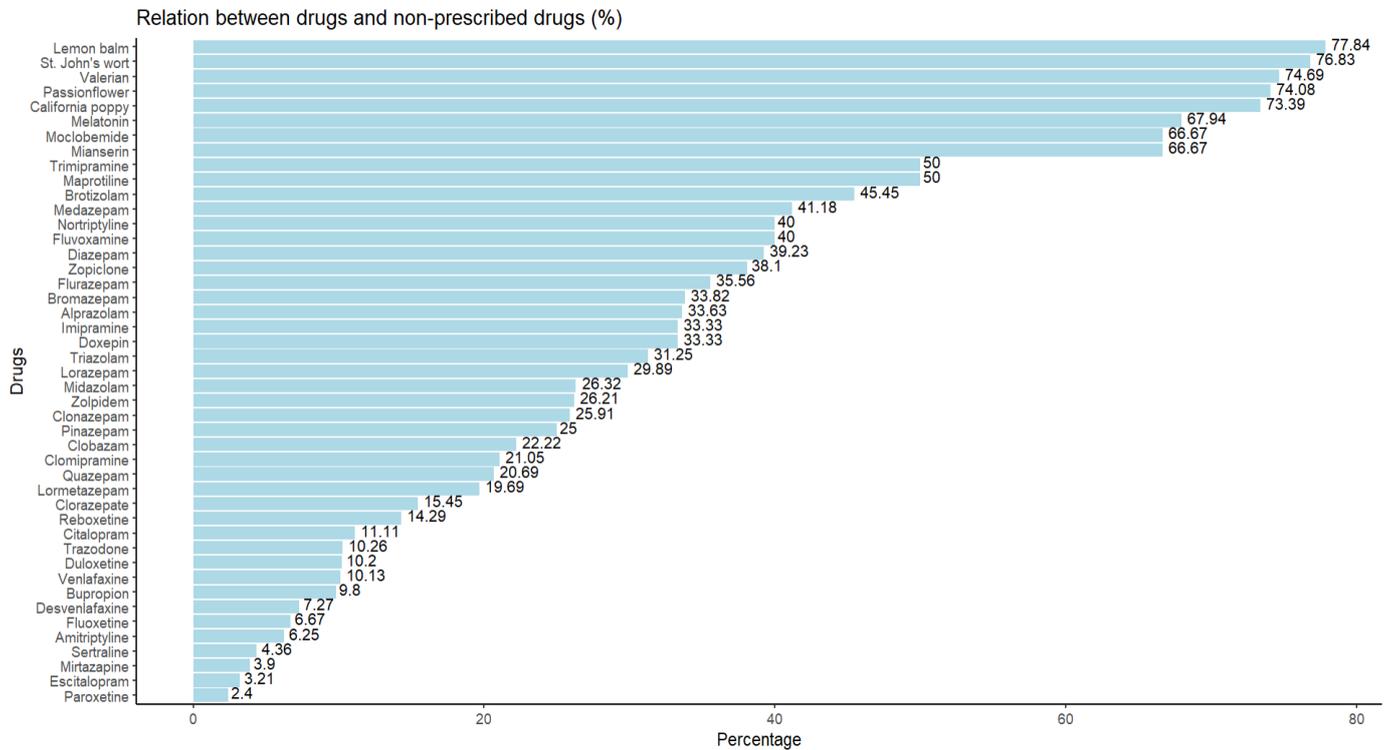


Figura 22. Relación entre fármacos sin prescripción y con ella.

Entre aquellos estudiantes que han consumido psicofármacos alguna vez, el 20.59% de ellos ha consumido benzodiazepinas sin prescripción (Figura 23).

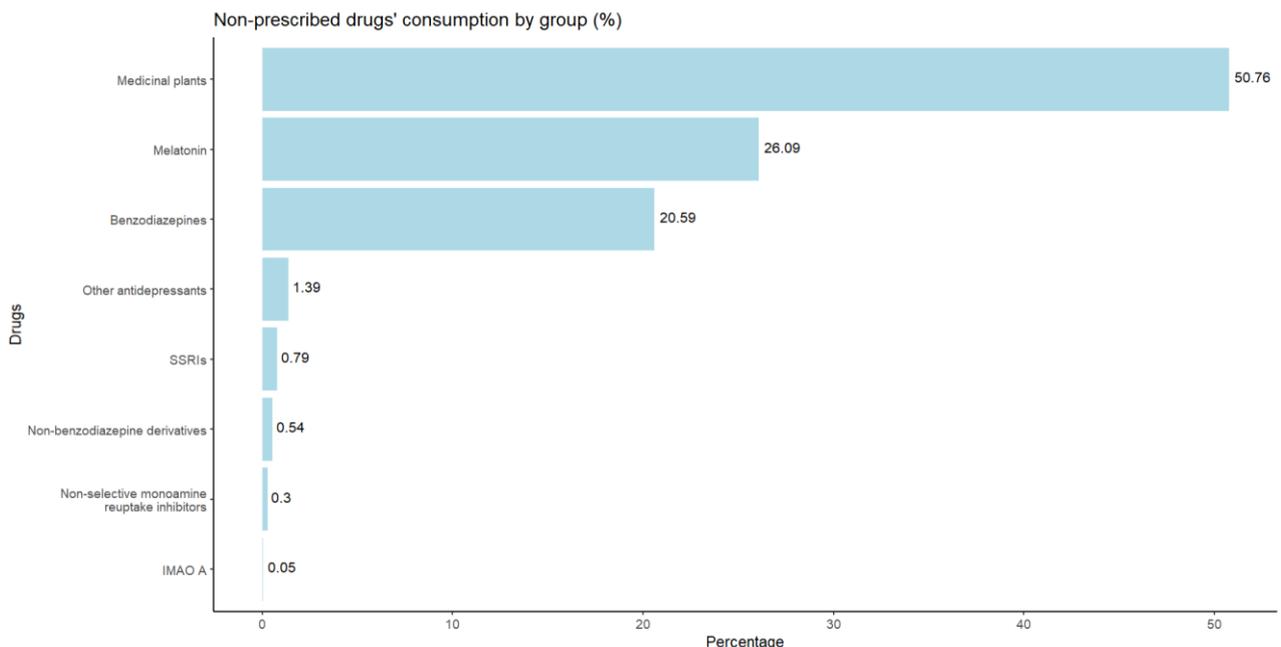


Figura 23. Consumo de psicofármacos sin prescripción médica por grupo farmacológico.

El 6,88% de los alumnos que han consumido psicofármacos alguna vez afirma haber consumido lorazepam en los **últimos 15 días** y un 4,11% diazepam (Figura 24).

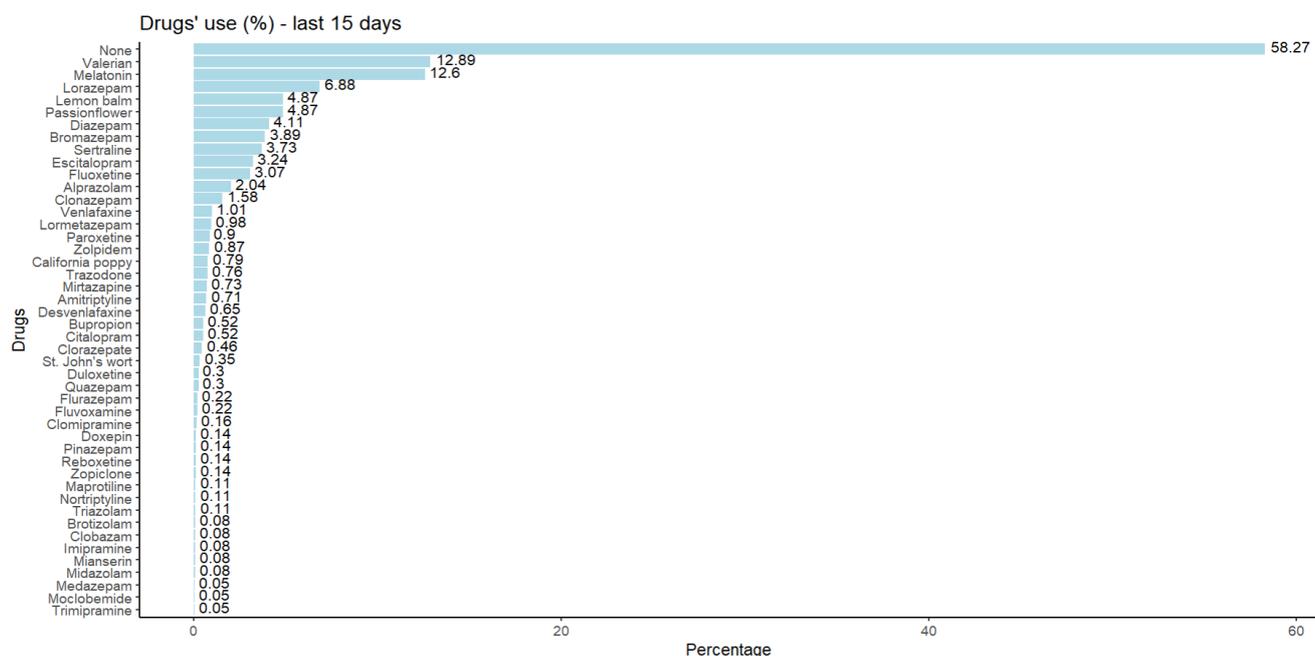


Figura 24. Consumo de psicofármacos entre los estudiantes participantes en los últimos 15 días.

Considerando el mismo marco temporal y población (filtrado por consumo previo) para **grupos** de psicofármacos, se observa un mayor consumo de benzodiacepinas (16,35%) y plantas medicinales (15,48%) (Figura 25).

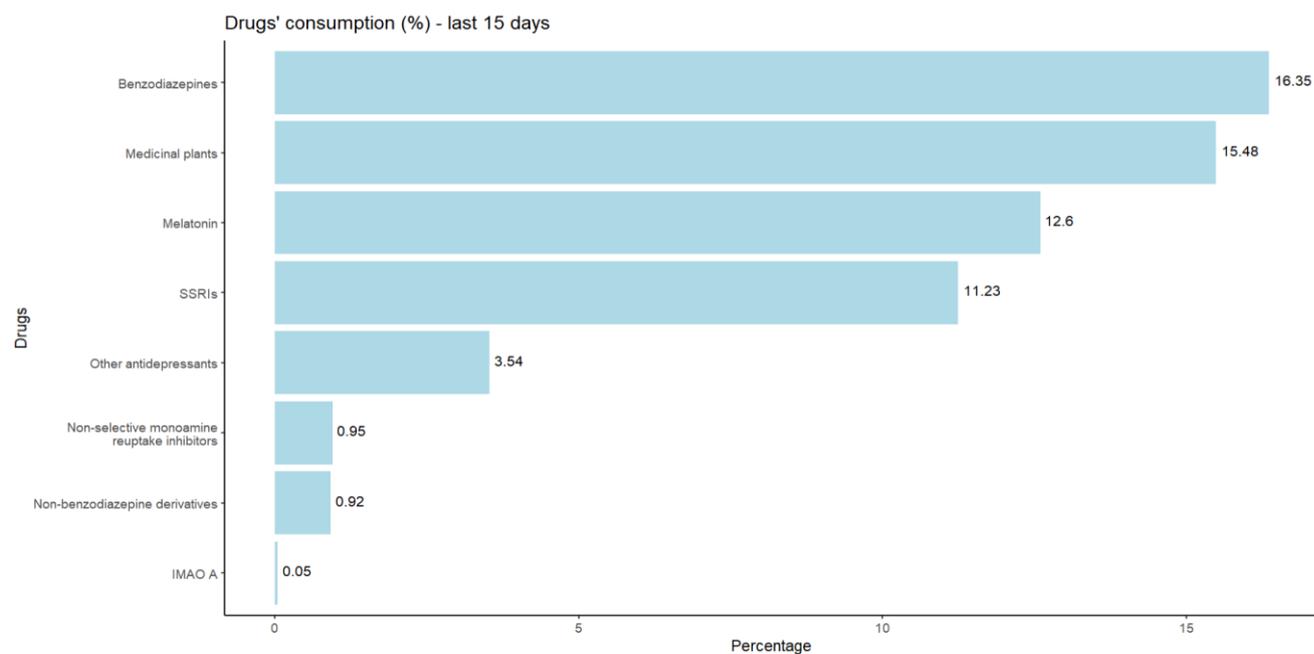


Figura 25. Consumo de psicofármacos por grupo farmacológico entre los estudiantes participantes en los últimos 15 días.

El 54,99% de los estudiantes encuestados no consumen ninguna **droga** [con IC_{95%} = (53.79, 56.17)], siendo el cannabis la droga más frecuente con un 43,59% (para estos análisis no están incluidos ni el alcohol ni el tabaco) (Figura 26).

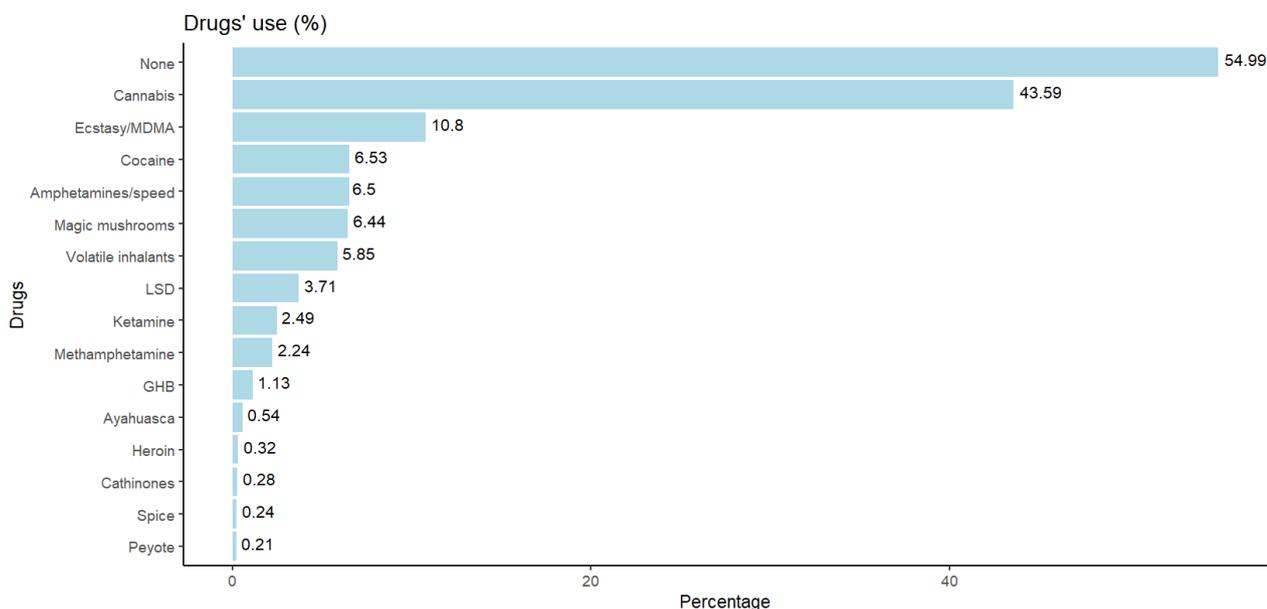


Figura 26. Consumo de drogas entre los estudiantes participantes.

Si se **descartan aquellas personas que nunca han consumido droga**, se obtiene esta vez que la proporción para cannabis es del 96,83%, seguido de Éxtasis/MDMA con un 23,99% (Figura 27).

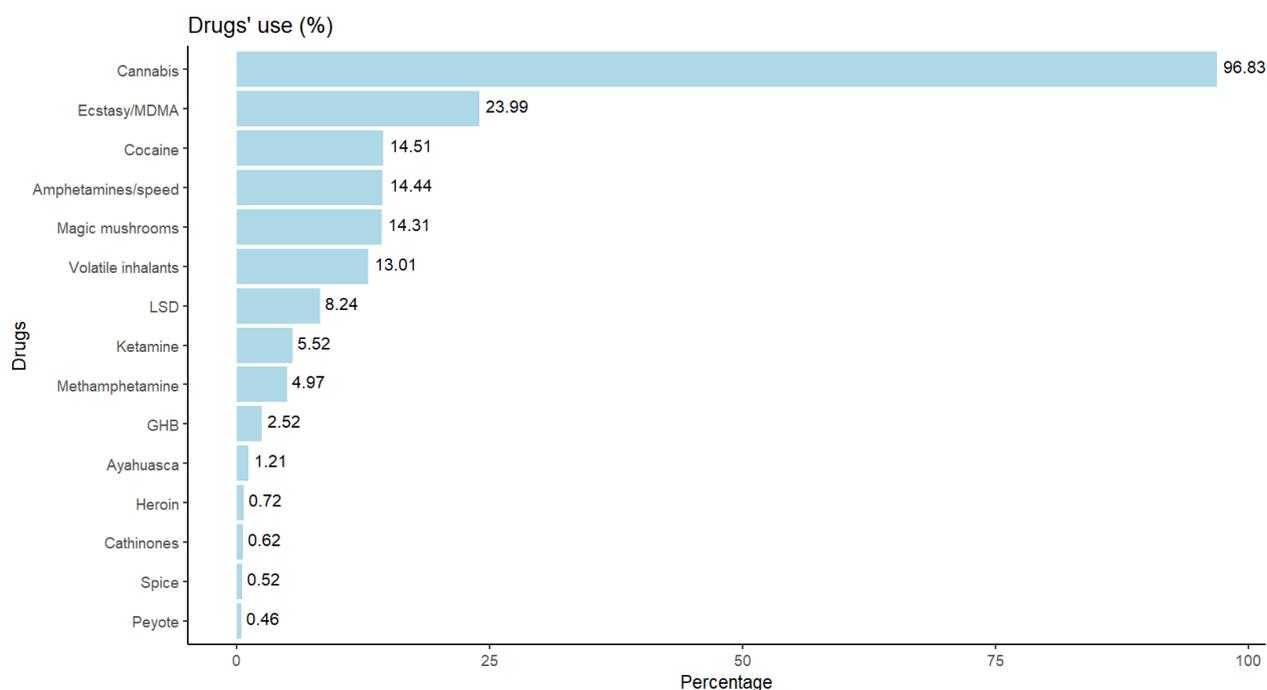


Figura 27. Consumo de drogas entre los estudiantes participantes descartando aquellas personas que nunca han consumido drogas.

Para drogas por **grupos**, las denominadas “Otras drogas” (varios efectos) son las que presentan un mayor consumo (43,85%) habiendo una diferencia considerable con el segundo grupo de mayor consumo, las drogas estimulantes (13,45%) (Figura 28).

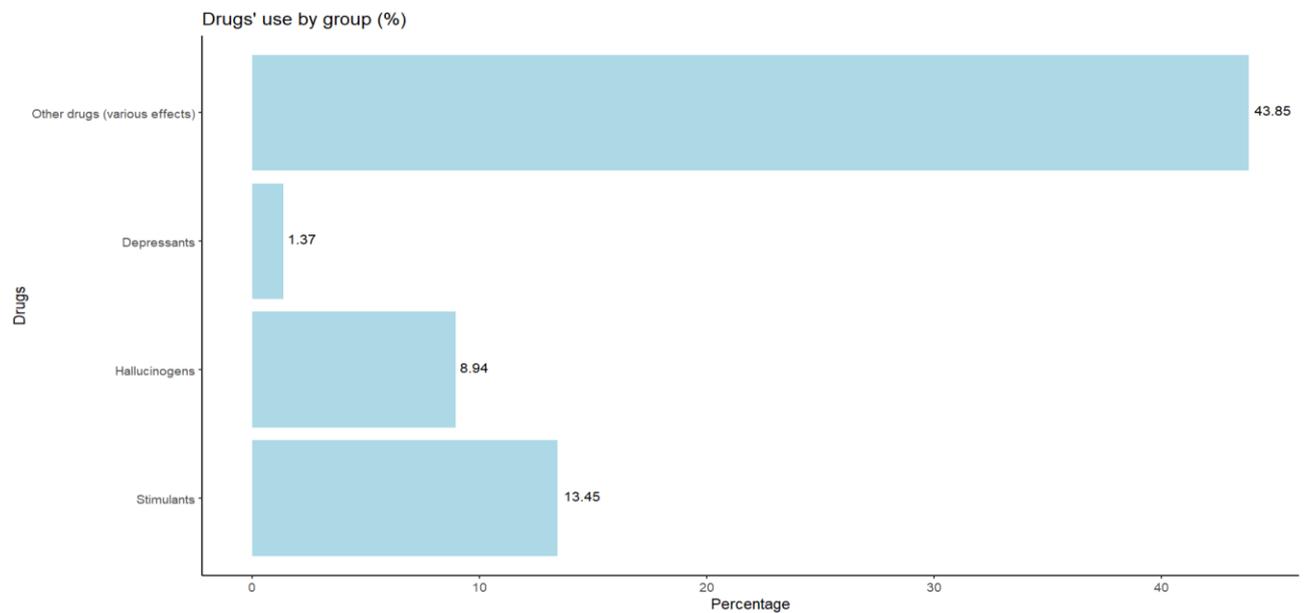


Figura 28. Consumo de drogas entre los estudiantes participantes atendiendo a sus efectos (depresor, alucinógeno, estimulante y varios efectos).

Filtrando estudiantes que no consumen drogas, sigue estando bastante desbalanceado a favor de “Otras drogas” (varios efectos) con un 97,42%, ya que en este grupo se incluye el cannabis que es la droga más consumida (Figura 29).

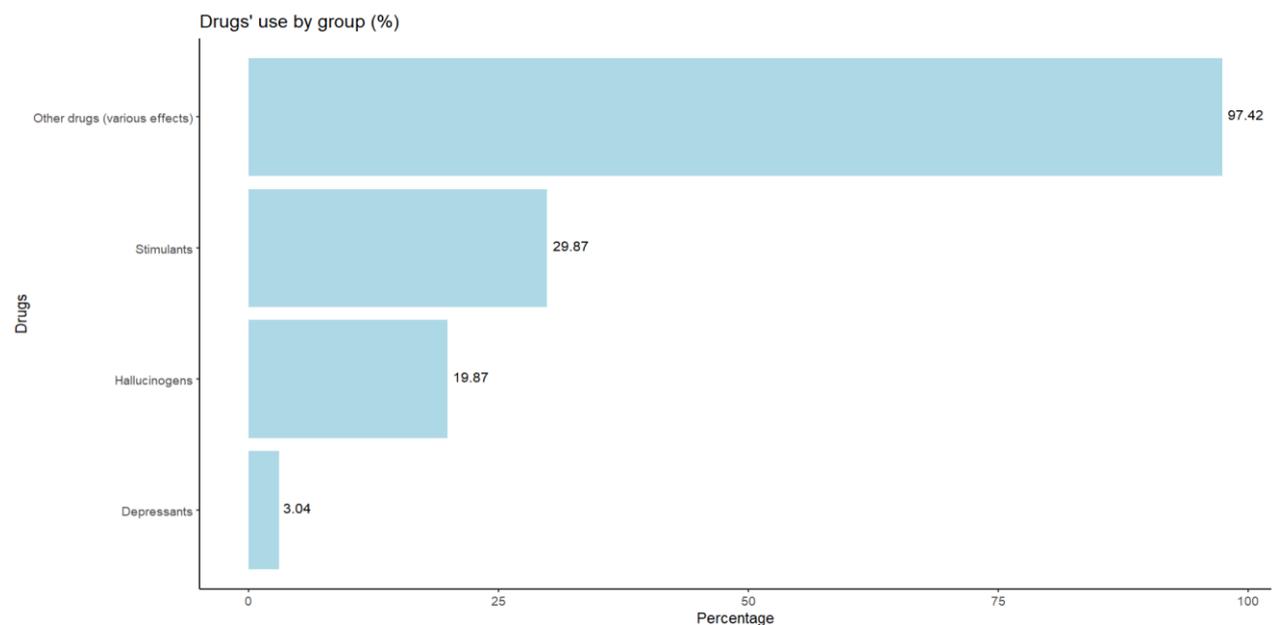


Figura 29. Consumo de drogas entre los estudiantes participantes atendiendo a sus efectos (depresor, alucinógeno, estimulante y varios efectos) y descartando a aquellos alumnos que no consumen drogas.

Un 40,29% de los alumnos que han consumido drogas alguna vez no lo han hecho en los últimos 6 meses ($IC_{95\%} = 38.55, 42.06$), un 32,48% lo ha hecho de forma esporádica ($IC_{95\%} = 30.83, 34.18$), un 9,61% de vez en cuando (una vez al mes) ($IC_{95\%} = 8.52, 10.70$), un 5,75% varias veces a la semana ($IC_{95\%} = 4.56, 6.18$) y un 6,54% en fin de semana ($IC_{95\%} = 5.69, 7.47$). Cabe destacar que un 5,33% de los alumnos que han consumido drogas alguna vez, lo han hecho con una **frecuencia** diaria en los últimos 6 meses ($IC_{95\%} = 4.95, 6.64$). (Figura 30).

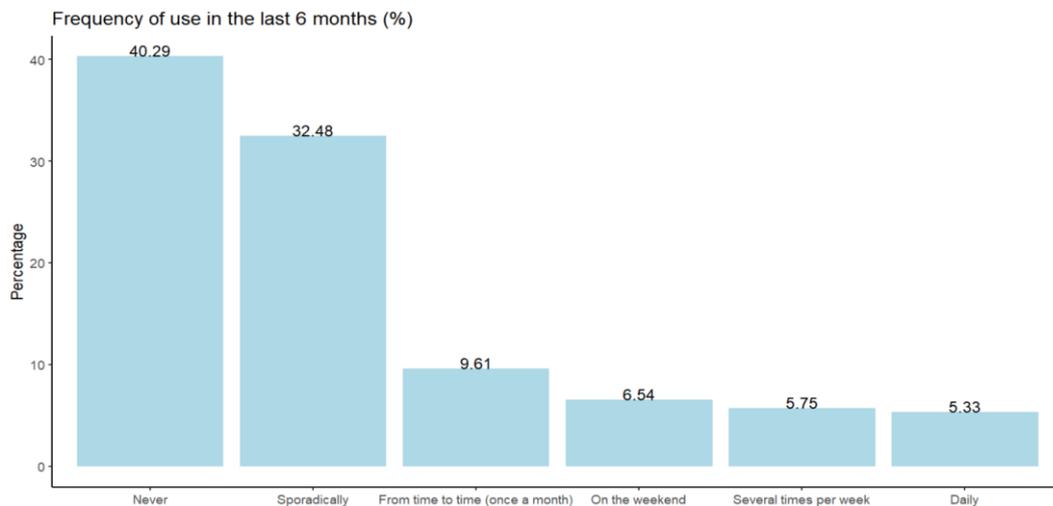


Figura 30. Frecuencias de consumo de drogas en los últimos 6 meses entre aquellos alumnos que afirman haber consumido drogas alguna vez.

El consumo en **los últimos 15 días** (excluyendo aquellos que no consume) muestra que el 66,63% no ha consumido ningún tipo en dicho periodo de tiempo. La droga más consumida es el cannabis con un 29,44% (Figura 31).

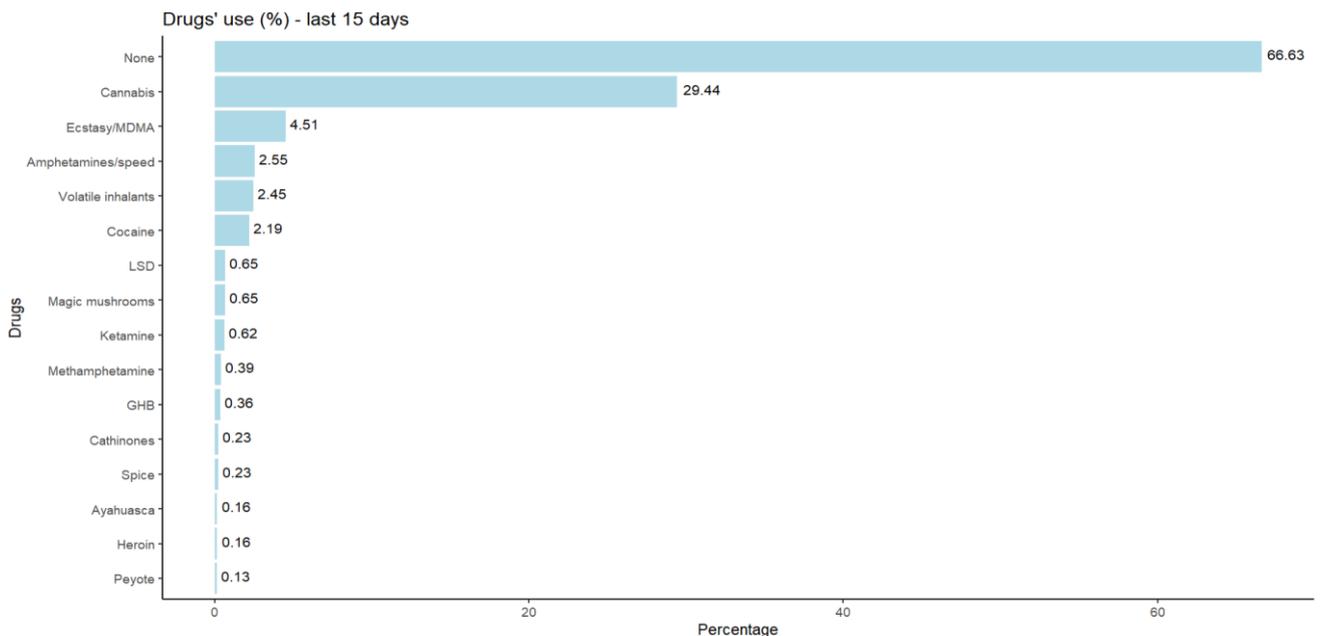


Figura 31. Frecuencias de consumo de drogas en los últimos 15 días (excluyendo los que no consumen).

Al analizar la respuesta de los alumnos que sí han consumido drogas en **los últimos 15 días**, es de nuevo el grupo de “Otras drogas” (varios efectos) el que tiene mayor consumo, con un 13,84%, siendo las drogas depresoras las que apenas son consumidas (0,19%) (Figura 32).

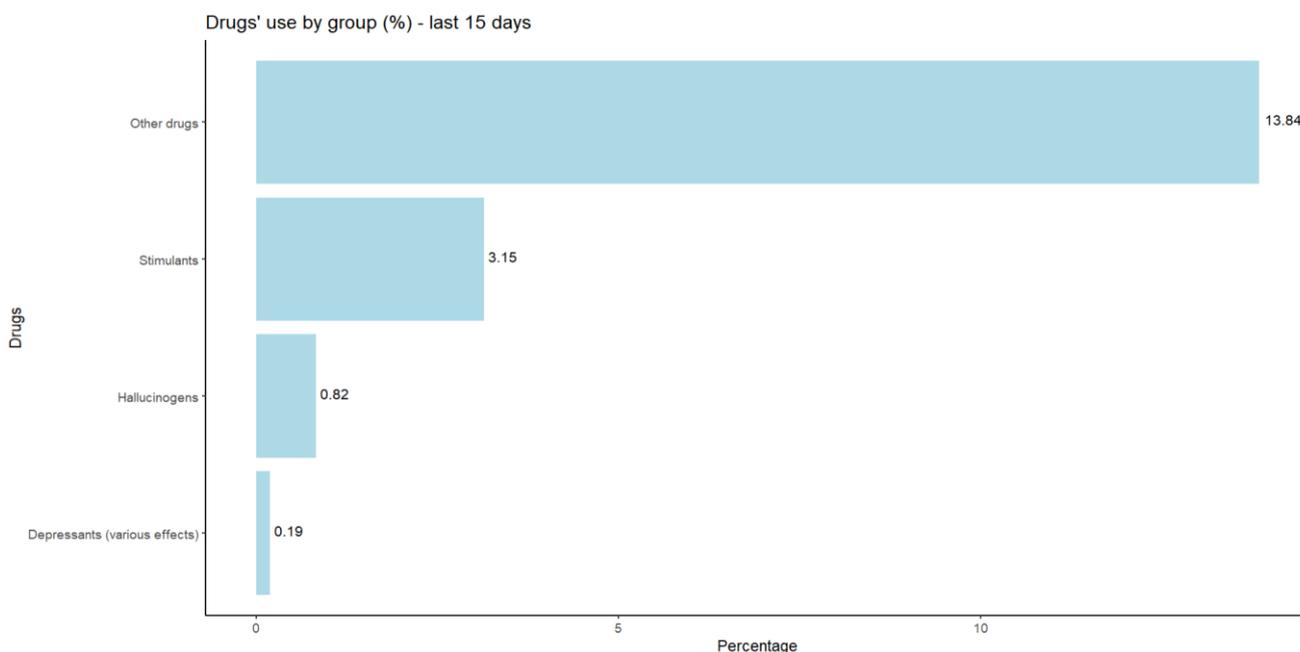


Figura 32. Consumo de drogas entre los estudiantes participantes atendiendo a sus efectos (depresor, alucinógeno, estimulante y varios efectos) en los últimos 15 días.

Y excluyendo a los que no consumen ninguna droga, es el grupo de “Otras drogas” (varios efectos) el que tiene mayor consumo (30,39%) (Figura 33).

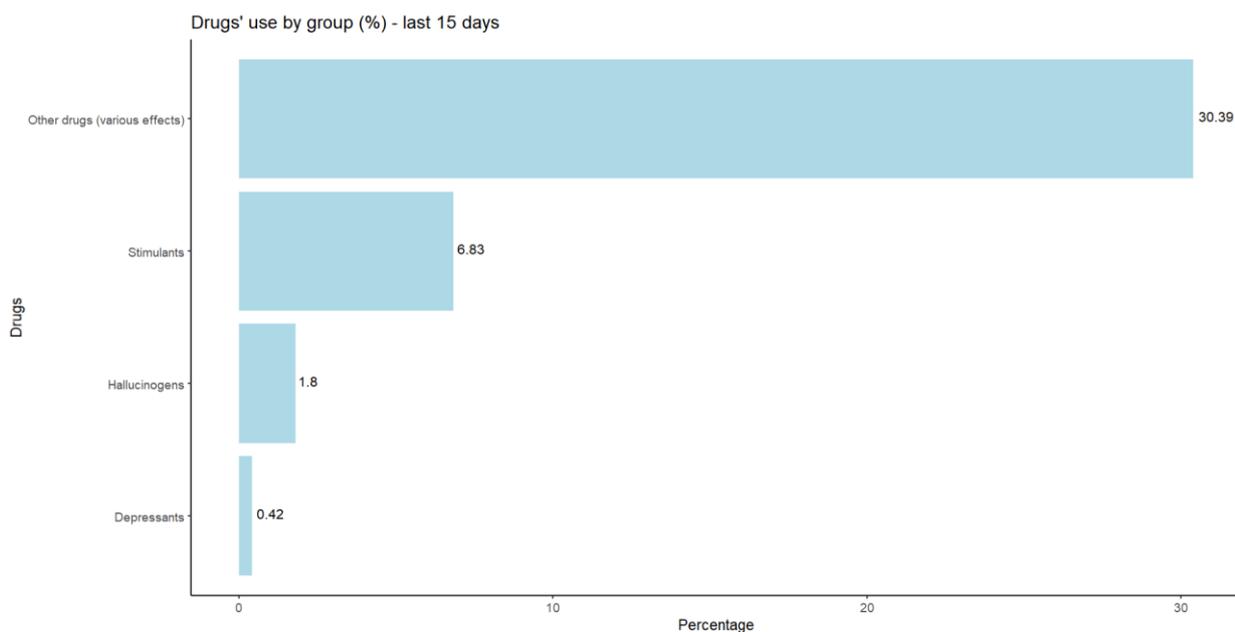


Figura 33. Consumo de drogas entre los estudiantes participantes atendiendo a sus efectos (depresor, alucinógeno, estimulante y varios efectos) en los últimos 15 días (excluyendo alumnos que no consumen drogas).

Análisis Bivariante

IV.- Ansiedad y depresión con diagnóstico

Los alumnos con diagnóstico actual de trastorno de ansiedad presentan en mayor medida sintomatología de grado severo (74,42%). No obstante, resulta llamativo que un 35,00% de los alumnos no diagnosticados presenten dicha sintomatología (Figura 34).

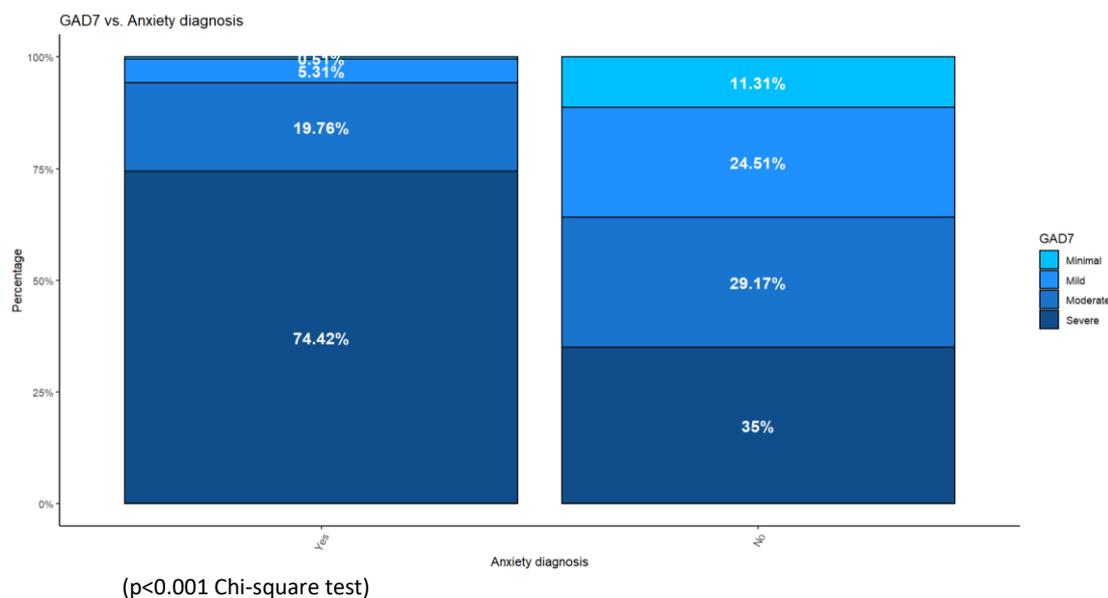


Figura 34. Niveles de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en relación con el diagnóstico.

La sintomatología severa asociada a la depresión se presenta en un 63,49% de los alumnos que actualmente están diagnosticados y en un 18,90% en los que no lo están (Figura 35).

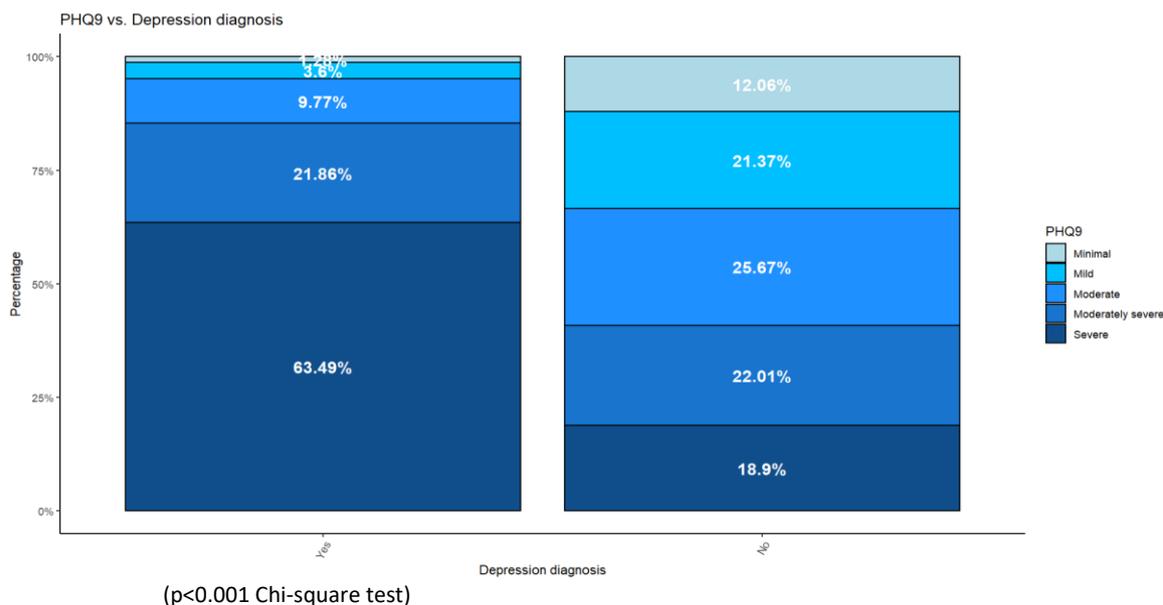
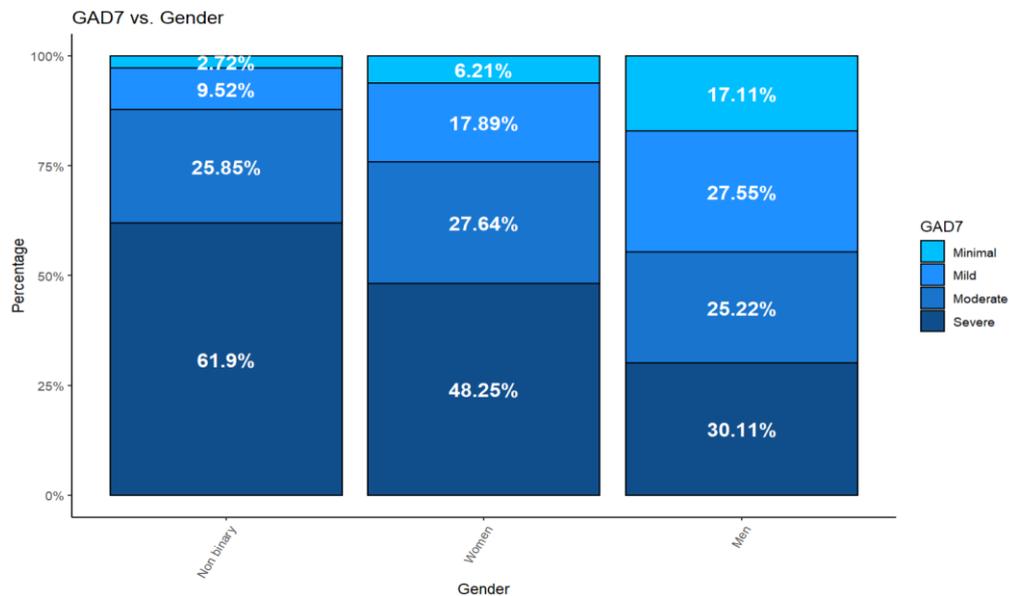


Figura 35. Niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en relación con el diagnóstico.

V.- Ansiedad y depresión con características demográficas y académicas

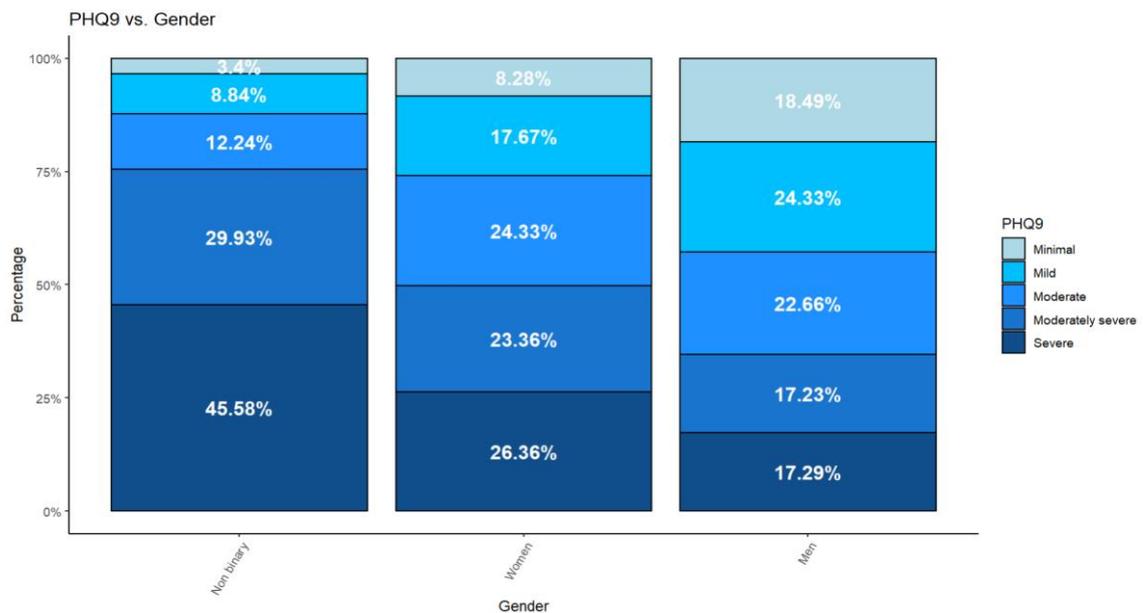
- Características del estudiante con ansiedad y depresión (demográficas y académicas).

Se puede afirmar que entre las **mujeres**, el porcentaje que muestra ansiedad severa es elevado (48,25%). En el grupo de los **hombres**, este porcentaje es del 30,11% (Figura 36). Lo mismo sucede al analizar la depresión, el 49,72% de las mujeres muestra depresión severa o moderadamente severa y un 34,52% en el grupo de los hombres (Figura 37).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 36. Niveles de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en relación con el género.

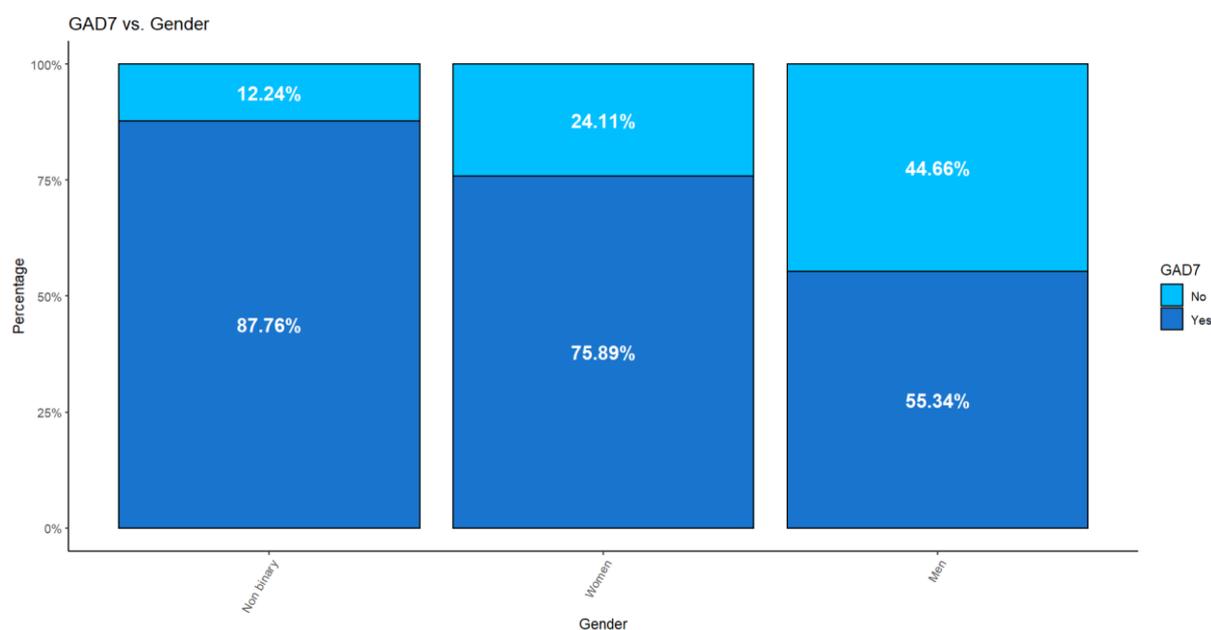


($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 37. Niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en relación con el género.

Gráficos con variables dicotómicas:

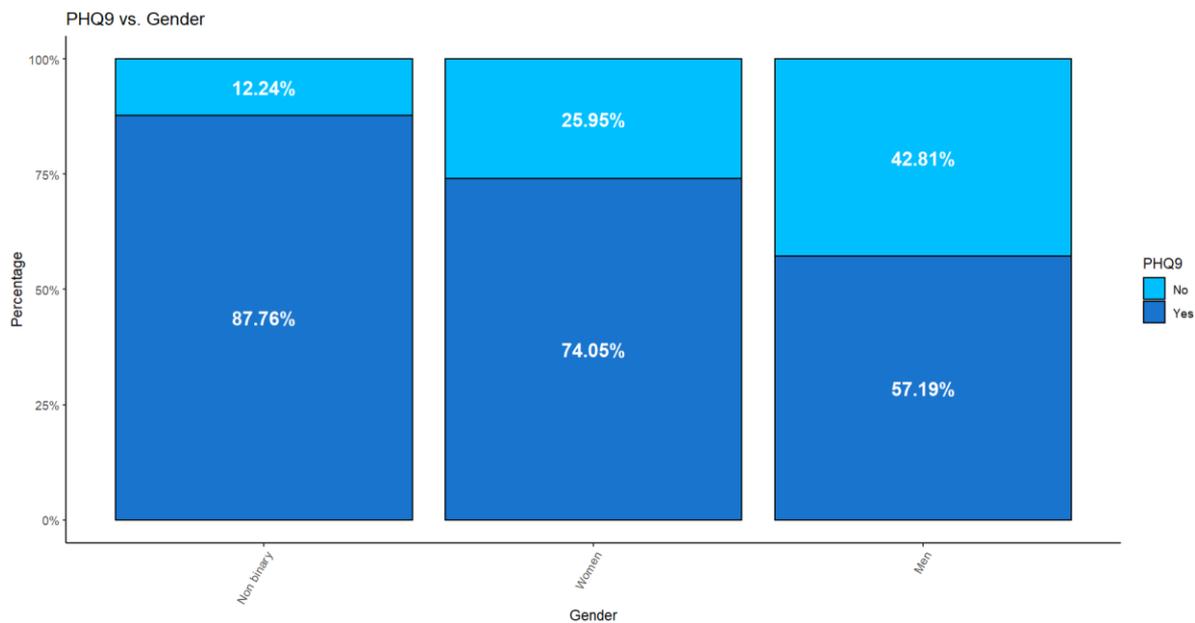
Entre las estudiantes **mujeres**, un 75,89% presenta una puntuación de 10 puntos o más en la escala GAD-7 para el trastorno de ansiedad ($IC_{95\%} = 74.68, 77.08$). Este porcentaje disminuye a un 55,34% entre los **hombres** ($IC_{95\%} = 52.92, 57.73$). Es para los estudiantes de género **no binario** donde se encuentra un mayor porcentaje (un 87,76%) ($IC_{95\%} = 81.34, 92.58$) (Figura 38).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 38. Presencia o no de síntomas de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en relación con el género.

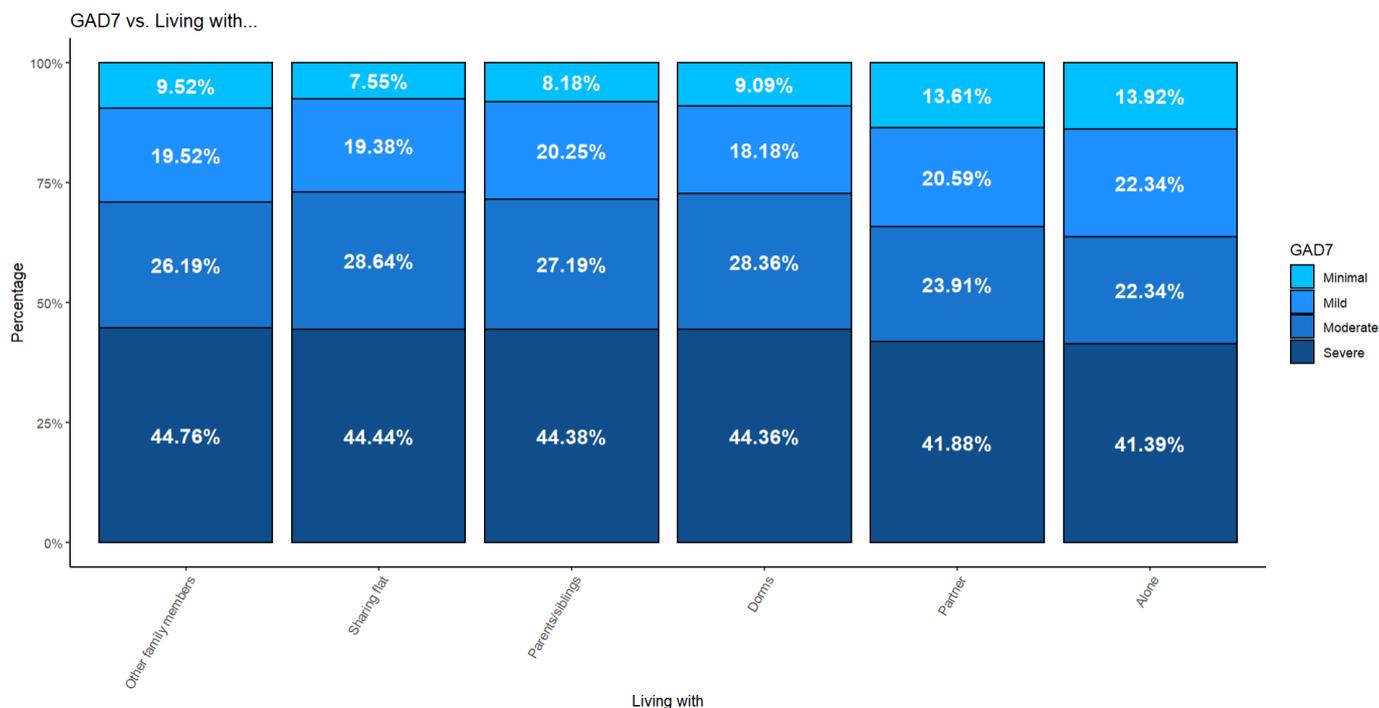
Entre las estudiantes **mujeres**, un 74,05% presenta una puntuación de 10 puntos o más en la escala PHQ-9 para el trastorno de ansiedad ($IC_{95\%} = 72.80, 75.26$). Este porcentaje disminuye a un 55,19% entre los **hombres** ($IC_{95\%} = 54.78, 59.57$). Entre los estudiantes de género **no binario** es entre quienes se encuentran estas puntuaciones en un mayor porcentaje, un 87,76% ($IC_{95\%} = 81.34, 92.58$) (Figura 39).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 39. Presencia o no de síntomas de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en relación con el género.

No se observan diferencias relevantes en función de **con quién viven**. Aunque se encuentran diferencias estadísticamente significativas, los resultados no son relevantes (Figura 40 y Figura 41).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 40. Niveles de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en relación con quien conviven.

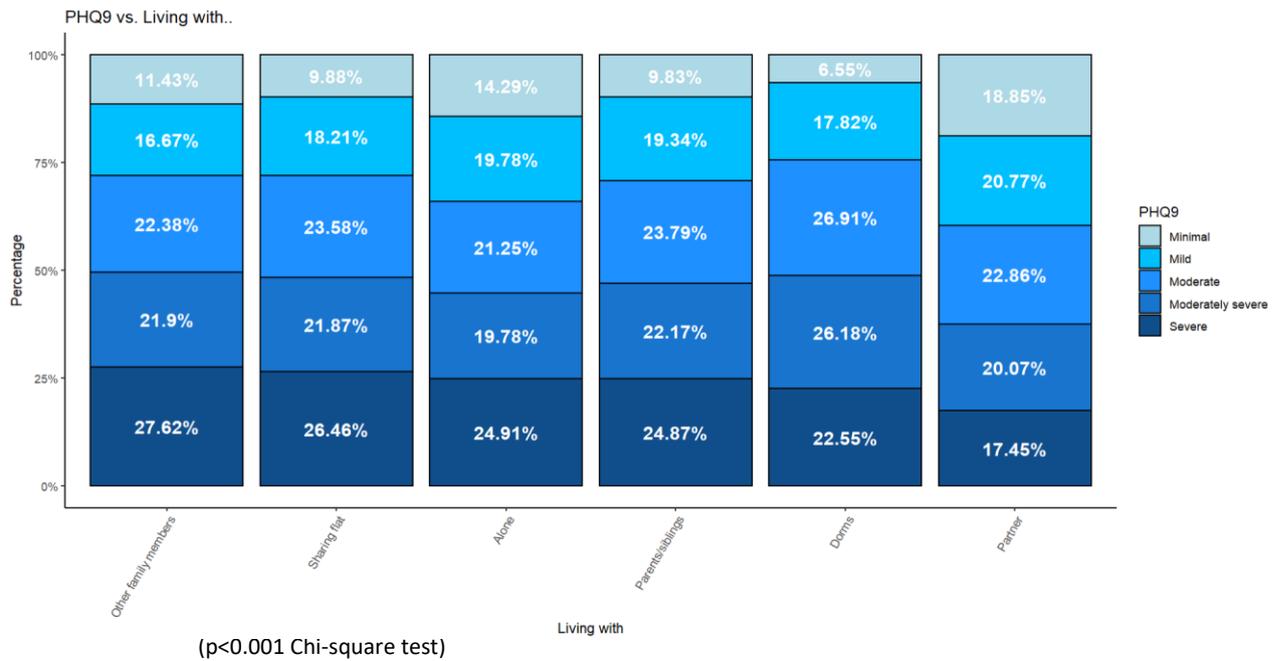


Figura 41. Niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en relación con quien conviven.

Dada la correlación encontrada entre **Edad y Tipo de estudios** (test de Spearman obteniendo un valor de rho de 0.57 y p-valor < 0.001) se emplea solo la segunda variable para observar relaciones con las escalas y diagnósticos.

Al comparar los niveles de ansiedad de los estudiantes en **función del tipo de estudios**, se comprueba que dentro de los alumnos de grado se encuentran los mayores porcentajes tanto de ansiedad severa (45,17%), como de depresión severa o moderadamente severa (40,82%) (Figura 42 y Figura 43).

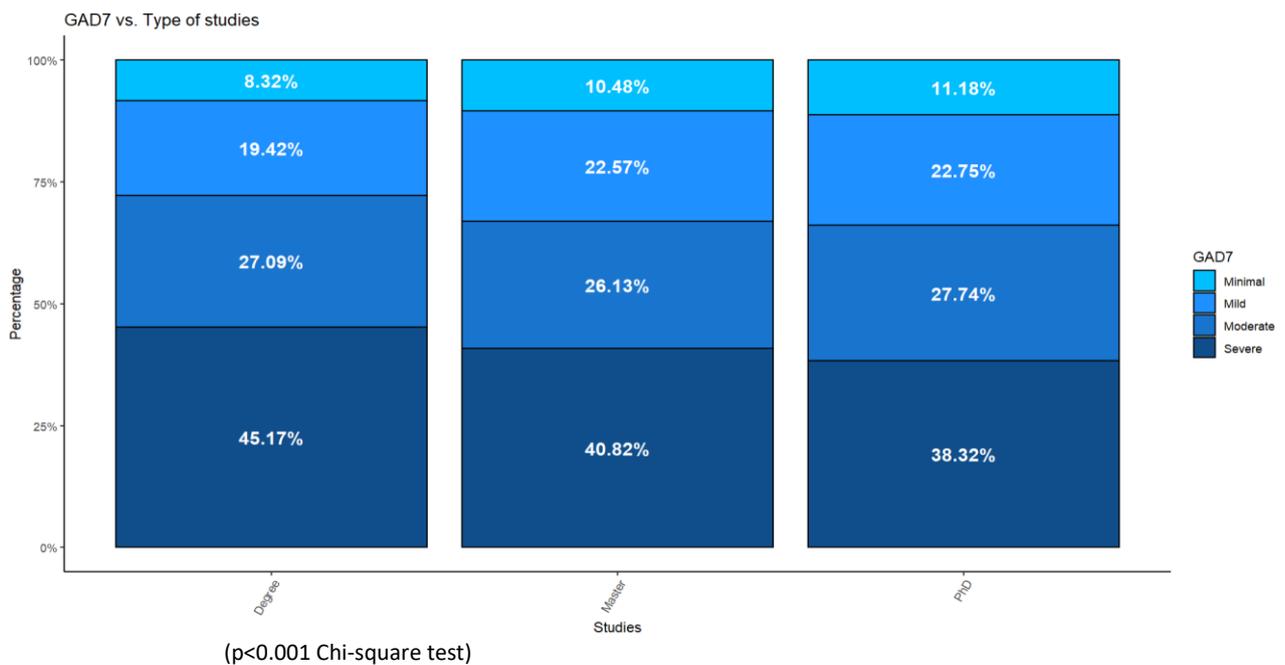


Figura 42. Niveles de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en función del tipo de estudios.

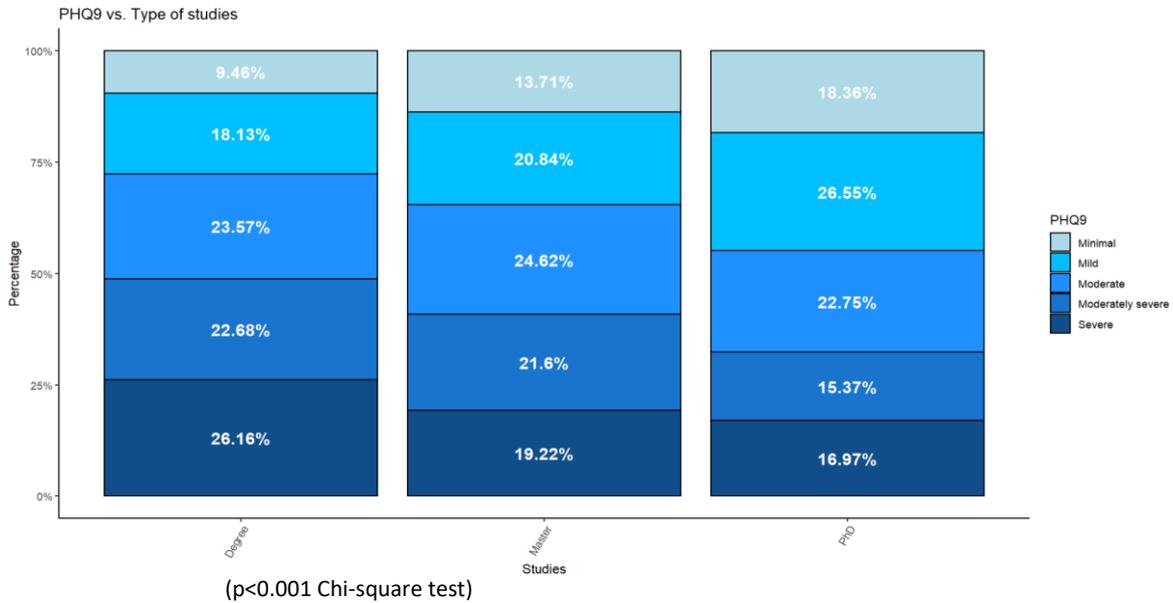


Figura 43. Niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en función del tipo de estudios.

Gráficos con variables dicotómicas:

Entre los estudiantes de **grado**, un 72,26% presenta una puntuación de 10 puntos o más en la escala GAD-7 para el trastorno de ansiedad (IC_{95%} = 71.04, 73.45). Este porcentaje disminuye a un 66,95% entre los estudiantes de **máster** (con un IC_{95%} = 63.82, 69.98). Por último, los estudios de **doctorado** suponen un 66,07% aquellos que tienen diagnóstico positivo con IC_{95%} = 61.74, 70.21 (Figura 44).

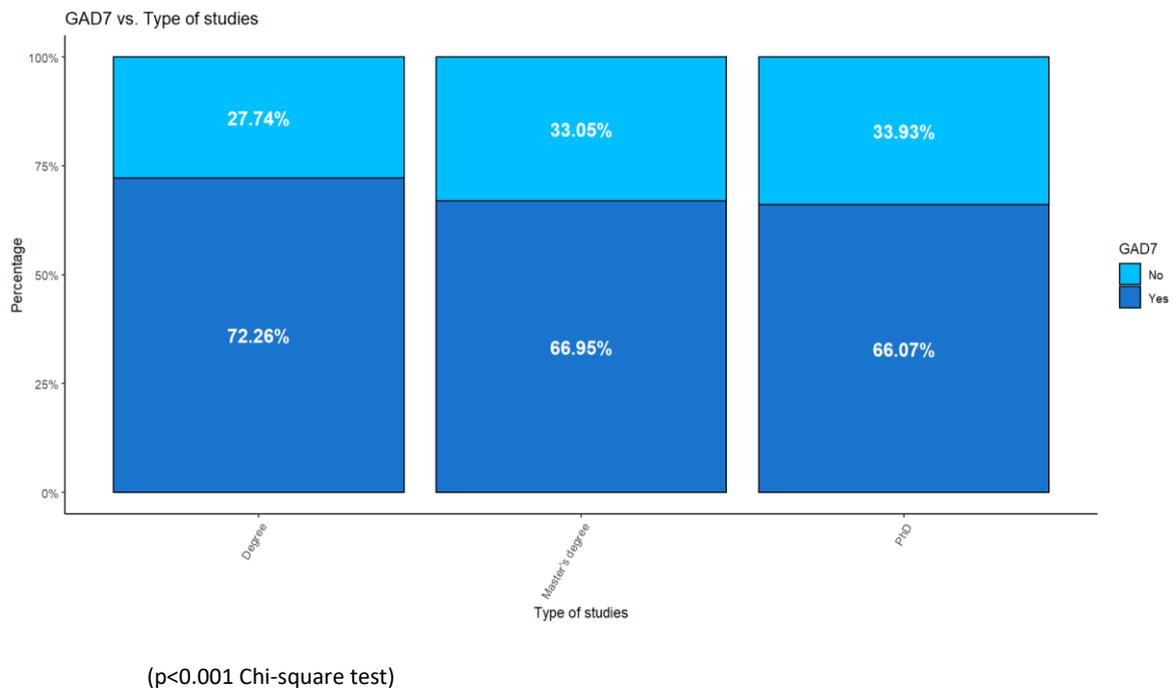
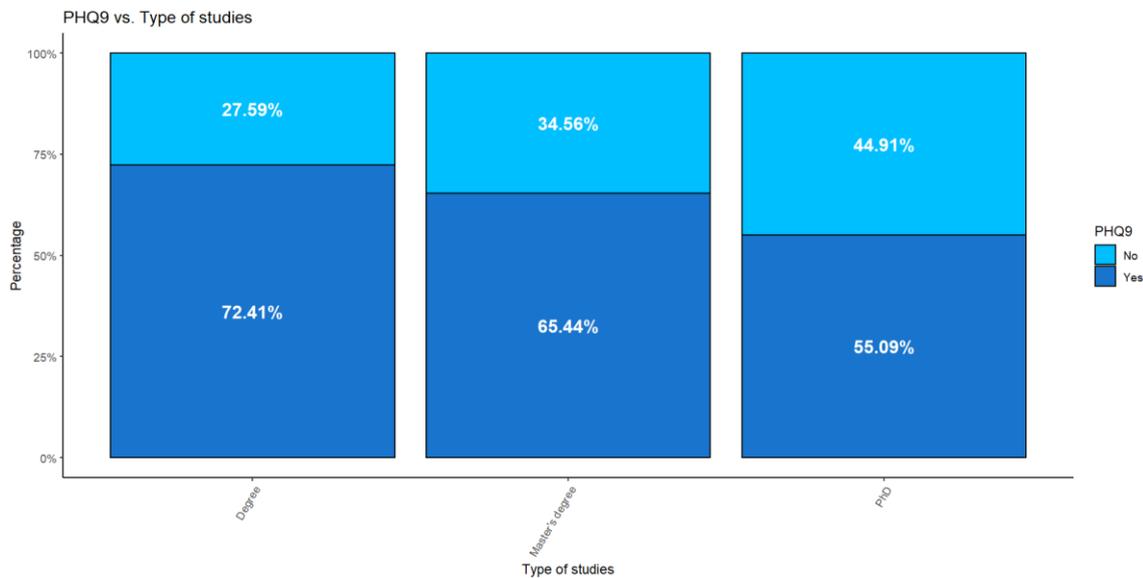


Figura 44. Presencia o no de síntomas de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en función del tipo de estudios.

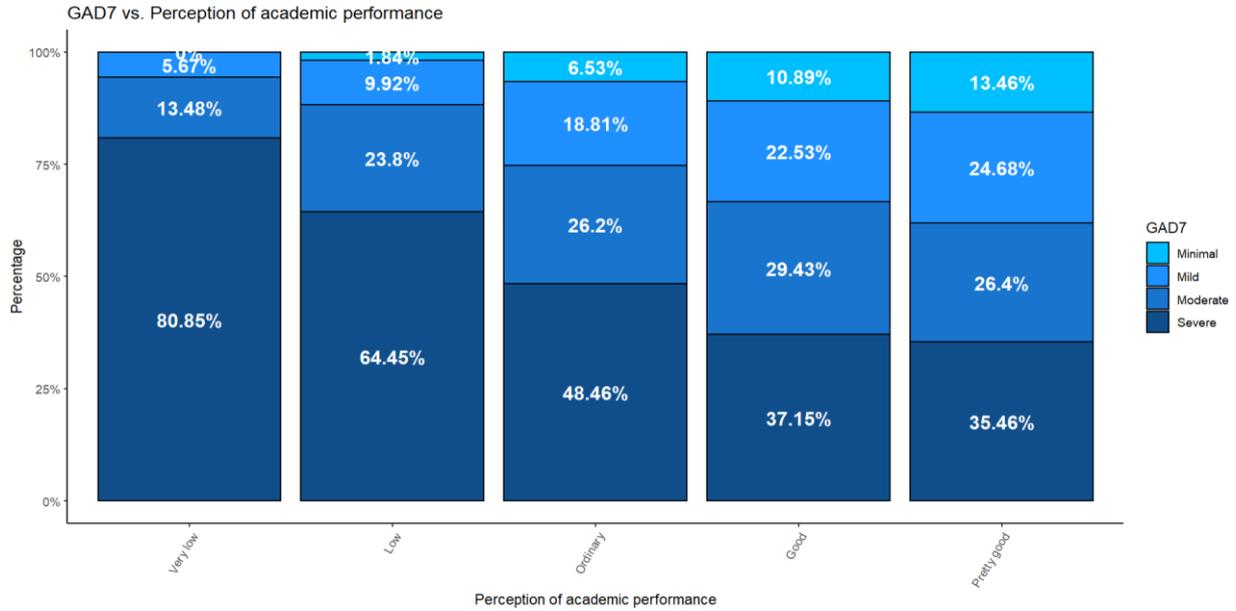
Entre los estudiantes de **grado**, un 72,41% presenta una puntuación de 10 puntos o más en la escala PHQ-9 para el trastorno de **depresión** (IC_{95%} = 71.19, 73.60). Para los estudiantes de **máster**, son un 65,44% aquellos con dicha puntuación (IC_{95%} = 62.28, 68.51), mientras que los estudiantes de **doctorado** suponen un porcentaje de 55,09% (IC_{95%} = 50.62, 59.50) (Figura 45).



($p < 0.001$ Chi-square test)

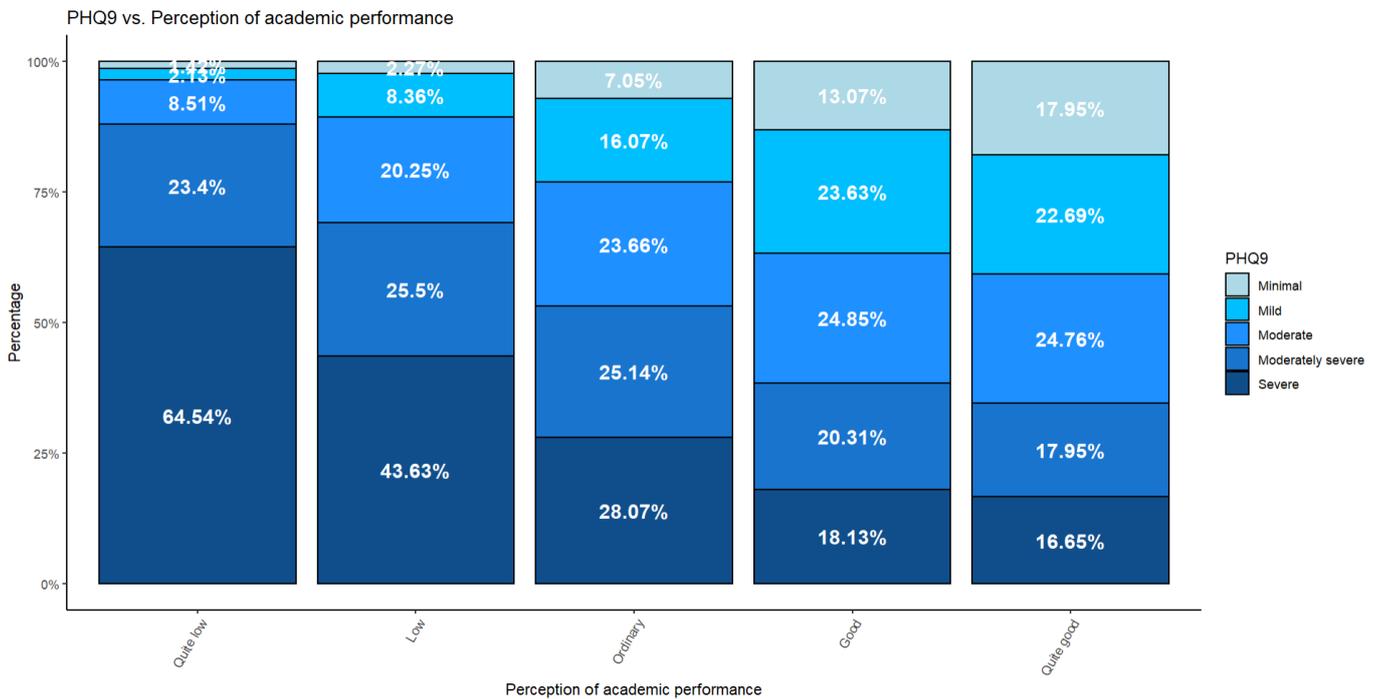
Figura 45. Presencia o no de síntomas de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en función del tipo de estudios.

En cuanto al **rendimiento académico**, se observa cómo aquellos alumnos cuya percepción de sus resultados es muy baja, presentan en su mayoría sintomatología de trastorno de ansiedad severa (80,85%). En contraposición, sólo el 35,46% de los que han considerado dichos resultados muy buenos tienen síntomas severos (Figura 46). Para el trastorno de depresión es el 64,54% de los alumnos con resultados muy bajos los que presentan dicha sintomatología (Figura 47).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 46. Niveles de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en función de la percepción de su rendimiento académico.

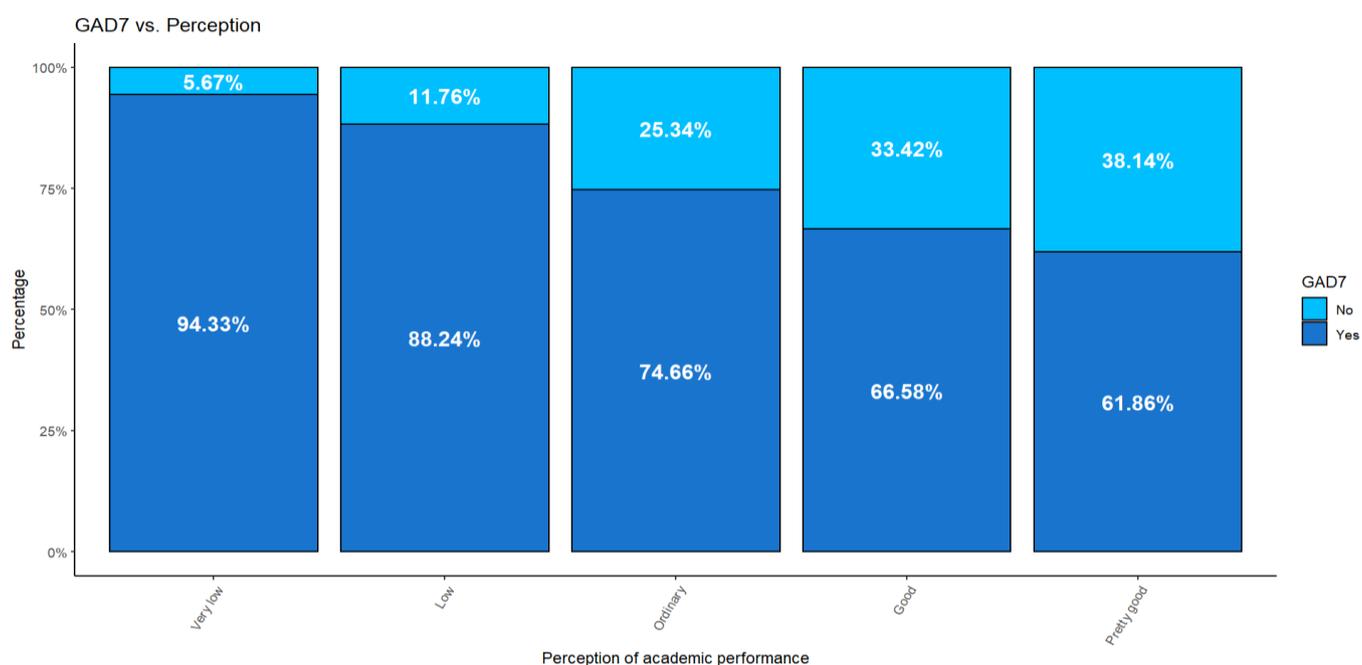


($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 47. Niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en función de la percepción de su rendimiento académico.

Gráficos con variables dicotómicas:

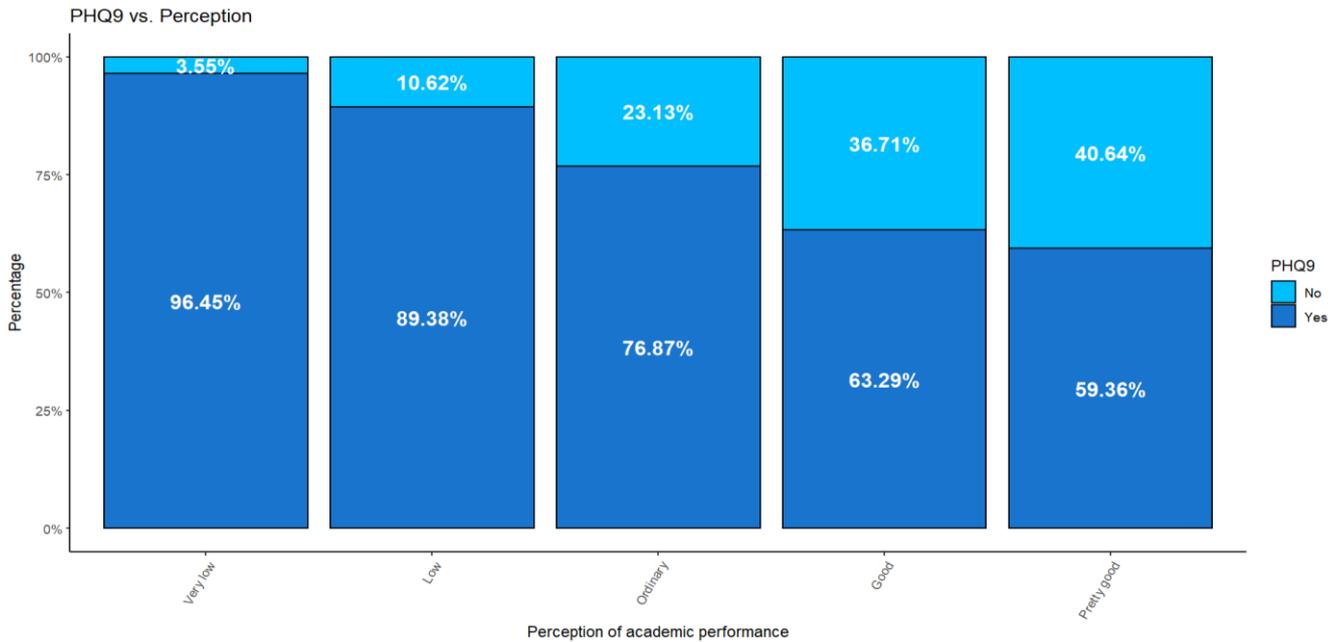
Entre los estudiantes que consideran tener un muy bajo **rendimiento académico**, un 94,33% presenta una puntuación de 10 puntos o más en la escala GAD-7 para el trastorno de **ansiedad** (IC_{95%} = 89.13, 97.52). Este porcentaje disminuye a un 88,24% cuando su percepción es baja (IC_{95%} = 85.64, 90.53). Para aquellos que contestaron percepción normal, son el 74,66% los que presentan una puntuación superior a 10 (IC_{95%} = 72.74, 76.52). Es menor el porcentaje para los de tal puntaje con rendimiento bueno [66,58% con IC_{95%} = (64.77, 68.3)], siendo el menor de todos para muy bueno con un 61,86% e IC_{95%} = (59.00, 64.67) (Figura 48).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 48. Presencia o no de síntomas de ansiedad en los estudiantes participantes según la escala GAD-7 en función de la percepción del rendimiento académico.

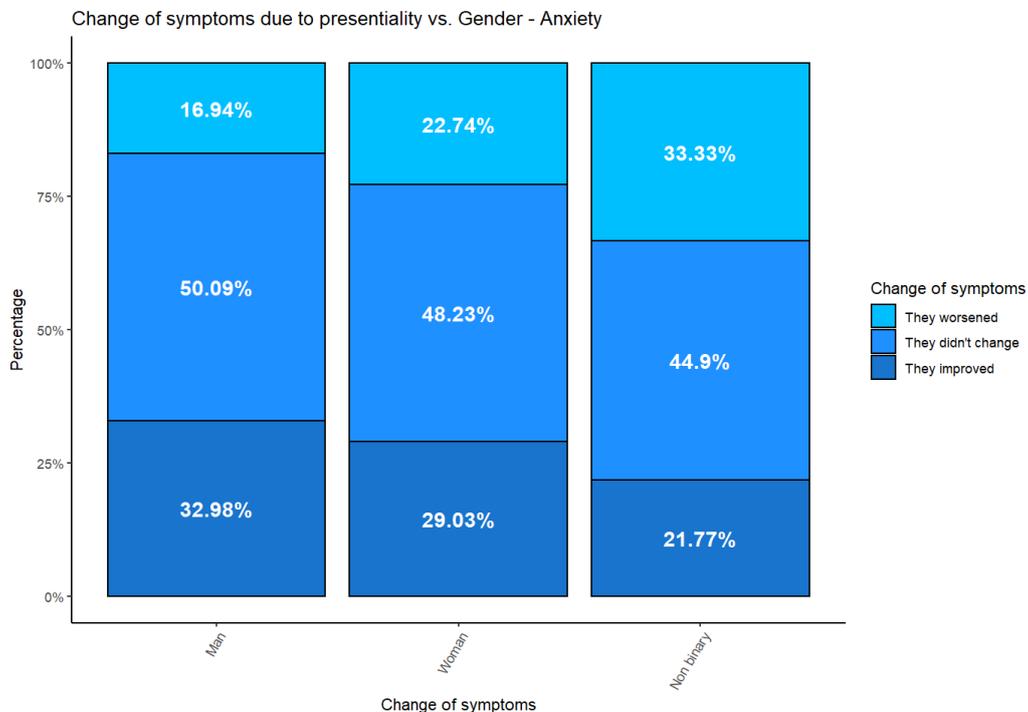
Los porcentajes asociados a la escala PHQ-9 son los siguientes: un 96,45% de los que consideran sus resultados muy bajos, presenta una puntuación de 10 puntos o más en la escala PHQ-9 para el trastorno de **depresión** (IC_{95%} = 91.92, 98.84). Este porcentaje disminuye a un 89,38% para los que consideran que su percepción es baja (IC_{95%} = 86.87, 91.55). Para aquellos que contestaron percepción normal, son el 76,87% los que presentan una puntuación superior a 10 (IC_{95%} = 75.00, 78.67). Es menor el porcentaje para los de tal puntaje con rendimiento bueno [63,29% con IC_{95%} = (61.45, 65.1)], siendo el menor de todos para muy bueno con un 59,36% e IC_{95%} = (56.47, 62.21) (Figura 49).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 49. Presencia o no de síntomas de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9 en función de la percepción del rendimiento académico.

En cuanto a los cambios producidos en los síntomas asociados al trastorno de **ansiedad y de depresión al retomar la presencialidad** en las clases universitarias, éstos empeoraron con mayor frecuencia entre estudiantes de género no binario y mujeres (33,33% y 22,74% respectivamente) (Figura 50 y Figura 51).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 50. Cambios en los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada tras la vuelta a la presencialidad de las clases en relación con el género.

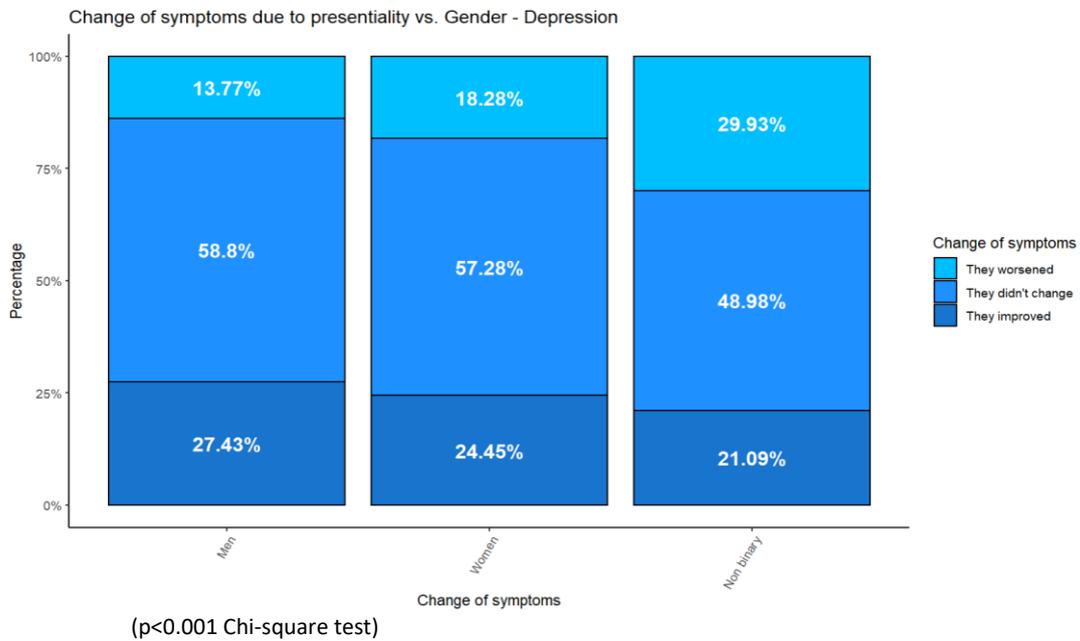


Figura 51. Cambios en los síntomas asociados a la depresión tras la vuelta a la presencialidad de las clases en relación con el género.

- Diagnóstico de ansiedad/diagnóstico de depresión con características demográficas y académicas:

Se observan diferencias en la prevalencia de **diagnóstico** (actual) de ansiedad y depresión en función del género. En ambos casos, el diagnóstico es más prevalente en estudiantes de género no binario y en mujeres (35,37% y 26,3%, respectivamente para diagnóstico de ansiedad y 25,17% y 13,87% para diagnóstico de depresión) (Figura 52 y Figura 53).

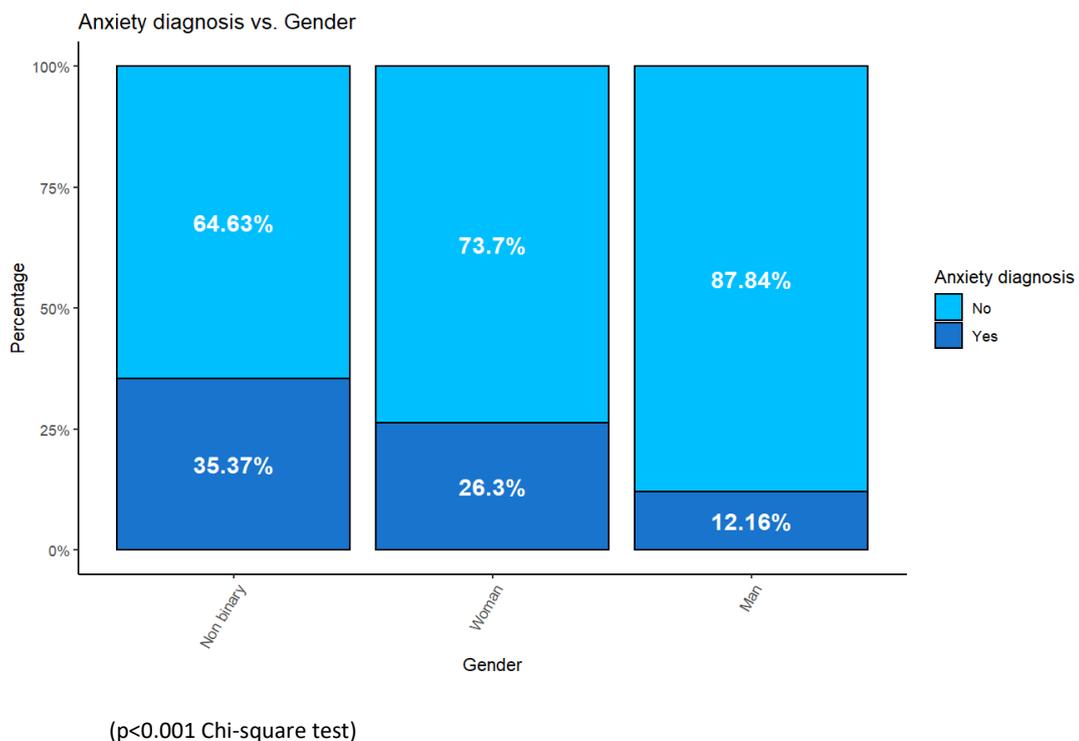


Figura 52. Diagnóstico de trastorno de ansiedad en alumnos participantes en relación con el género.

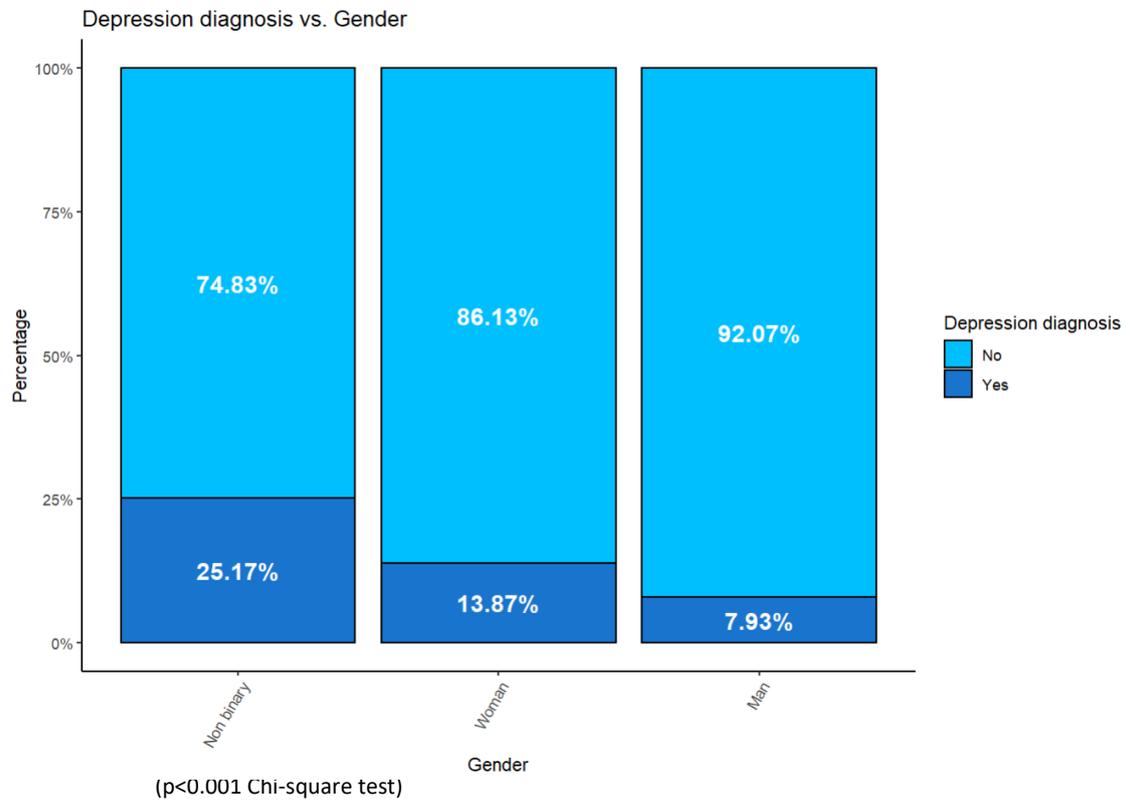


Figura 53. Diagnóstico de depresión en alumnos participantes en relación con el género.

El diagnóstico de ansiedad y depresión es más prevalente entre estudiantes que **viven solos** (28,57% y 19,05%, respectivamente), mientras que los estudiantes que viven en colegios mayores/residencias universitarias suponen el menor porcentaje en ambos lados de diagnóstico positivo (19,64% y 11,64%) (Figura 54 y Figura 55).

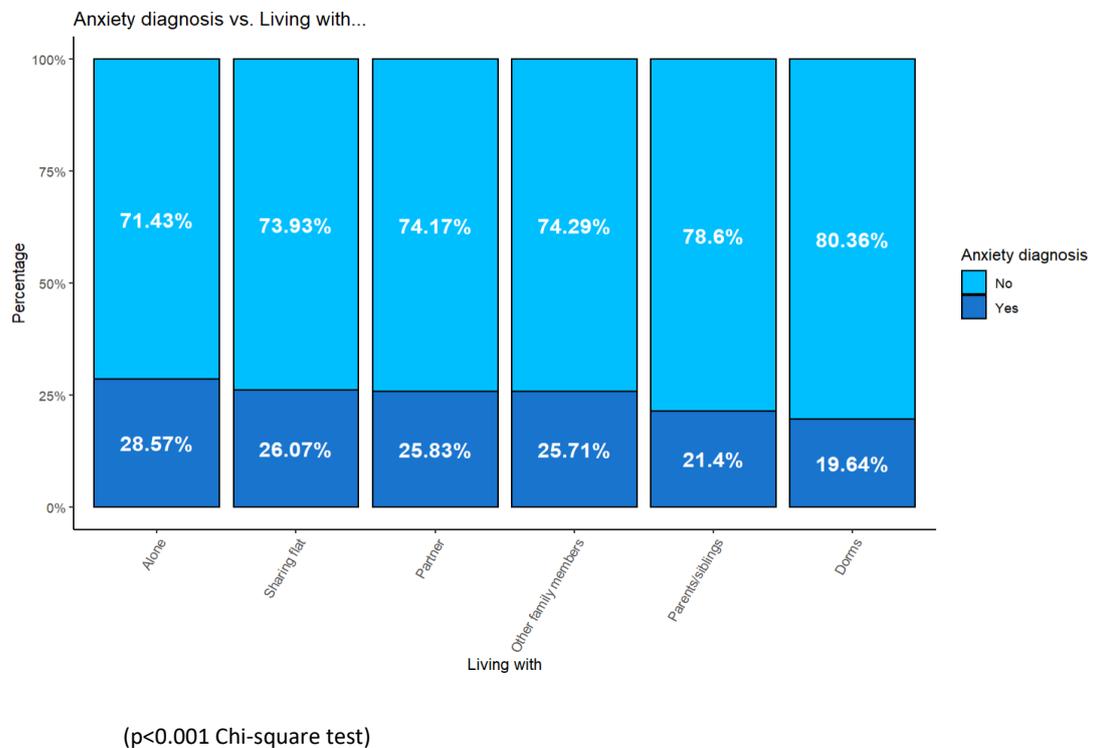
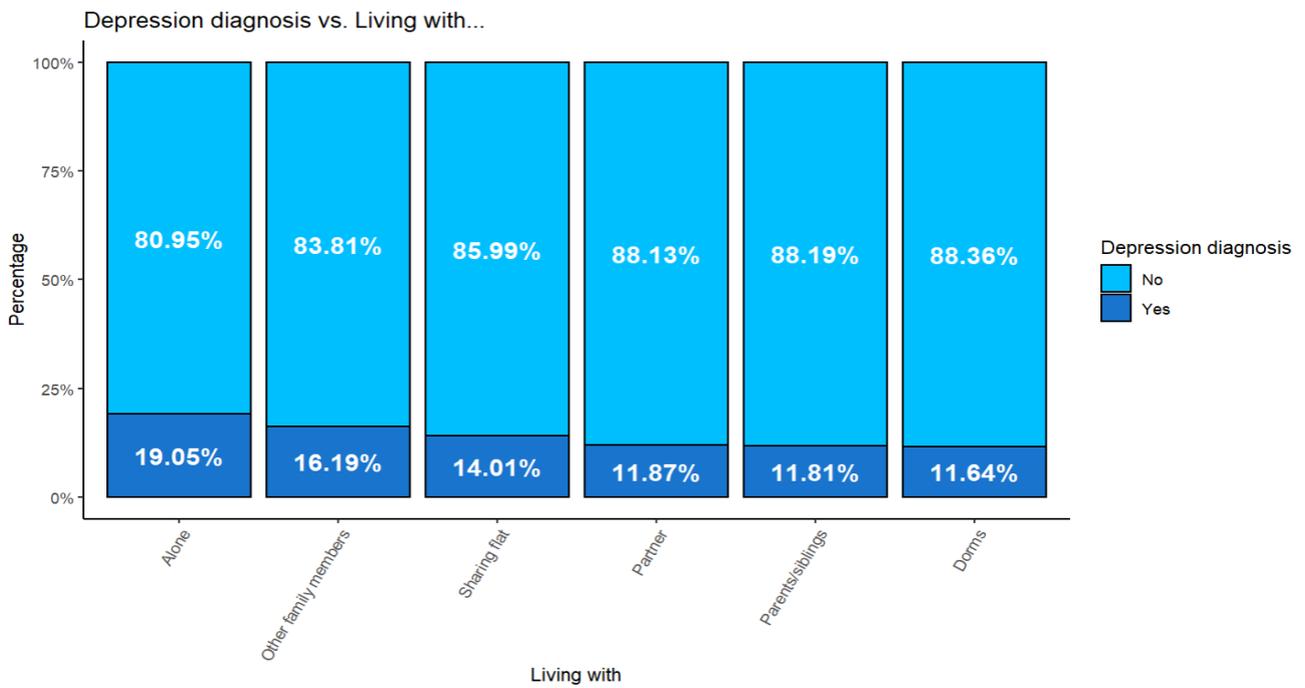


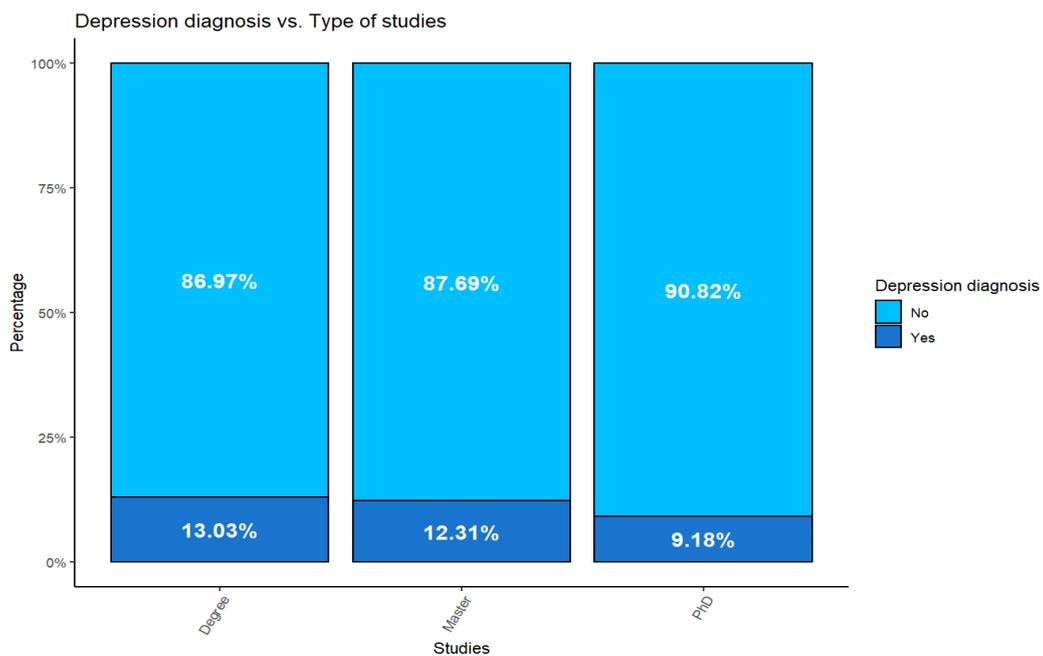
Figura 54. Diagnóstico de trastorno de ansiedad en alumnos participantes en relación con quien conviven.



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 55. Diagnóstico de depresión en alumnos participantes en relación con quien conviven.

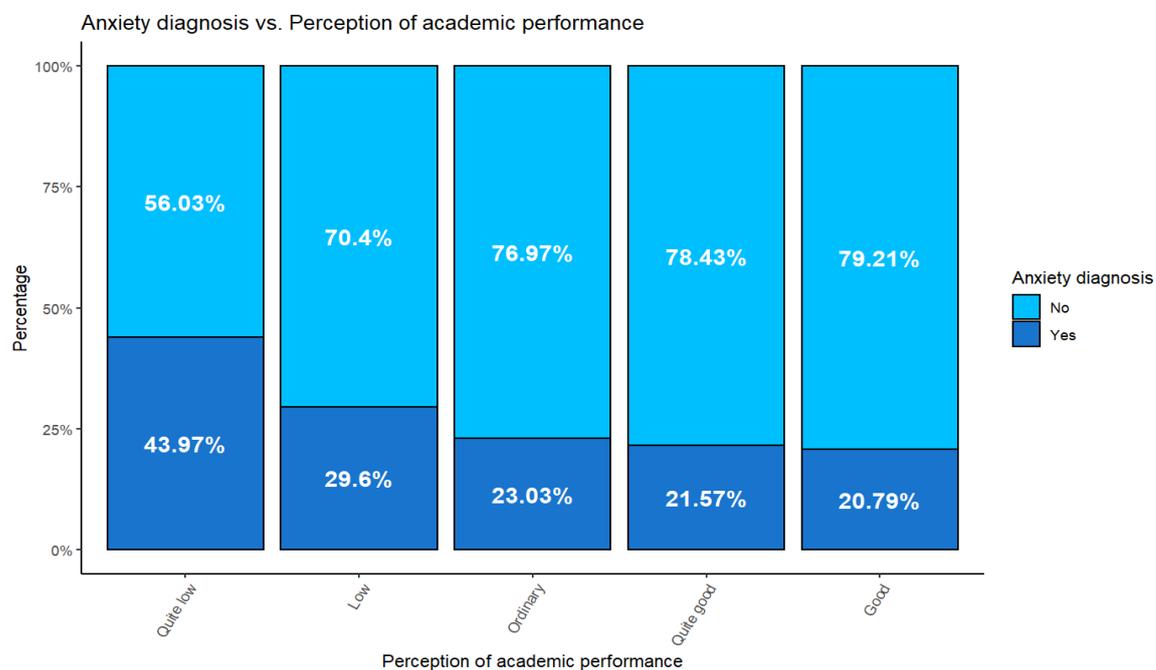
La asociación entre **diagnóstico de ansiedad y Tipo estudios** no es significativa para el diagnóstico de ansiedad (p -valor > 0.05 por Chi-Cuadrado) (por ello la gráfica no se muestra). Para el **diagnóstico de depresión** sí que es significativo aunque presenta valores de diagnóstico positivo muy bajos, dándose el mayor porcentaje de alumnos en estudios de Grado (13,03%) (Figura 56).



($p < 0.001$ Chi-square test)

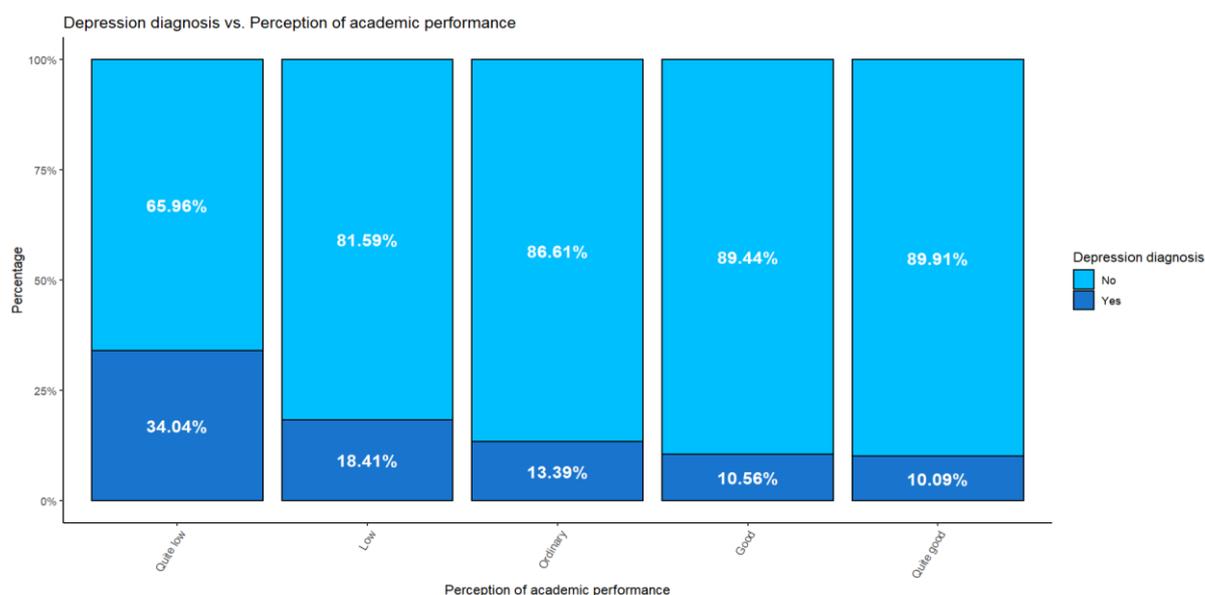
Figura 56. Diagnóstico de depresión en alumnos participantes según tipo de estudios.

En cuanto al **rendimiento académico**, se observa un mayor porcentaje de alumnos diagnosticados con ansiedad y depresión entre aquellos que perciben su rendimiento académico como bajo (29,60% y 18,41% respectivamente) o muy bajo (43,97% y 34,04%) (Figura 57 y Figura 58).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 57. Diagnóstico de trastorno de ansiedad en alumnos participantes según la percepción del rendimiento académico.



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 58. Diagnóstico de depresión en alumnos participantes según la percepción del rendimiento académico.

VI.- Fármacos psicoactivos y drogas con características demográficas y académicas

Las siguientes tablas para fármacos consideran los cuatro grupos con mayor consumo (porcentajes calculados por filas). Se agrupan las columnas de consumo, mostrando como celdas el % sobre el grupo de estudio y total de dicho grupo que consume. Se considera al total de la población universitaria participante.

Para la variable **género**, el consumo de plantas medicinales, benzodiacepinas, melatonina e ISRS es mayor entre estudiantes de género no binario y mujeres, siendo más reducido en hombres (Tabla 1).

Tabla 1. Consumo de psicofármacos en función del género.

Gender	Medicinal Plants	Benzodiacepine	Melatonin	SSRIs
Women	1993 (40.07%)	1541 (30.98%)	1137 (22.86%)	699 (14.05%)
Men	475 (28.32%)	394 (23.49%)	259 (15.44%)	160 (9.54%)
Non binary	69 (46.94%)	56 (38.10%)	45 (30.61%)	36 (24.49%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

El consumo de plantas medicinales y de benzodiacepinas es ligeramente superior entre alumnos de **doctorado**. No hay asociación significativa entre tipo de estudios y consumo de melatonina e ISRS (Tabla 2).

Tabla 2. Consumo de psicofármacos según tipo de estudios.

Type of studies	Medicinal Plants	Benzodiacepinas
Degree	1966 (36.60%)	1520 (28.30%)
Master	352 (38.01%)	304 (32.83%)
PhD	219 (43.71%)	167 (33.33%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

El consumo de plantas medicinales y de benzodiacepinas es ligeramente superior para aquellos que **viven** con su pareja (Tabla 3).

Tabla 3. Consumo de psicofármacos según con quien convive.

Living with	Medicinal Plants	Benzodiacepine	Melatonin	ISRS
Dorms	87 (31.6%)	73 (26.6%)	59 (21.5%)	37 (13.5%)
Sharing flat	486 (37.8%)	391 (30.4%)	307 (23.9%)	165 (12.8%)
Other family members	78 (37.1%)	75 (35.7%)	41 (19.5%)	36 (17.1%)
Parents/Siblings	1393 (33.3%)	1124 (26.9%)	761 (18.2%)	495 (11.8%)
Partner	232 (40.5%)	227 (39.6%)	134 (23.4%)	109 (19%)
Alone	106 (38.8%)	101 (37%)	75 (27.5%)	53 (19.4%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

No se ha observado ninguna relación entre el consumo de plantas medicinales y melatonina con la percepción que tiene el estudiante de su **rendimiento académico**. Sin embargo, el porcentaje de consumo de Benzodiacepinas y de ISRS es relativamente elevado para aquellos que consideran que su rendimiento académico es bastante bajo (Tabla 4).

Tabla 4. Consumo de psicofármacos según el rendimiento académico.

Perception	Benzodiacepine	ISRS
Very low	66 (46.8%)	39 (27.7%)
Low	231 (32.7%)	114 (16.2%)
Ordinary	599 (28.7%)	284 (13.6%)
Good	762 (28.1%)	313 (11.6%)
Pretty good	333 (28.7%)	145 (12.5%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

Para todos los grupos de drogas, el consumo es mayor en **hombres y personas de género no binario frente a mujeres** (Tabla 5).

Tabla 5. Consumo de drogas según género.

Gender	Depressor	Stimulant	Hallucinogenic	Other drugs
Women	33 (0.7%)	533 (10.75)	313 (6.3%)	2028 (40.7%)
Men	52 (3.1%)	351 (20.9%)	277 (16.5%)	880 (52.5%)
Non binary	8 (5.4%)	30 (20.4%)	18 (12.2%)	73 (50%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

La relación de drogas depresoras con **estudios** no es significativa. Se observa un mayor consumo de otras drogas llegando al 51,1% de estudiantes en máster (Tabla 6).

Tabla 6. Consumo de drogas según tipo de estudios.

Type of studies	Stimulant	Hallucinogenic	Other drugs
Degree	653 (12.2%)	412 (7.7%)	2282 (42.5%)
Master	174 (18.8%)	121 (13.1%)	473 (51.1%)
PhD	87 (17.4%)	75 (15%)	226 (45.1%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

Para la variable “Viviendo con...” se da una mayor incidencia de consumo de drogas para aquellos que **viven** con pareja, solos o compartiendo piso, mientras que los estudiantes en Colegio mayor/residencia universitaria (dorms) muestran un consumo bastante inferior (Tabla 7).

Tabla 7. Consumo de drogas según con quien conviven.

Living with	Depressor	Stimulant	Alucinógenas	Other drugs
Dorms	5 (1.8%)	24 (8.7%)	17 (6.2%)	94 (34.2%)
Sharing flat	18 (1.4%)	266 (20.7%)	173 (13.5%)	693 (53.9%)
Other family members	2 (1%)	25 (11.9%)	10 (4.8%)	81 (38.6%)
Parents/Siblings	38 (0.9%)	439 (10.5%)	289 (6.9%)	1710 (40.9%)
Partner	19 (3.3%)	106 (18.5%)	82 (14.3%)	279 (48.7%)
Alone	11 (4%)	54 (19.8%)	37 (13.6%)	124 (45.4%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

La relación entre drogas depresoras y la percepción del **rendimiento académico** no es significativa. Sin embargo, en las otras tres categorías los alumnos que tienen una percepción muy buena de su rendimiento, son los que muestran mayores porcentajes de consumo.

(Tabla 8).

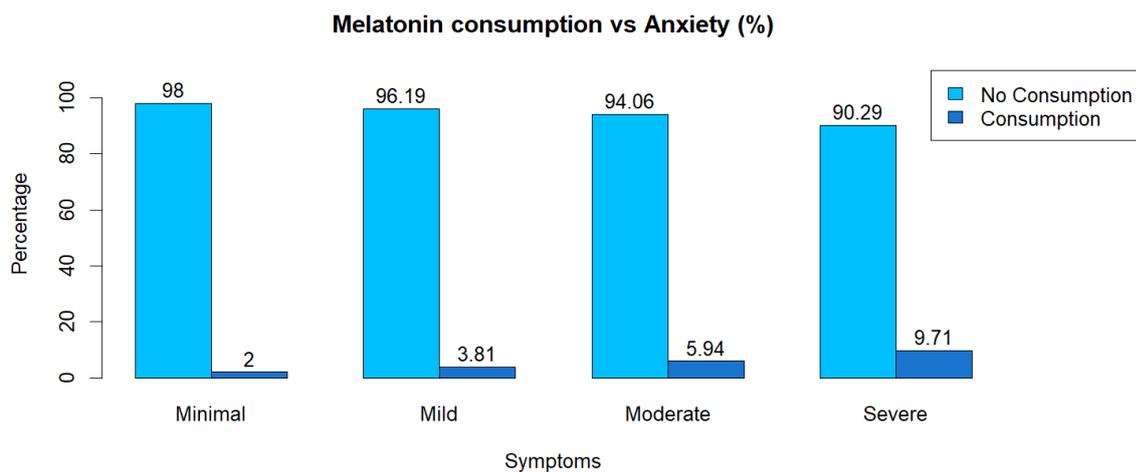
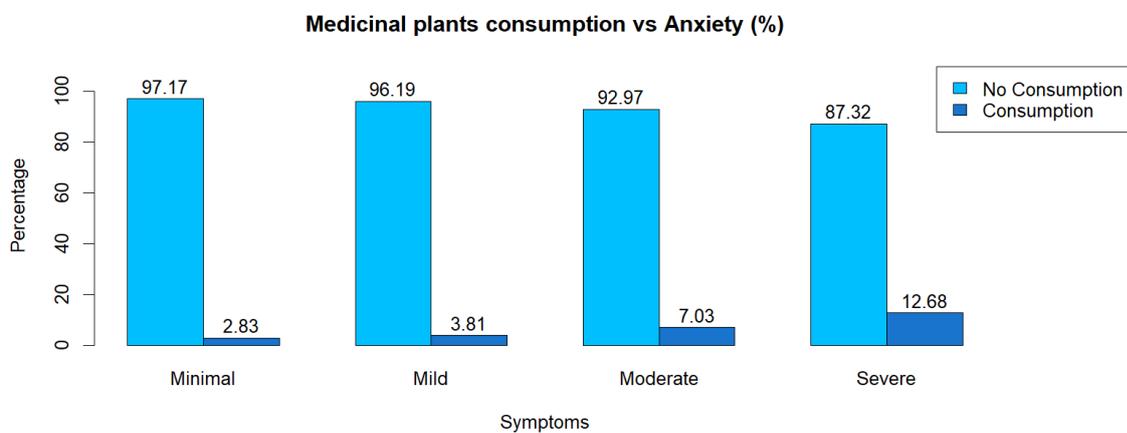
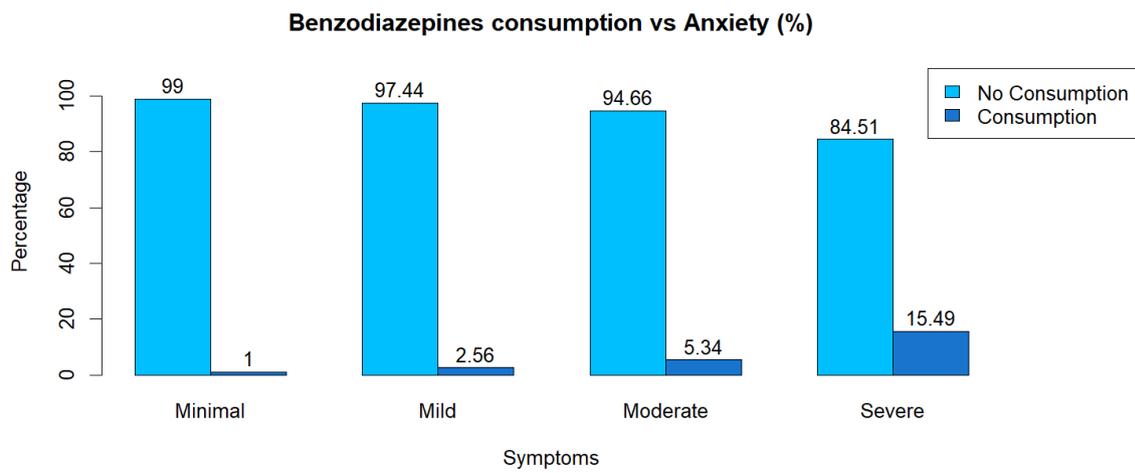
Tabla 8. Consumo de drogas según percepción rendimiento académico.

Perception	Stimulant	Hallucinogenic	Other drugs
Very low	16 (11.4%)	12 (8.5%)	56 (39.7%)
Low	63 (8.9%)	41 (5.8%)	255 (36.1%)
Ordinary	290 (13.9%)	191 (9.2%)	910 (43.7%)
Good	371 (13.7%)	247 (9.1%)	1218 (45%)
Pretty good	174 (15%)	117 (10.1%)	542 (46.8%)

($p < 0.001$ Chi-square test)

VII.- Fármacos psicoactivos y drogas consumidas en los últimos 15 días con depresión y ansiedad

De aquellos estudiantes que presentan sintomatología severa, el 15,49% consume **benzodiazepinas**, observándose una tendencia creciente del porcentaje de estudiantes que consumen con la gravedad de síntomas de **ansiedad**. Este porcentaje es menor para el grupo de **plantas medicinales**, en el que solo el 12,68% de los estudiantes con síntomas severos las consumen, mientras que para **melatonina** estos suponen el 9,71%. Por último, para el grupo **ISRS** los estudiantes con dicha sintomatología que consumen suponen el 10,11% (Figura 59).



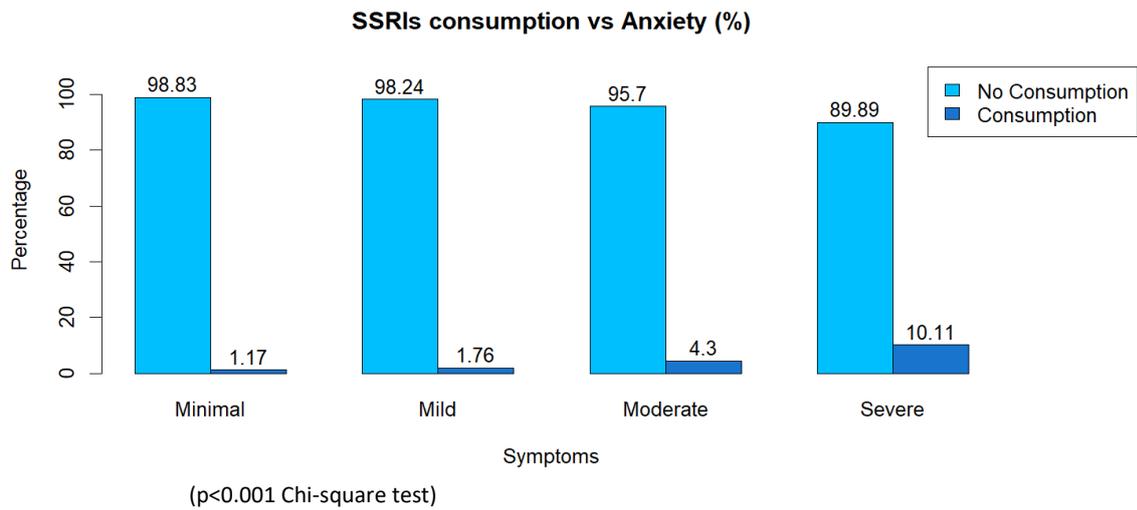
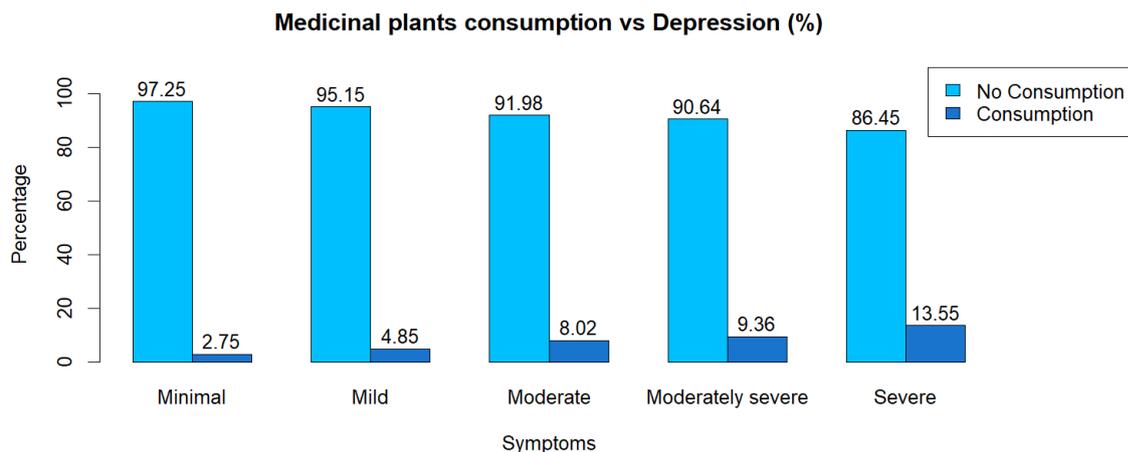
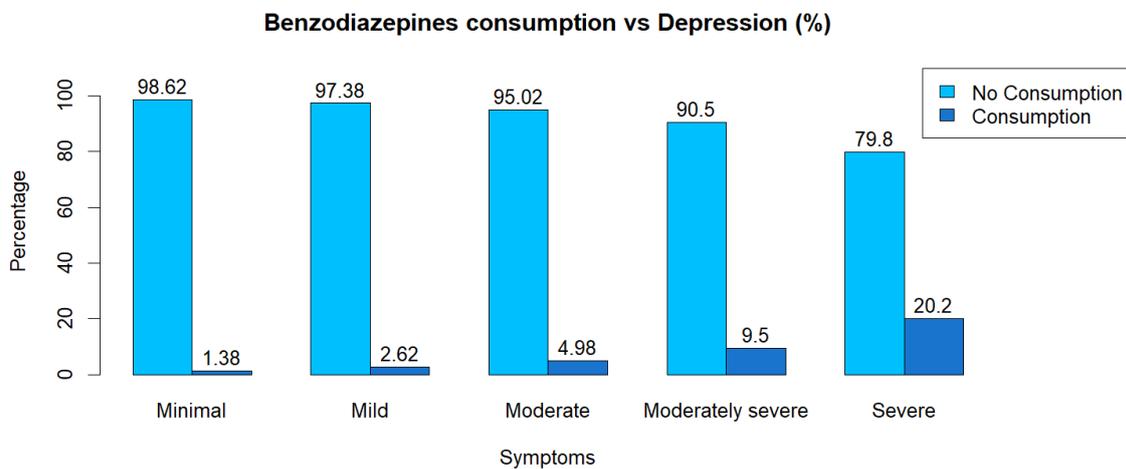
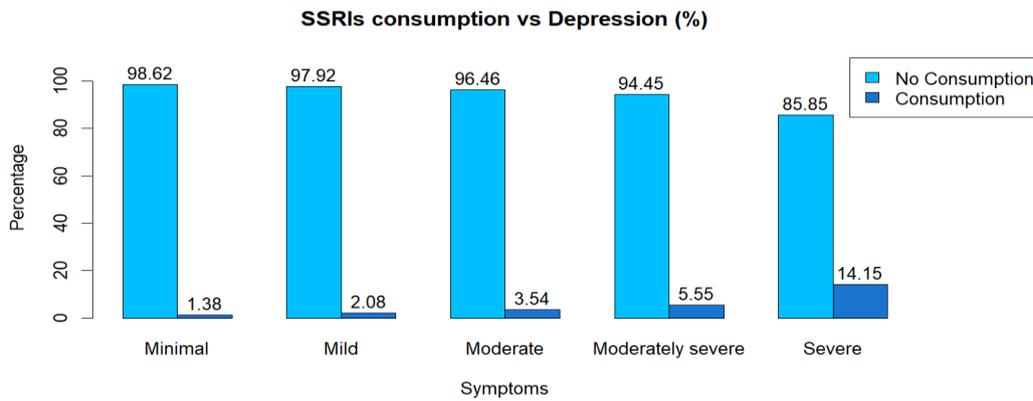
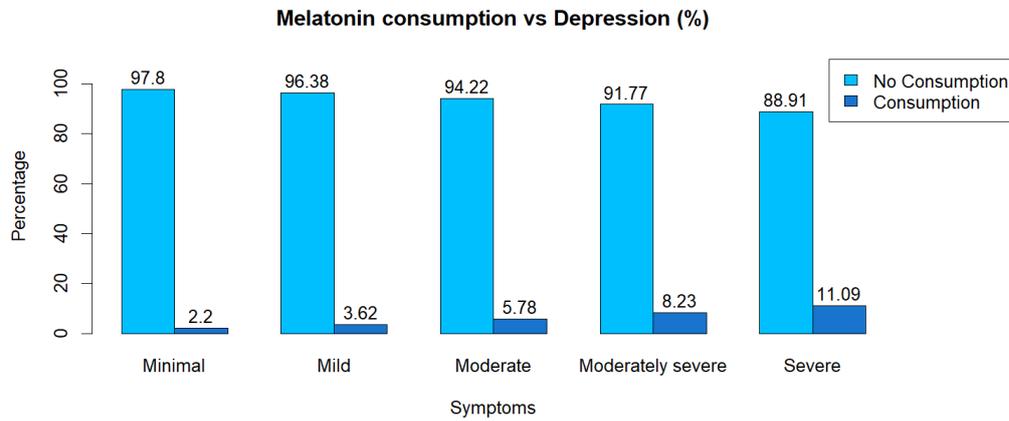


Figura 59. Consumo de fármacos psicoactivos según grupo farmacológico en relación con los niveles de ansiedad según la escala GAD-7.

En cuanto al consumo de estos fármacos en los últimos 15 días en función de la escala **PHQ-9**, se observa como para las **Benzodiacepinas** el consumo es mayor entre aquellos con síntomas severos de depresión que en ansiedad (gráfico anterior), siendo de un 20.2%. Para las **plantas medicinales** el porcentaje es de 13.55%, y para la **Melatonina** es el 11.09%. Por último, para los **ISRS** el porcentaje de personas con sintomatología severa que consumen fármacos de tipo **ISRS** es del 14.15% (Figura 60).

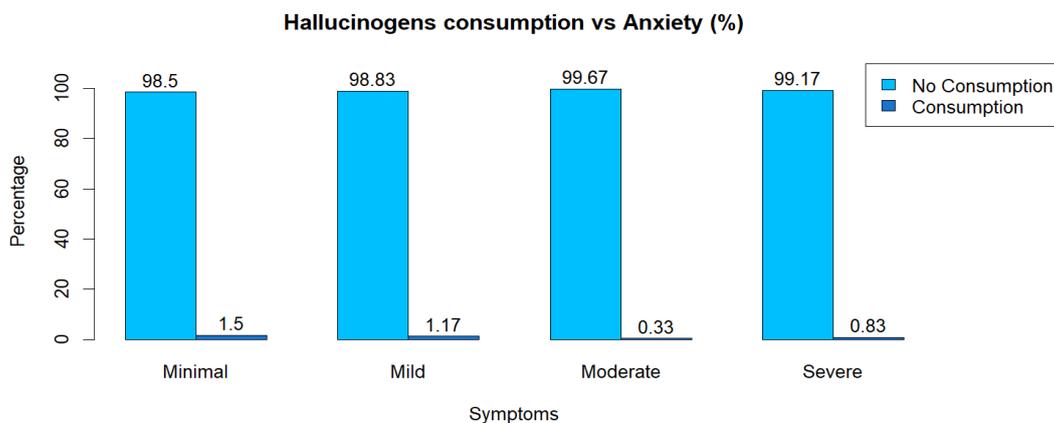




($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 60. Consumo de fármacos psicoactivos según grupo farmacológico en relación con los niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9.

La relación entre la **sintomatología de ansiedad y las drogas** estimulantes, depresoras y otras drogas (varios efectos) no es significativa (p -valor > 0.05 por test de Chi-Cuadrado). A pesar de ser significativa para drogas con efectos alucinógenos, los porcentajes de consumo son prácticamente mínimos, siendo para sintomatología severa del 0,83% (Figura 61).



($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 61. Consumo de drogas con efectos alucinógenos en relación con los niveles de ansiedad según la escala GAD-7.

La relación entre síntomas de **depresión con drogas** estimulantes y depresoras tampoco es significativa (p -valor > 0.05 por Chi-cuadrado). Para "Otras drogas" (varios efectos), el 16,07% de los que tienen sintomatología severa sí consumen, y para alucinógenas el 1,32%, donde de nuevo el porcentaje de consumo es muy bajo (Figura 62).

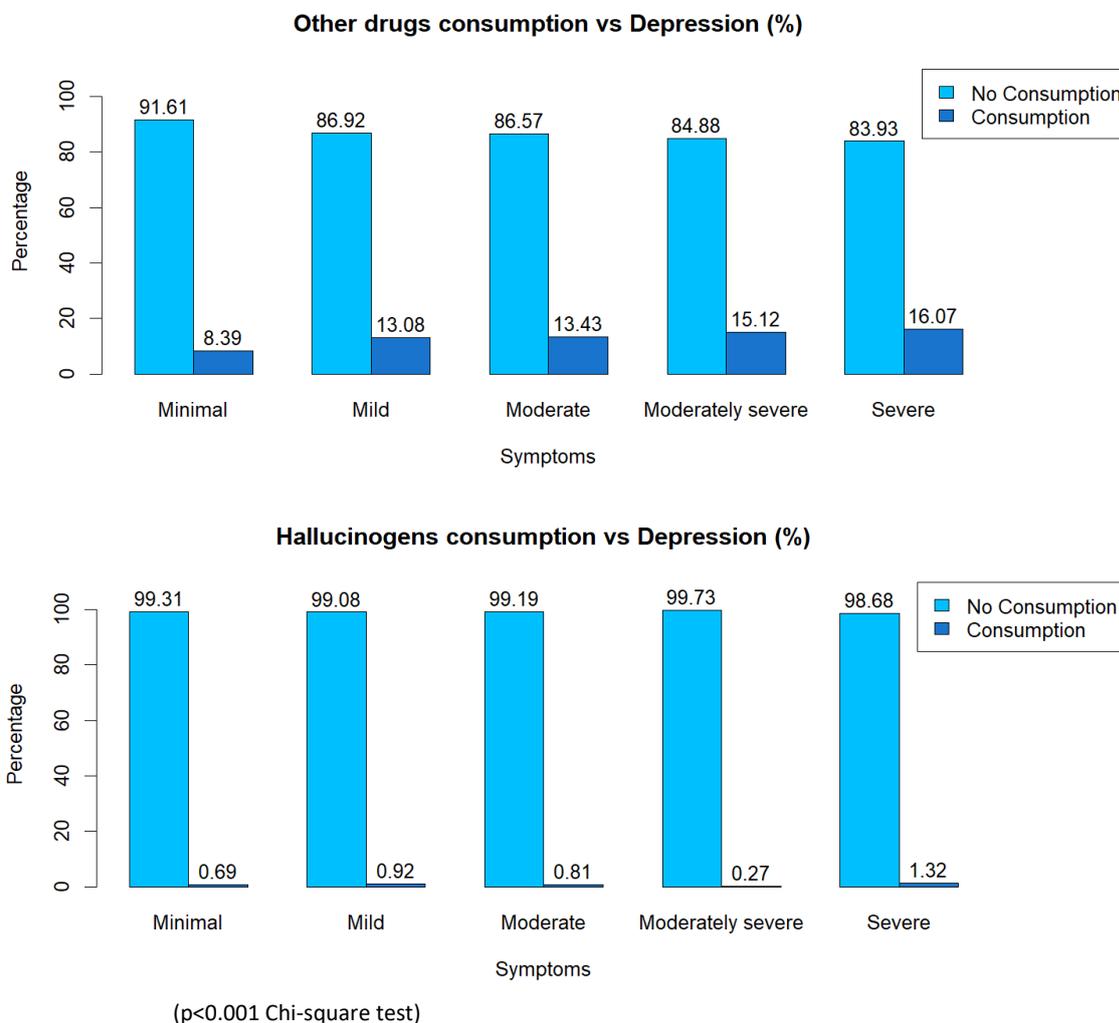
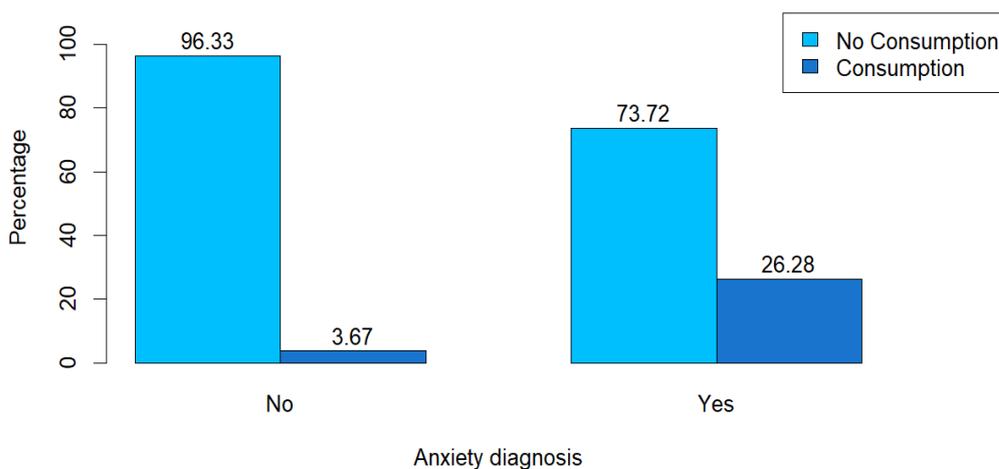


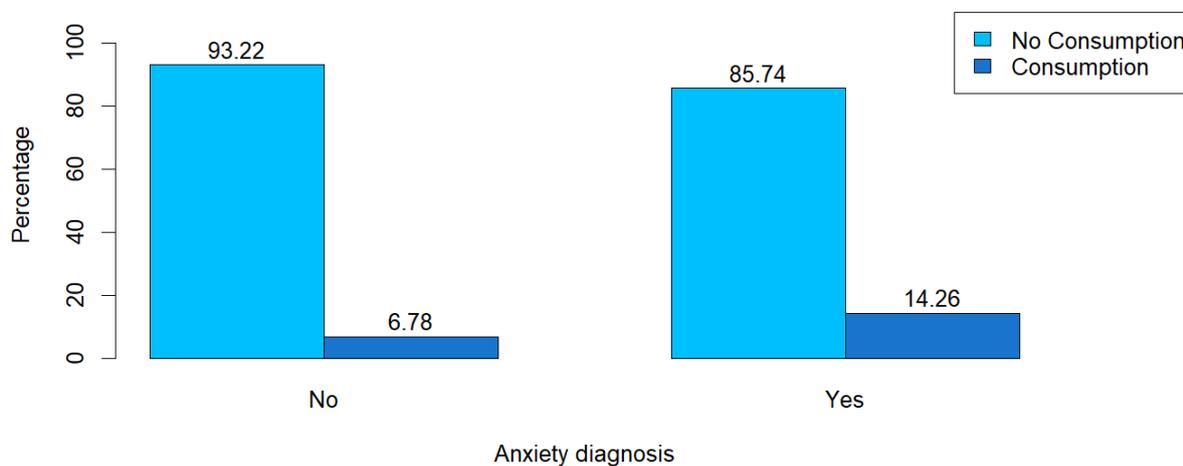
Figura 62. Consumo de drogas con varios efectos y con efectos alucinógenos en relación con los niveles de depresión en los estudiantes participantes según la escala PHQ-9.

Si se considera la relación de consumo de fármacos en los últimos 15 días con el **diagnóstico de ansiedad** actual, se obtienen los siguientes resultados: para las **benzodiazepinas**, el 26,28% para aquellos que tienen diagnóstico positivo de ansiedad actualmente, mientras que para diagnóstico negativo son solo un 3,67%. Las **plantas medicinales** y la **melatonina** presentan consumos similares para diagnóstico positivo (14,26% y 11,96% respectivamente) y para los fármacos **ISRS** este porcentaje es de 21,93% (Figura 63).

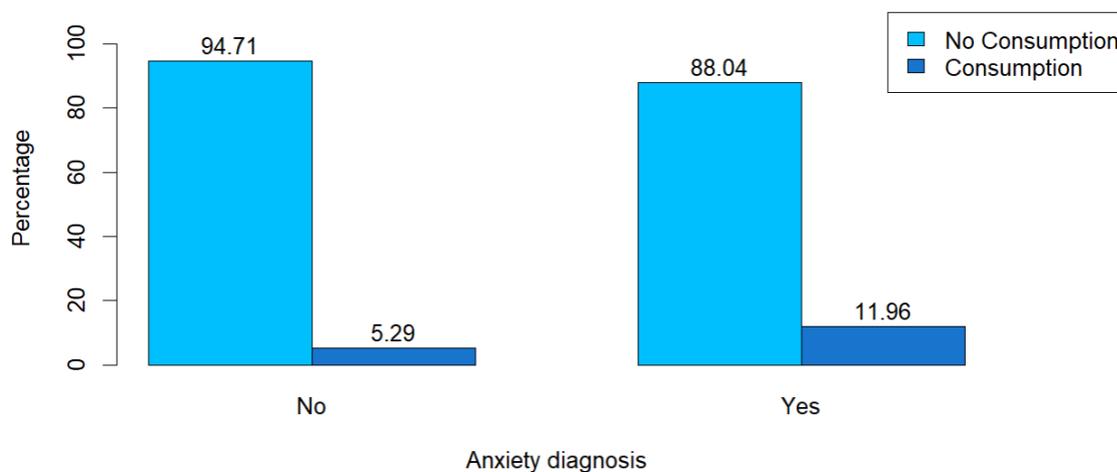
Benzodiazepines consumption vs Anxiety (%)

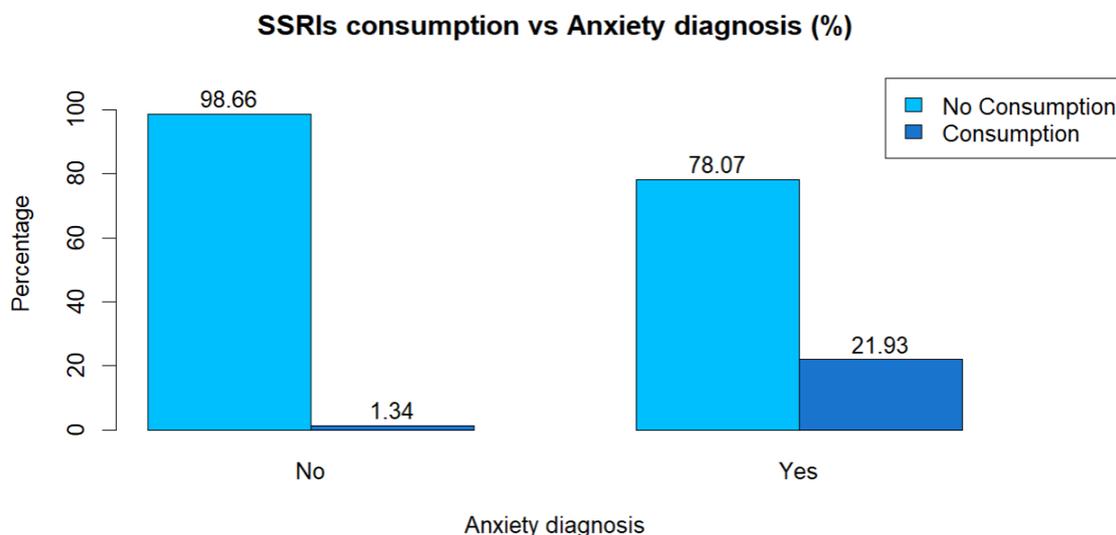


Medicinal plants consumption vs Anxiety diagnosis (%)



Melatonin consumption vs Anxiety diagnosis (%)

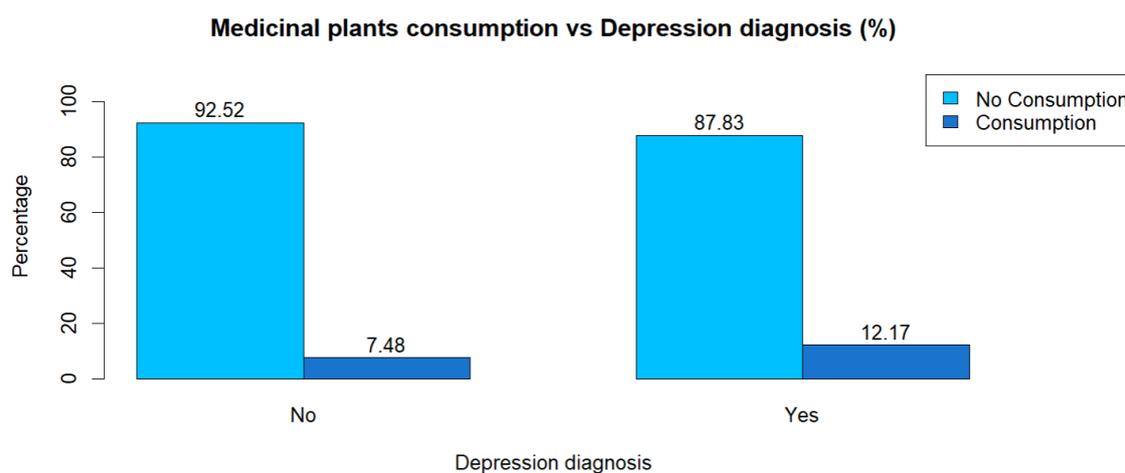
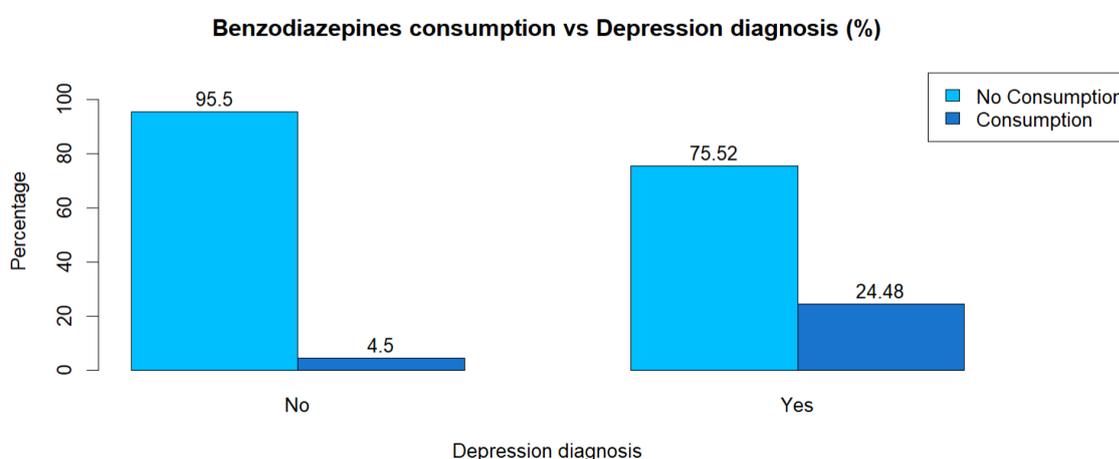


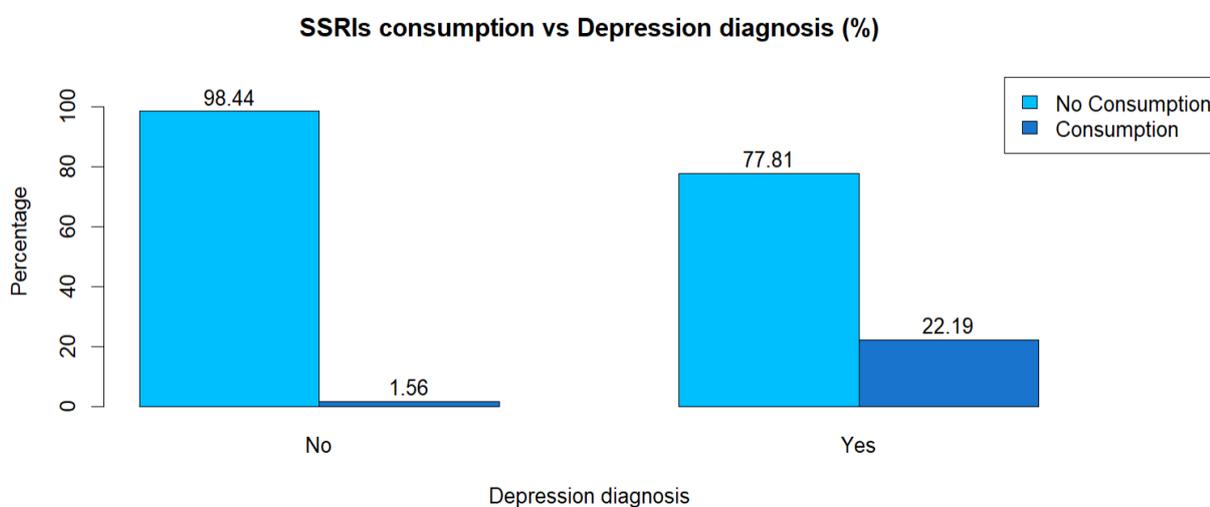
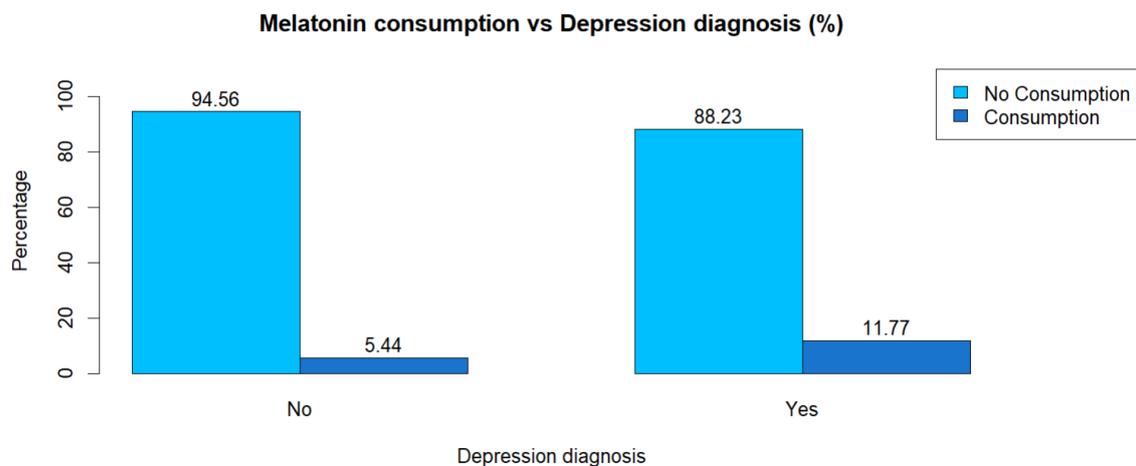


($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 63. Consumo de fármacos psicoactivos en los últimos 15 días en relación con diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Para el **diagnóstico de depresión**, se observa un mayor porcentaje de alumnos que toman fármacos en aquellos con diagnóstico positivo. Para este grupo, las **benzodiacepinas** e **ISRS** son los que presentan mayor porcentaje de consumo por estudiantes diagnosticados (24,48% y 22,19%, respectivamente). Por su parte, este porcentaje es de 12,17% para **plantas medicinales** y de 11,77% para **melatonina** (Figura 64).



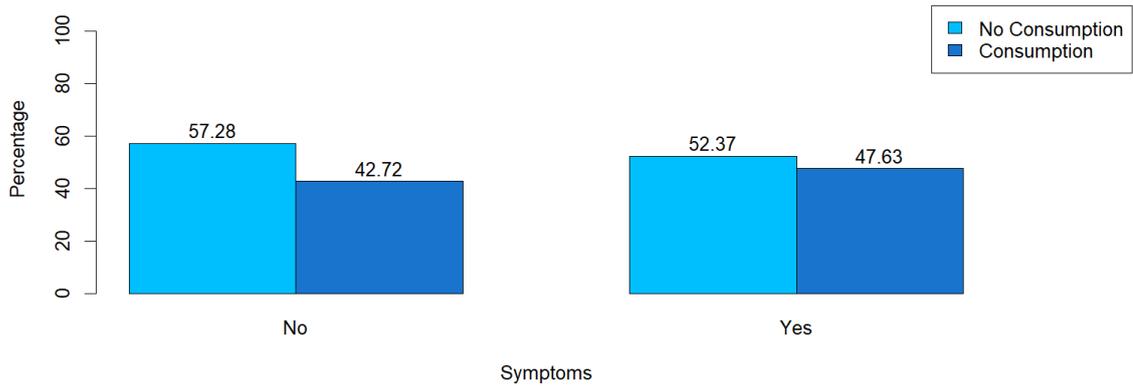


($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 64. Consumo de fármacos psicoactivos en los últimos 15 días en relación con diagnóstico de depresión.

Si se considera la relación de consumo de **drogas** en los últimos 15 días con el **diagnóstico de ansiedad** actual, dicha relación no es significativa para ningún grupo de drogas excepto para "Otras drogas" (varios efectos), donde se observan porcentajes igualados independientemente del diagnóstico (Figura 65).

Other drugs (various effects) consumption vs Anxiety diagnosis (%)

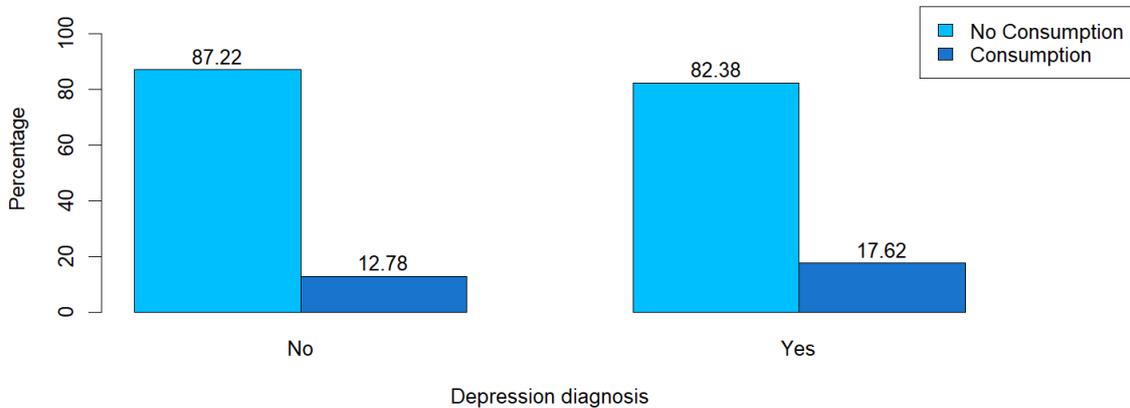


($p < 0.001$ Chi-square test)

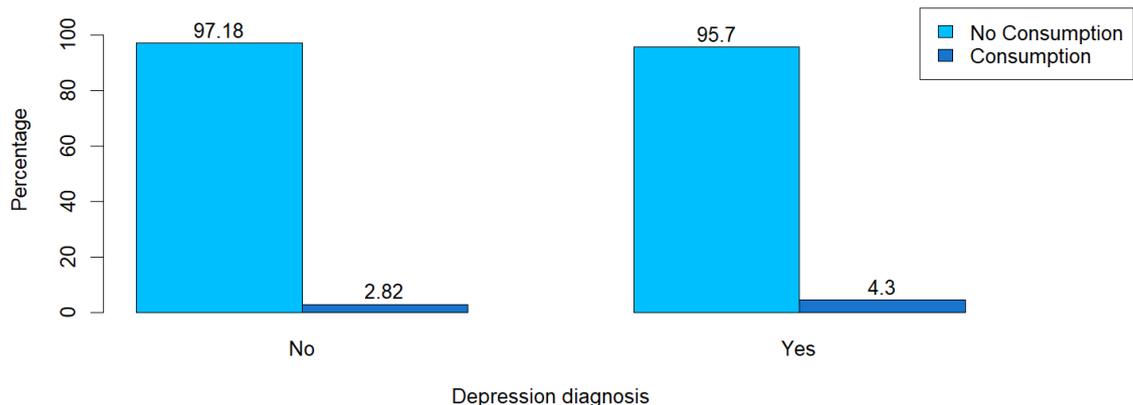
Figura 65. Consumo de drogas en los últimos 15 días en relación con diagnóstico de ansiedad.

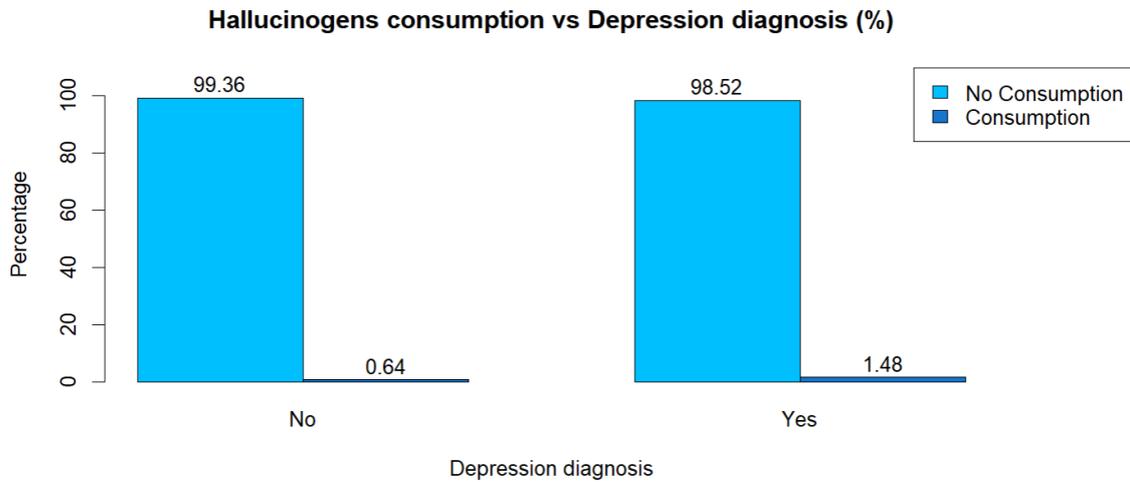
Para el **diagnóstico de depresión** no se tiene relación significativa con drogas con efectos depresores. Los porcentajes para drogas con efectos estimulantes y con efectos alucinógenos son bastante pequeños a pesar de ser significativos y para “Otras drogas” (varios efectos) es para el grupo que mayor porcentaje de consumo y diagnóstico se tiene, de un 17.62% (Figura 66).

Other drugs (various effects) consumption vs Depression diagnosis (%)



Stimulants consumption vs Depression diagnosis (%)





($p < 0.001$ Chi-square test)

Figura 66. Consumo de drogas en los últimos 15 días en relación con diagnóstico de depresión.

REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

Respuesta: Ansiedad; Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados), grupos drogas 15 días

Para el modelo se considera la variable respuesta como la ansiedad dicotomizada por el punto de corte comentado en metodología. Tras realizar la selección del modelo utilizando el método stepwise, las variables que se quedan en el modelo son:

Category	OR	CI _{95%}	p-value
Gender - Men	0.3995	(0.3547, 0.4500)	< 0.001
Gender - Non binary	2.4821	(1.5450, 4.2328)	< 0.001
Living with - Sharing flat	1.1977	(0.8777, 1.6222)	0.2492
Living with - Other family members	1.0377	(0.6841, 1.5775)	0.8620
Living with - Parents/siblings	1.0343	(0.7722, 1.3729)	0.8181
Living with - Partner	0.9087	(0.6499, 1.2634)	0.5721
Living with - Alone	0.7991	(0.5448, 1.1689)	0.2491
Perception of academic performance - Low Results	0.4735	(0.2061, 0.9499)	0.0520
Perception of academic performance - Ordinary Results	0.1844	(0.0822, 0.3570)	< 0.001
Perception of academic performance - Good Results	0.1227	(0.0548, 0.2368)	< 0.001
Perception of academic performance - Pretty good Results	0.1041	(0.0462, 0.2023)	< 0.001

AUC grupo entrenamiento = 0.6642 (IC_{95%} = (0.6546, 0.6739))

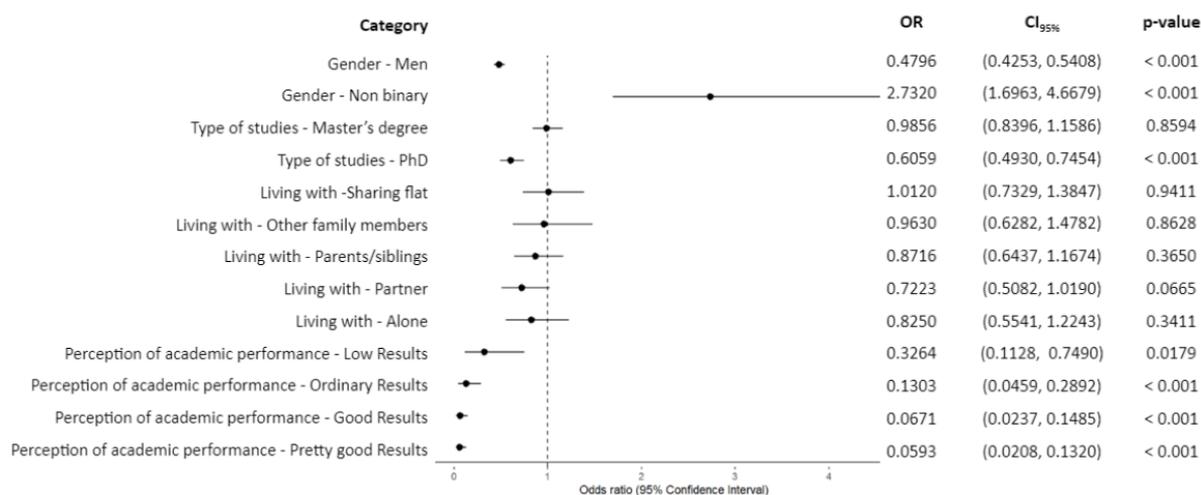
AUC grupo test = 0.6263 (IC_{95%} = (0.4333, 0.8192))

Se observa como para el grupo test, el intervalo de confianza es muy amplio - causado por lo desbalanceada que es la muestra.

Para la sintomatología de ansiedad, las variables significativas son género y percepción de rendimiento académico. Se observa que las personas de género no binario tienen 2.48 más riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad. Su intervalo de confianza es tan ancho [IC_{95%} = (1.5450, 4.2328)] al ser dicho grupo minoritario en una muestra tan grande (suponen el 2.16% de los encuestados, 147 personas). Por su parte, son factores protectores las variables de género varón, reduciendo el riesgo para dicha categoría un 60%, y todas las de percepción de resultados excepto la de referencia, resultados muy bajos. Las variables relacionadas con “Con quién vive el estudiante” no son significativas al incluir dichos intervalos de confianza.

Respuesta: Depresión; Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados)

Para el modelo se considera la variable respuesta como la depresión dicotomizada por el punto de corte comentado en metodología.

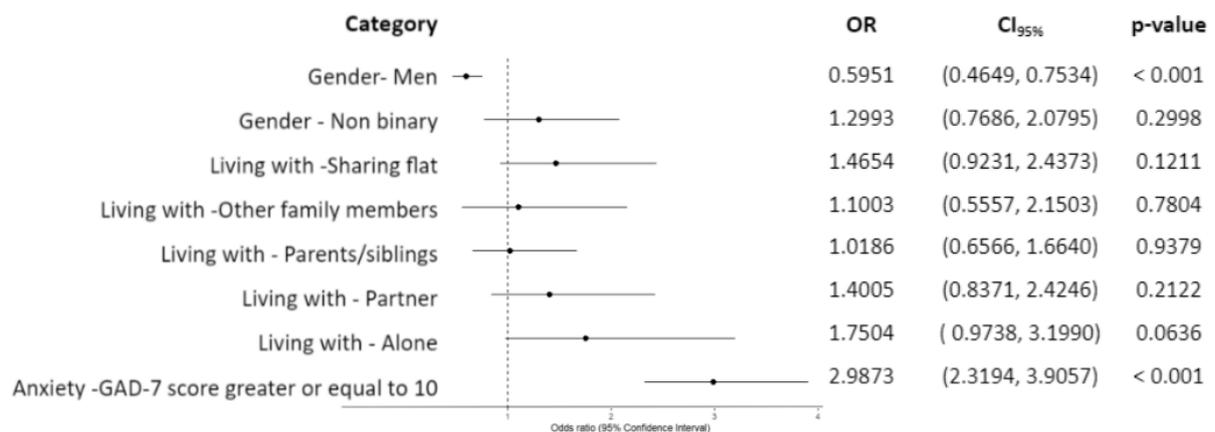


AUC grupo entrenamiento = 0.6753 (IC_{95%} = (0.6657, 0.6849))

AUC grupo test = 0.6441 (IC_{95%} = (0.4215, 0.8669))

Para la sintomatología de depresión, la variable “Viviendo con” no es significativa. Los hombres presentan un 52% menos riesgo de tener dicho trastorno, siendo también factores protectores el estar cursando un doctorado (si bien esta variable presenta un límite superior del IC próximo a 1) o tener cualquier percepción de resultados distinta a “Muy bajos”. De nuevo ser de género no binario actúa como factor de riesgo, teniendo este colectivo 2.73 veces más de riesgo de presentar dicho trastorno frente a las mujeres.

Respuesta = Plantas medicinales 15, Factores: Ansiedad, Depresión, Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados)

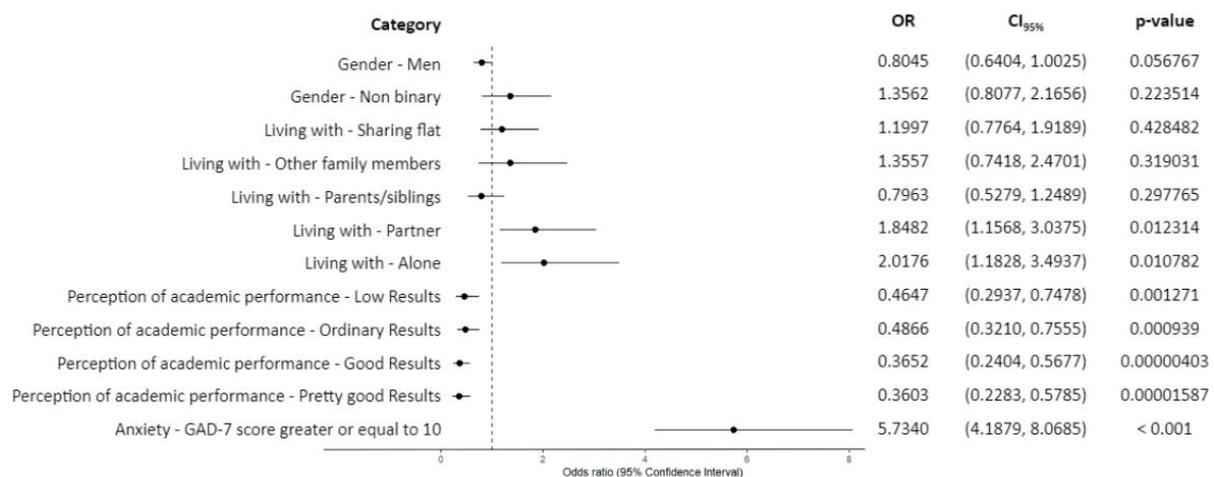


AUC grupo entrenamiento = 0.6377 (IC_{95%} = (0.6144, 0.6609))

AUC grupo test = 0.5556 (IC_{95%} = (0.4123, 0.6989))

En cuanto al consumo de plantas medicinales, las variables de “Percepción de rendimiento académico” y “Tipo de estudios” no son significativas. Las únicas categorías significativas son género hombre, que actúa como factor protector, y tener un puntaje igual o superior a 10 en la escala de GAD-7, teniendo las personas con dicha característica 2.98 más de propensión a dicho evento, en concreto al consumo de plantas medicinales.

Respuesta = Benzodiazepinas, Factores: Ansiedad, Depresión, Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados).

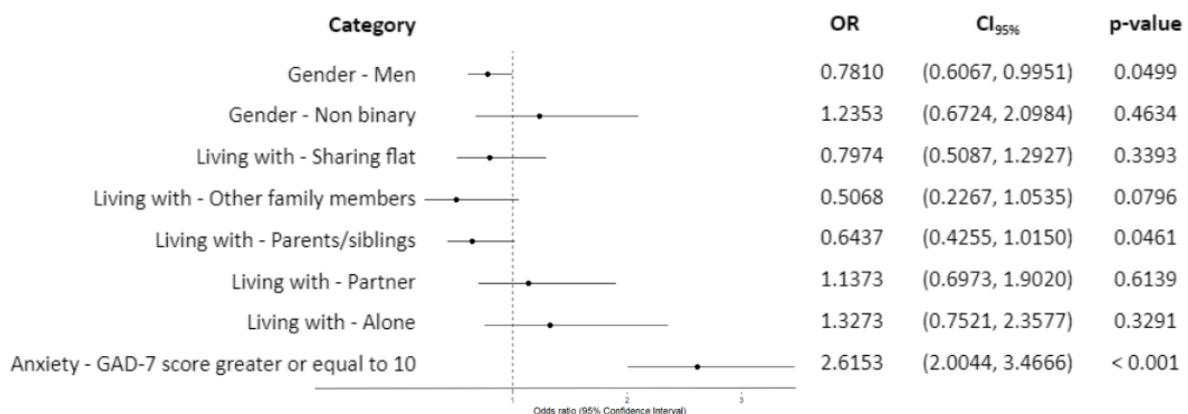


AUC grupo entrenamiento = 0.6931 (IC_{95%} = (0.6814, 0.7048))

AUC grupo test = 0.5657 (IC_{95%} = (0.4363, 0.6952))

Para el consumo de Benzodiazepinas, la variable de “Tipo de estudios” no es significativa. Ni ser varón ni género binario es significativo al incluir su intervalo de confianza al 1, y las categorías de “Percepción de Rendimiento Académico” (excluyendo a “Muy bajo”) actúan como factores protectores del consumo de este fármaco. El vivir con su pareja o solo son factores de riesgo (las personas que viven en pareja tienen 1.85 más de riesgo de consumo que aquellas que viven en colegios mayores/residencias universitarias, y ese riesgo es 2.02 mayor en el caso de los que viven solos) pero es la variable ansiedad la que mayor OR tiene, mostrando que aquellos que presentan 10 o más puntos en la escala GAD-7 tienen 5.73 veces más riesgo de consumir Benzodiazepinas que aquellas con una puntuación inferior.

Respuesta = Melatonina, Factores: Ansiedad, Depresión, Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados).

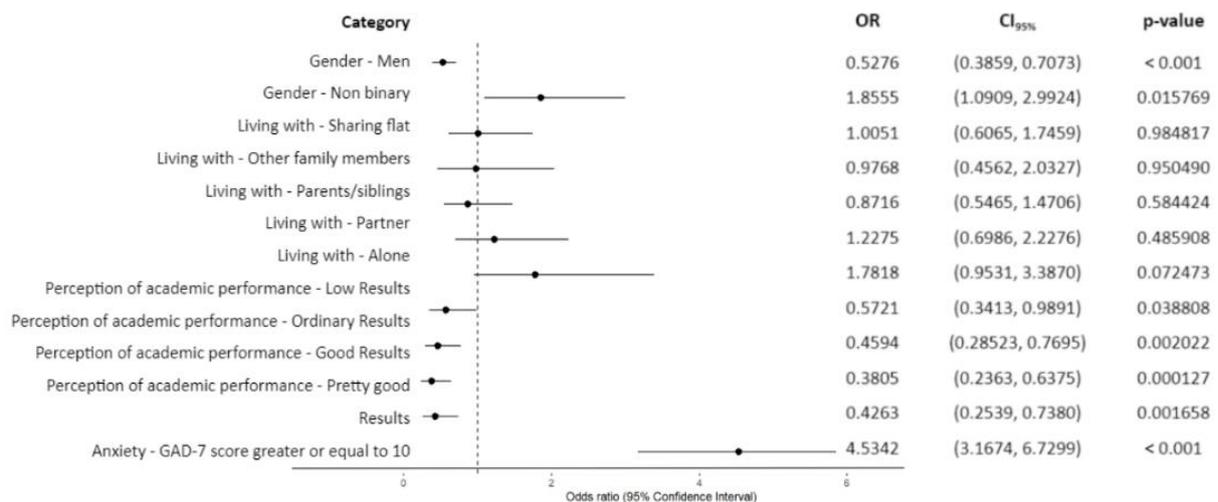


AUC grupo entrenamiento = 0.6758 (IC_{95%} = (0.6525, 0.6992))

AUC grupo test = 0.5679 (IC_{95%} = (0.4225, 0.7132))

Para el consumo de ISRS, la variable de “Tipo de estudios” no es significativa. Tanto ser hombre como las categorías que no son de referencia de “Percepción de Rendimiento Académico” son factores protectores, mientras que género no binario y puntaje superior a 9 son factores de riesgo, teniendo las personas de género no binario 1.85 veces más riesgo de consumo de ISRS frente a mujeres y aquellos con puntaje superior a 9 4.53 veces más riesgo que los que presentan puntuación inferior o igual a 9.

Respuesta = ISRS, Factores: Ansiedad, Depresión, Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados)

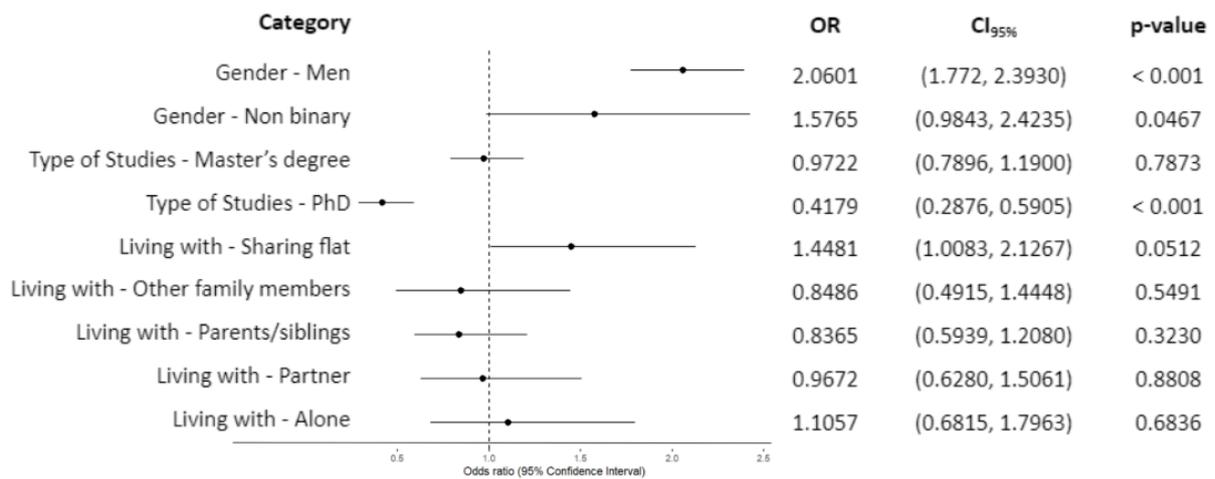


AUC grupo entrenamiento = 0.6758 (IC_{95%} = (0.6525, 0.6992))

AUC grupo test = 0.5679 (IC_{95%} = (0.4225, 0.7132))

Para el consumo de ISRS, la variable de “Tipo de estudios” no es significativa. Tanto ser hombre como las categorías que no son de referencia de “Percepción de Rendimiento Académico” son factores protectores, mientras que género no binario y puntaje superior a 9 son factores de riesgo, teniendo las personas de género no binario 1.85 veces más riesgo de consumo de ISRS frente a mujeres y aquellos con puntaje superior a 9 4.53 veces más riesgo que los que presentan puntuación inferior o igual a 9.

Respuesta = Cannabis, Factores: Ansiedad, Depresión, Factores Demográficos (género, estudios, viviendo, resultados) - últimos 15 días o total? Se muestra a continuación el total.



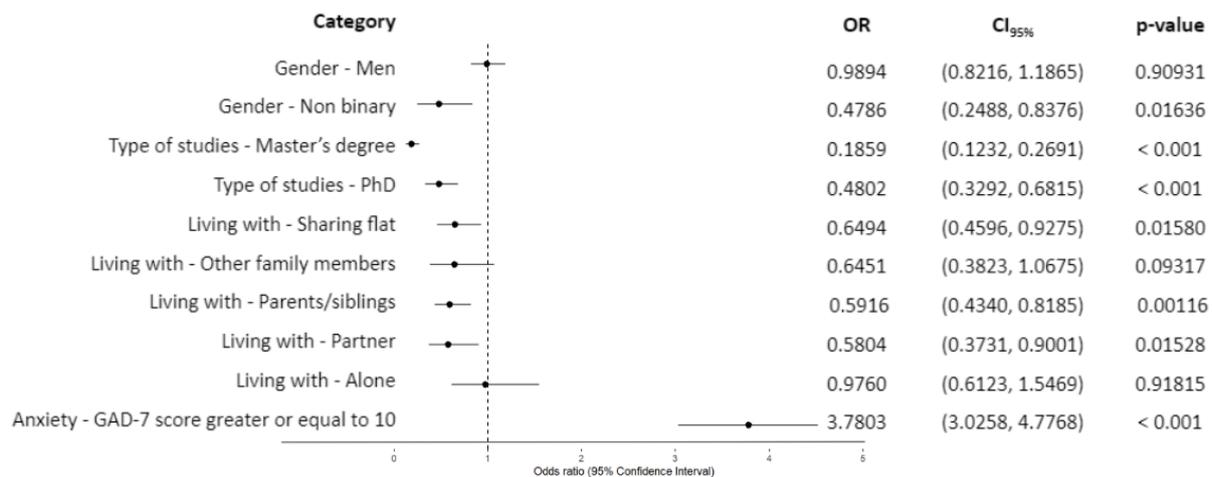
AUC grupo entrenamiento = 0.6205 (IC_{95%} = (0.6073, 0.6338))

AUC grupo test = 0.5473 (IC_{95%} = (0.4298, 0.6648))

Para el consumo de Cannabis, la variable de “Puntuación superior o igual a 10 en escala GAD-7” no es significativa, ni tampoco lo es la “Percepción de Rendimiento Académico”. Estar cursando un doctorado es factor protector (los estudiantes de doctorado tienen un 58% menos de riesgo de consumo de Cannabis) mientras que aquellos que comparten piso tienen 1.45 veces más riesgo de consumir que los de grado y los hombres tienen 2.06 veces más riesgo de consumo que mujeres.

En todos los casos los AUCs obtenidos son inferiores a 0.7, por tanto, si bien estos modelos nos ayudan a identificar qué características de los estudiantes de la UCM están asociadas con cada una de las respuestas, no son suficientes para obtener un perfil de los alumnos que predecir su probabilidad de evento.

Respuesta = Rendimiento Académico, Factores: Ansiedad, Depresión, Factores Demográficos (género, estudios, viviendo)



Para este análisis se dicotomiza la variable “Percepción de rendimiento académico” en dos, mala percepción (very low, low) y buena percepción (ordinary, good, pretty good).

AUC grupo entrenamiento = 0.6664 (IC_{95%} = (0.6489, 0.6839))

AUC grupo test = 0.7453 (IC_{95%} = (0.3919, 1.0987))

Se consideran los OR para aquellos que tienen una mala percepción de sus resultados. Todas las variables son significativas, siendo factores protectores ser de género no binario (tienen un 52% menos riesgo de tener mala percepción de sus calificaciones que mujeres), estar estudiando un máster (81% menos de riesgo que grado), vivir en piso (35% menos que los de colegio mayor/residencia universitaria) y aquellos que viven con padres/hermanos (30% menos) y con pareja (42% menos). Tener 10 o más puntos en la escala GAD-7 actúa como factor de riesgo, teniendo esos estudiantes 3.78 veces más riesgo de tener mala percepción de sus resultados que tener buenos.

Sesgo

Estudio de sesgo mediante la herramienta de 10 items de “*Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement*”.

Para ver si nuestra muestra es representativa de la población de estudiantes de la Complutense, analizamos los datos demográficos públicos de la universidad (<https://www.ucm.es/estudiantes-2021-2022-avance-de-matricula-1>):

- Sexo: se observa que en nuestra muestra, el 73,17% son mujeres mientras que la promoción del 21-22 presenta un 61,90% de mujeres. (Enlace: <https://www.ucm.es/file/e.20-6>)

- Número alumnos según tipo de estudios en la UCM:
 - Grado: 49.388 -> 78,52% (<https://www.ucm.es/file/e.50-5>).
 - Máster: 7.129 -> 11,33% (<https://www.ucm.es/file/e.160-3>).
 - Doctorado: 6.379 -> 10,14% (<https://www.ucm.es/file/e.150-3>).

En nuestra muestra: Grado 79,01%, Máster 13,62%, Doctorado 7,37%

- Facultades:

-

Facultad	UCM (%)	Muestra (%)
Bellas Artes	3.42	4.02
Ciencias Biológicas	2.40	4.05
Ciencias de la Información	7.55	6.10
Comercio y Turismo	4.39	2.03
Derecho	11.69	6.16
Ciencias de la Documentación	0.52	0.78
Ciencias Económicas y Empresariales	5.47	2.84
Educación	6.87	7.41
Enfermería, fisioterapia y podología	3.26	3.15
Estudios estadísticos	0.91	1.24
Farmacia	4.38	4.57
Filología	5.89	7.15
Filosofía	1.21	2.31
Ciencias Físicas	3.21	3.99
Geografía e historia	5.24	6.78
Ciencias Geológicas	0.99	1.24
Informática	3.22	2.59
Ciencias Matemáticas	3.24	2.32
Medicina	5.10	6.22

Odontología	0.99	1.12
Óptica y optometría	1.43	1.46
Ciencias Políticas y Sociología	5.72	6.30
Psicología	4.35	4.47
Químicas	3.12	3.62
Trabajo social	2.61	2.49
Veterinaria	2.83	3.60

Para validez interna: nuestro estudio cumple todas las premisas.

Para validez externa:

- En el ítem 1 aparecen discrepancias respecto de la población total, donde se observa mayor porcentaje de hombres que de mujeres en estos tramos de edad. (Fuente INE).
- Para el ítem 2 se observa cierto grado de discordancia (por el género, mayor desbalance en comparación con la UCM) y también cabe mencionar que el estudio de sesgo se ha hecho relacionando datos de género (por la encuesta) con sexo (datos de la UCM), al no haber datos disponibles de la UCM por género y tener únicamente por sexo.
- El ítem 3: se cuenta con las respuestas de aquellos estudiantes que han decidido voluntariamente participar en el estudio. Ello supone una potencial fuente de introducción de sesgo (sesgo de autoselección), al que podrían responder las elevadas prevalencias observadas a nivel muestral en relación con la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad generalizada y a la depresión.
- Ítem 4 referencia a no respuesta, problema atajado al modificar las preguntas de respuesta abierta en el cuestionario definitivo.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

1. Los alumnos participantes muestran ansiedad severa atendiendo a la escala GAD-7.
2. Los alumnos participantes muestran depresión moderadamente severa o depresión severa según la escala PHQ-9.
3. El perfil de los alumnos que muestran estos trastornos de salud mental es principalmente estudiantes de género no binario, que estudian grado y con una percepción muy baja de su rendimiento académico.
4. En la mayoría de los casos, los síntomas asociados a la ansiedad o la depresión no han cambiado tras la vuelta a la presencialidad. Estos síntomas empeoraron con mayor frecuencia en estudiantes de género no binario y mujeres.
5. Existe un importante infradiagnóstico de los trastornos de ansiedad y depresión en nuestros estudiantes.
6. Los alumnos con diagnóstico actual de trastorno de ansiedad y de depresión son los que presentan en mayor medida sintomatología de grado severo.
7. El diagnóstico de ansiedad y depresión es más prevalente en estudiantes de género no binario y en mujeres, que viven solos y que perciben su rendimiento académico bajo o muy bajo.
8. Los fármacos psicoactivos más consumidos por nuestros estudiantes son valeriana, melatonina, diazepam y lorazepam.
9. Se destaca el consumo de melatonina (formas farmacéuticas de liberación prolongada), diazepam y lorazepam sin prescripción médica.
10. El cannabis es la droga más consumida entre nuestros estudiantes (excluyendo alcohol y tabaco), siendo su consumo preferentemente esporádico.
11. El perfil del alumnado que consume cannabis vive con su pareja, solos o compartiendo piso.

PROPUESTA DE POLÍTICAS DERIVADAS DEL PROYECTO

1. *Realización de proyectos Aprendizaje-Servicio.* Se propone la realización de talleres, a través de un proyecto ApS, sobre ansiedad y depresión, uso racional de medicamentos (particularmente psicótrópos) y riesgos del uso de drogas de abuso en la salud mental. Estos talleres irían dirigidos a la comunidad universitaria y serían impartidos por estudiantes de las Facultades de Medicina, Farmacia y Psicología tutorizados por profesores expertos en las materias. Estos proyectos ApS se solicitan en la convocatoria anual que oferta la Unidad de Diversidad UCM.
2. *PsiCall UCM.* La UCM cuenta con un servicio de atención psicológica (*PsiCall UCM*) que utiliza medios telemáticos (vía telefónica, mail y chat) y está dirigido a cubrir las necesidades psicosociales del alumnado de la UCM. Se propone crear un vínculo directo a *PsiCall* en el propio Campus Virtual para dar mayor difusión y conocimiento a este servicio.
3. *Prevenir los problemas de salud mental y de adicciones.* Se propone que desde la propia UCM se desarrollen actividades dirigidas a los alumnos como cursos de mindfulness, campañas de concienciación sobre uso irracional de psicofármacos y de drogas de abuso en la salud mental, y creación de un punto de información sobre adicciones.
4. *Plan de formación del profesorado.* Creación de un curso de herramientas básicas para lidiar los problemas de salud mental de nuestros estudiantes e identificar factores de riesgo asociados a un uso indebido de medicamentos y de drogas de abuso.