

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE
LA UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC.**

Proyecto de grado presentado a consideración de la Universidad de la Costa CUC, como
requisito para optar a grado académico de psicología.

Autora

Giuliana Lascarro Blanco

Nota sobre las tutoras

Tutora: Claudia Robles Haydar

Cotutora: Luz Miriam Ibáñez

UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Noviembre 2022



Contenido

Resumen	7
Abstract	8
Planteamiento Del Problema	9
Justificación	13
Objetivos	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos:	16
Marco Teórico Y Estado Del Arte	17
Depresión	17
Enfoque Conductual De La Depresión	17
Enfoque Psicoanalítico De La Depresión	19
Enfoque Cognitivo Conductual De La Depresión	21
Enfoque Cognitivo De La Depresión de Beck	21
Ansiedad	23
Enfoque Psicoanalítico De La Ansiedad.	24
Enfoque Existencialista De La Ansiedad.	25
Enfoque Cognitivo De La Ansiedad.	27
Enfoque Cognitivo De La Ansiedad Estado/Rasgo.	29
Estrés	31

Enfoque Del Estrés: Estimulo, Reacción E Interacción	33
Enfoque del estrés bajo tensión cerebral	35
Enfoque Del Estrés Percibido	37
Metodología	38
Enfoque de investigación	39
Diseño	39
Población	39
Muestra	40
Instrumentos	43
Inventario De Depresión De Beck BDI 1983.	43
Inventario De Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) De Spielberger Et Al (1999)	43
Escala de estrés percibido EEP 14 46	44
Cuestionario de caracterización sociodemográfica	45
Procedimiento	45
Resultados y análisis de datos	47
Discusión	53
Conclusiones	57
Referencias	60

Listado de figuras**Figuras**

Figura 1. <i>Número de estudiantes por carrera</i>	41
Figura 2. Porcentaje de estudiantes por sexo	41
Figura 3. Porcentaje de estudiantes por rango de edades	42
Figura 4. Porcentaje de estudiantes por semestre	42
Figura 5. Porcentaje de estudiantes por modalidad	43
Figura 6. Porcentaje de estudiantes por jornada	43
Figura 7. Número de estudiantes por estrato socioeconómico	44
Tabla 1. Depresión Totales (agrupado)	48
Tabla 2. Depresión por edades	49
Tabla 3. Depresión por sexo	49
Tabla 1.1. Totales AE Hombres	50
Tabla 1.2. Totales AE Mujeres	51
Tabla 1.3. Totales AR Hombres	51
Tabla 1.4. Totales AR Mujeres	52
Tabla 1.5. Totales Estrés	53

Agradecimientos

A pesar de ser la autora de este proyecto, han sido muchas las personas y situaciones sin las cuales no hubiese podido culminar con éxito este trabajo.

Agradezco a la vida, especialmente a las dificultades y a los momentos de crisis, pues estos han forjado mi carácter y me han convertido en la persona que soy hoy en día.

Agradezco a los momentos y crisis de ansiedad por mostrarme que soy mucho más que mis miedos y temores. Por enseñarme la fortaleza tan inmensa que hay dentro de mí, la cual desconocía por completo, pero también por mostrarme que soy vulnerable y que eso no necesariamente es algo negativo, porque eso me hace humana.

Los momentos de dificultad que he atravesado, me han inspirado en sobremanera para realizar este proyecto y dedicar mi vida profesional al tema de la salud mental y a ayudar a otros a enfrentar y vencer sus temores.

Quiero agradecer a mis padres, por brindarme su apoyo y confianza incondicional, y por ser ese pilar fundamental para seguir luchando por mis sueños.

A mi madre, mi inspiración más grande, quien me ha demostrado a través del ejemplo el verdadero significado de las palabras amor y fuerza. Una mujer cuya paciencia y nobleza me han impulsado a ser cada día una persona más fuerte, valiente y generosa.

A mi padre, quien me ha aconsejado y guiado a lo largo de mi vida, siempre procurando mi bienestar.

A mis hermanos, quienes siempre han confiado en mis cualidades y capacidades, y han estado allí en los momentos más críticos de mi proceso. Mis compañeros y amigos de vida.

A mi amigo incondicional y a quién admiro y aprecio mucho, Camilo Solano, por su compañía y apoyo a lo largo de este proceso, no solo como amigo sino también como guía. Con su conocimiento siempre estuvo dispuesto a enseñarme a hacer las cosas de una mejor forma y cuya paciencia y amor me sostuvieron durante momentos difíciles.

A mis tutoras de tesis, Claudia Haydar y Luz Ibáñez, mujeres ejemplares que se caracterizan por la paciencia y pasión por enseñar, sin ellas este proyecto no hubiese podido suceder de esta manera.

A aquellos docentes que indudablemente marcaron mi paso y camino por la vida universitaria, quienes me apoyaron en la realización de este proyecto, y siempre me dieron palabras de afirmación y confianza: Claudia Arenas y Alex Vásquez ¡gracias por confiar en mí!

Agradecimiento especial para la docente Claudia Arenas, quien conocí en el primer semestre, en el primer capítulo de esta hermosa carrera y quién desde entonces, siempre ha estado dispuesta a extenderme una mano en lo que he necesitado. con respecto a mi formación y crecimiento profesional, cuya disposición ha sido evidente y un ejemplo de mujer.

Dedicatoria Especial

-A mi madre: te dedico cada uno de mis logros y mis esfuerzos.

Resumen

Tras observar los preocupantes resultados de investigaciones nacionales e internacionales que documentaron aumentos significativos en cuadros de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociados a la crisis de salud mental que se derivó del SARS-CoV-2 y las medidas de aislamiento masivo tomadas durante la pandemia, este trabajo tiene como objetivo estimar los niveles de estos cuadros en una población local de universitarios de pregrado con el fin de conocer su estado de salud mental, para estimular el diseño e implementación de estrategias que promuevan el bienestar mental y mitiguen el impacto de la coyuntura a nivel de dicha población.

Para ello, se aplicó el Inventario de depresión de Beck BDI II (Beck, 1983), el Inventario de ansiedad Estado/Rasgo STAI (Spielberger et al. 1999), La Escala de estrés Percibido EEP-14 (Cohen et al. 1983) y un cuestionario de caracterización sociodemográfica sobre una muestra de 369 estudiantes de pregrado, entre 18 y 29 años, de la Universidad de la Costa. Los resultados confirmaron la presencia de importantes puntajes en la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés sobre la muestra estudiada, especialmente en mujeres. Se exponen y discuten los resultados con las respectivas cifras obtenidas y las conclusiones. Los niveles de depresión, ansiedad y estrés que se encontraron sobre la población de este estudio tienen implicaciones que van más allá del contexto educativo. Estos resultados son útiles para el análisis del estado de salud mental de los estudiantes de la Universidad de la Costa, así como también para generar alertas, programas y estrategias en pro de promover el bienestar de esta comunidad.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, estrés, estudiantes universitarios, salud mental.

Abstract

After observing the worrying results of national and international research that documented significant increases in depression, anxiety and stress in university students associated with the current mental health crisis related to SARS-CoV-2 and the mass isolation measures taken during the pandemic, this investigation aims to estimate the incidence and prevalence of symptoms associated with these conditions in a local population of undergraduate university students in order to know their state of mental health, to stimulate the design and implementation of strategies that mitigate the impact of the situation at the level of the mentioned population as well as to promote their mental health.

For this, the Beck Depression Inventory BDI II (Beck, 1983), the State/Trait Anxiety Inventory STAI (Spielberger et al. 1999), the Perceived Stress Scale EEP-14 (Cohen et al. 1983) were applied. and a sociodemographic characterization questionnaire on a sample of 369 undergraduate students, between 18 and 29 years old, from the Universidad de la Costa. The results confirmed the prevalence of depression, anxiety and perceived stress in the studied sample, especially in women. The results are presented and discussed with the respective figures obtained and the conclusions. The levels of these conditions found on the population of this study, have implications that go beyond the educational context. These results are useful for the analysis of the mental health status of the students of the Universidad de la Costa, as well as to generate alerts, programs and strategies to promote the well-being of this community.

Keywords: depression, anxiety, stress, university students, mental health.

Planteamiento Del Problema

La ansiedad y la depresión son dos de los problemas mentales más comunes y se presentan especialmente en adultos jóvenes (Ortiz & Robalino, 2019). Así mismo, el estrés es una enfermedad que va en aumento a nivel mundial y genera mucha preocupación ya que al igual que la depresión y la ansiedad, afecta sin importar edad, género, raza o estatus socio económico (Ávila, 2014).

La depresión es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) una crisis mundial ya que, según sus estimaciones, más de 300 millones de personas la padecen. De este modo, se advierte que esta enfermedad es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y que las pérdidas económicas que provoca exceden un billón de dólares cada año (ONU,2017).

En concordancia con lo anterior, su consecuencia más grave es cuando conduce al suicidio, situación que provoca anualmente unos 800.000 fallecimientos y que es a su vez la segunda causa principal de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2020). Por los motivos ya expuestos, los jóvenes están posicionados como una población de atención prioritaria y de riesgo frente a esta problemática (UNICEF, 2017).

Por otro lado, un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud, estima que más de 250 millones de personas en todo el mundo padecían en 2015 algún tipo de fobia, ataques de pánico, comportamiento obsesivo-compulsivo y desórdenes postraumáticos, los cuales hacen parte de los trastornos de ansiedad (OMS, 2017). Los trastornos de ansiedad han demostrado presentar alta comorbilidad con la depresión (Agudelo et al,2008), y son condiciones altamente prevalentes y más comunes en estudiantes universitarios (Ortiz & Robalino, 2019) ambos afectan la calidad de vida y el

rendimiento en el trabajo, disminuyen la participación en la vida personal, la capacidad para hacer frente a retos cotidianos, precipitan la interrupción de la educación, la pérdida del empleo (ONU, 2012) y además, incrementan el riesgo de padecer otras enfermedades (National Institute of Mental Health [NIH], 2015).

En el mismo orden, un estudio realizado por la Organización de Naciones Unidas, en Latinoamérica, muestra que Brasil es el país que más casos de depresión y ansiedad sufre, con un 5,8 y 9,3% de prevalencia; seguido de Cuba, Paraguay, Chile y Uruguay (ONU, 2017). Colombia ocupa el puesto número ocho entre los países con más casos de depresión en América Latina y el séptimo en ansiedad con un 5,8% de prevalencia (OMS, 2017).

Así mismo, la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por Gómez et al. (2015) en Colombia, muestra que el 40,1 % de la población que se encuentra entre los 18 y los 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental. Al respecto, éste indica que la enfermedad mental más común es la depresión: el 4,7 % de los colombianos sufren de esta enfermedad, un porcentaje más alto que el promedio mundial de 4,4%. Se estima que en países de ingreso bajo y mediano como Colombia, más del 75% de las personas con afecciones de salud mental no reciben tratamiento alguno (ONU, 2020).

Al mismo tiempo, el estudio nacional de Salud Mental realizado en Colombia en el 2015 muestra que, en los sujetos de 18 a 44 años, los síntomas ansiosos están presentes en por lo menos un 52,9% de las personas, siendo 59,3% de las mujeres y 46,4% de los hombres. Respecto al número de síntomas depresivos, el 80,2% de los adultos del grupo manifiestan al menos un síntoma (Gómez et al, 2015).

En el mismo orden, una investigación realizada por Arrieta et al (2013), en estudiantes universitarios de Cartagena, arrojó resultados frente a la prevalencia de síntomas ansiosos en un 37,4%, depresivos en un 56,6% y de estrés en un 45,4% de la población. Los factores asociados a estos síntomas fueron falta de apoyo de amigos, disfunción familiar, dificultades económicas y falta de tiempo para descansar.

En lo que transcurrió de la pandemia, un estudio de la universidad de Ottawa liderado por Judea Cénat (2020), mostró que la prevalencia de ansiedad sobre la población estudiada fue de un 15%, de depresión 16% y 22% de estrés, y el impacto fue más crítico en los jóvenes (Cénat, 2020). Otro estudio mundial titulado PSY-COVID-19 que se realizó en el 2021 para evaluar la salud mental en distintos países, mostró que en Colombia las cifras fueron más altas en los adultos jóvenes que para el resto de la población: 37% para la ansiedad y 48% para la depresión, lo cual posiciona a los jóvenes como los más afectados psicológicamente por los efectos de la pandemia, convirtiéndola en un foco de atención prioritaria (Sanabria et al, 2021).

Así mismo, el estrés es también una de las problemáticas de salud mental más comunes y que afecta a una mayor cantidad de personas alrededor de todo el mundo. Lazarus (1986) define el estrés como una carga o demanda externa en un sistema biológico, social o psicológico. Este puede definirse como un estado generado por una cantidad de demandas insólitas y excesivas que amenazan el bienestar o integridad del sujeto. Así mismo, es una problemática considerada como la enfermedad del siglo XX (Yepes, 1999) no solo por su alta prevalencia sino por las consecuencias que genera.

Ahora bien, la coyuntura de salud mental derivada del COVID 19 empeoró esta situación: La OMS indicó que la pandemia fue trágica para los estudiantes, ya que estos

tuvieron que adaptarse a las clases a distancia, con escaso contacto con profesores y compañeros, además de sentirse llenos de ansiedad sobre su futuro (OMS, 2020).

Así entonces, la pandemia causó un impacto enorme en el bienestar psicológico de los jóvenes alrededor de todo el mundo. Al respecto, la Asociación Americana de Psicología (APA) advirtió que la pandemia representó una crisis psicológica debido a que el aislamiento, los cambios en la vida diaria, la pérdida del trabajo, las dificultades económicas y el dolor y preocupación por la muerte de seres queridos, tienen el potencial de afectar la salud mental y el bienestar. En particular, advirtieron que los cuadros más recurrentes durante la pandemia fueron la ansiedad, ataques de pánico, depresión y suicidio (APA, 2020).

En este orden de ideas, los jóvenes ingresan generalmente a la universidad con la expectativa de alcanzar un posicionamiento y reconocimiento social que les garantice estabilidad laboral; es un medio altamente competitivo y muchos estudiantes no cuentan con los recursos económicos, el apoyo social, familiar o con los recursos psicológicos funcionales que les permitan manejar adecuadamente los retos que son propios del proceso de enseñanza – aprendizaje, lo que conduce a desarrollar conductas de riesgo (Caballero, 2012).

Es por lo expuesto anteriormente que surge la pregunta problema: ¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa?

Justificación

En la actualidad, los problemas de salud mental han sido el foco de un sinnúmero de investigaciones no solo por su alta prevalencia (Alonso, 2004; Agudelo, et al. 2008) sino también por su marcado efecto en la calidad de vida y su relación con problemáticas académicas (Sañudo et al. 2006), sociales (Martínez, 2014; Agudelo et al, 2008), conductuales (Martínez, 2014; Arrivillaga, et al. 2003) e incluso físicas (Martínez, 2014; González, et al. 2009).

La depresión es uno de los problemas psicológicos que más tienen la capacidad de influir negativamente sobre nuestra vida y actividades cotidianas, ya que se caracteriza por sentimientos de culpa, auto denigración, tristeza y pesimismo (Flores et al, 2007). En los últimos tiempos la depresión ha venido siendo etiquetada como uno de los trastornos que más dolor y sufrimiento produce en quienes la padecen y que en distintos grados afecta a un alto porcentaje de la población, lo que la convierte en uno de los principales motivos de consulta clínica (Arrivillaga et al, 2003).

Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un intenso malestar interior que la persona considera incapaz de controlar y que también suele manifestarse en muchos casos como síntoma de la depresión (Flores et al, 2007).

En la etapa de la juventud, la persona normalmente no cuenta con estabilidad económica y laboral, lo cual también está relacionado con la aparición de ansiedad y estrés, además del temor hacia el futuro y el cumplimiento de metas y expectativas generadas por la sociedad. Particularmente, en la vida universitaria, la ansiedad puede aparecer como reacción ante nuevos desafíos como la carga y exigencias académicas, el compromiso y el esfuerzo constante.

Tal y como lo menciona Martín (2007), trabajos sobre el tema han dejado en evidencia la presencia de altos niveles de estrés en poblaciones universitarias, llegando a mayores resultados en los primeros semestres de la carrera y en los períodos inmediatamente anteriores a los exámenes. Esto lleva a concluir que los altos niveles de estrés en estudiantes universitarios están presentes especialmente ante situaciones que impliquen altas exigencias académicas.

De este mismo modo, en congruencia con las afirmaciones de Martínez (2014) las exigencias académicas y estructurales del mundo universitario son completamente diferentes a las de los niveles educativos a los que se estaba acostumbrado (escuela) y por lo general el joven no cuenta con información ni preparación suficiente para esta importante transición. En este sentido, el ingreso a la universidad constituye un momento crucial en la vida del estudiante, el cual puede sentirse agobiado y preocupado al no saber cómo sobrellevar los nuevos retos propios del mundo universitario.

Hasta este punto, ya se ha mostrado que la depresión y la ansiedad tienen una gran prevalencia en estudiantes universitarios (Agudelo et al, 2008), por lo que resulta de suma importancia identificar y prevenir esta problemática a una edad temprana como lo es la juventud.

La Organización Mundial de la Salud, en su plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020, reconoce las limitaciones y las diferentes problemáticas que atraviesan los países a la hora de atender la salud mental. Sin embargo, hace énfasis en la importancia de elaborar planes de promoción y prevención que ayuden a superar esta brecha. Es por esto que la finalidad de la presente investigación es conocer los niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de pregrado, para ofrecer un conocimiento que pueda aportar a la implementación de estrategias con el fin fomentar el bienestar mental y

general, reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con cuadros de depresión, ansiedad, estrés a nivel social, personal y en el ámbito educativo también (OMS, 2013).

A nivel institucional, esta información permitirá generar alertas y programas de prevención, promoción e intervención en salud mental dirigidos a la comunidad Universitaria. De esta manera, se busca aportar no solo al ámbito científico, sino a la sociedad y a la Institución, desde su misión dentro de la cual tiene estipulado formar profesionales integrales, considerando parte de dicha integridad el bienestar mental y la felicidad sostenible.

Entendiendo que desde la perspectiva de la salud mental y en el marco de la clarificación conceptual que se ocupa, hay que hacer todo lo posible para que el ambiente institucional sea vivenciado por los estudiantes de forma positiva (Martínez, 2014). En esta misma línea, se aportará conocimiento científico a nivel institucional en la línea de investigación perteneciente al área de neurociencia cognitiva y salud mental.

Objetivos**Objetivo General**

Describir los niveles de depresión, ansiedad, y estrés en estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar los niveles de depresión (ausente, leve, moderada y severa) en estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa.
- ✓ Determinar los niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa (Muy bajo, medio bajo, promedio, medio alto y muy alto).
- ✓ Conocer la frecuencia con que perciben estrés los estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa (Casi nunca, de vez en cuando, a menudo, muy a menudo).

Marco Teórico Y Estado Del Arte

En esta sección se realizará una revisión sobre distintas visiones teóricas, síntomas, causas, consecuencias y factores relacionados a la depresión, ansiedad y estrés.

Depresión

Concepto De Depresión

Si bien el término depresión ha venido evolucionando, gracias al desarrollo y aplicación de distintas teorías, se puede definir como un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por una profunda tristeza que frecuentemente va acompañada de sentimientos de desesperanza, desmotivación y culpa, que le dificultan al sujeto disfrutar de la vida (APA, 1987).

Enfoques Teóricos De La Depresión. Algo que tienen en común los distintos autores es que consideran que la depresión tiene repercusiones tanto motivacionales, como emocionales y conductuales (Freud, 1917; Ferster, 1973; Ellis, 1995; Beck, 1983).

Enfoque Conductual De La Depresión. El primer autor en aplicar el análisis funcional al estudio de la conducta depresiva fue Ferster (1973) quien inicialmente parte de la definición del comportamiento, para luego centrarse en la medición de su frecuencia y así poder dar explicación a esta.

De este modo intenta explicar cómo se genera la depresión a partir del conductismo. Considerando que, desde esta corriente a mayor refuerzo, mayor repetición de la conducta, Ferster (1973) explica que el comportamiento depresivo se caracteriza, por un lado, por un exceso de conductas evitativas ante los estímulos aversivos y un exceso de conductas irracionales. Por otro lado, se presenta un déficit de conductas

reforzadas ya sea positiva o negativamente que tengan un rol de control efectivo sobre el medio (Ferster, 1973).

Así mismo, considera que la alta ocurrencia y frecuencia de conductas irracionales y evitativas no representan una alta motivación, sino que más bien se logran mantener por medio de la estimulación aversiva (entendiendo que el refuerzo negativo incrementa la conducta), y se desperdician ya que no existen conductas con las cuales competir para dar fin al reforzamiento negativo (Ferster, 1973).

Desde la mirada de este autor, se puede concluir que la depresión se da como una respuesta a la ausencia o déficit de estimulación positiva y por un exceso de conductas evitativas ante estímulos negativos, ya que el sujeto depresivo huye a los estímulos que considera amenazantes, lo cual representa inmadurez psicológica para enfrentar los retos y eventos negativos que se presentan a lo largo de la vida, que a su vez dejan en evidencia la escasez de recursos y herramientas psicológicas con las que cuenta la persona para resolver estos conflictos.

En conclusión, Ferster (1973) afirma que no existen procesos o recetas terapéuticas estandarizadas para la depresión, sino que más bien, estos dependen únicamente del proceso de aprendizaje, el cual es completamente distinto en cada individuo. Es decir, el análisis funcional (del cual se desprende la terapia), no condiciona, sino que más bien permite flexibilidad para ajustar el tratamiento a cada caso concreto.

En contraste, Lewinsohn (1974) aborda la depresión desde un punto explicativo que tiene como eje el entorno. Plantea que el trastorno depresivo se da por un medio con déficit de reforzadores, escasas de habilidades sociales para obtener los refuerzos y, un repertorio pobre de refuerzos potenciales para el individuo. Para él, los estímulos que han

adquirido valor de reforzamiento dependen de su historia única de aprendizaje y de características personales como la edad, el sexo, etc.

Así mismo, otro de los autores que abordó la depresión desde el enfoque conductual, fue Biglan (1991) quien, tras una serie de revisiones, concluye que las conductas más comunes de los depresivos (llantos, quejas, ideas de minusvalía, etc) cumplen con una función específica: disminuir la probabilidad de recibir castigo del mundo y de los demás.

Enfoque Psicoanalítico De La Depresión. Desde el psicoanálisis, Freud se refería a la depresión como melancolía y desarrolla las particularidades del fenómeno depresivo en Duelo y Melancolía (Freud, 1917).

Freud (1917) refiere que la melancolía se caracteriza por un estado psíquico profundamente dolido, una pérdida de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad afectiva (dar amor), una disminución en el rendimiento y productividad y una rebaja en el sentimiento de auto valía que se manifiesta como autorreproches, acusaciones y auto denigraciones y que el sujeto, puede incluso esperar un castigo a manera de delirio.

Desde esta perspectiva, Freud (1917) compara el duelo con la melancolía afirmando que son múltiples las similitudes de ambos cuadros, lo cual justifica un estudio paralelo de estos. Sin embargo, hace énfasis en que en la melancolía se manifiestan perturbaciones del amor propio, mientras que en el duelo no; es decir, el melancólico presenta una impresionante disminución del amor propio, es decir, un empobrecimiento del yo.

Otra de las diferencias entre duelo y melancolía que expone, es que en el duelo nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente, en cambio, en la melancolía se da una

pérdida de objeto, esto es, que el sujeto reconoce a quien ha perdido, pero no es consciente de lo que ha perdido de sí mismo con dicha pérdida (Freud, 1917).

Así mismo, la melancolía es causada por una pérdida desconocida que tiene una función interna de inhibición con un efecto en este estado (Freud, 1917). Sin embargo, explica que la melancolía a su vez produce un gran enigma: el no poder averiguar que es aquello que afecta y absorbe tanto al sujeto melancólico.

Por consiguiente, en la melancolía, la persona se percibe como indigna de toda estimación, incapaz, sin ninguna valía y condenable, lo cual es causado por rasgos ofrecidos por el *yo*, como ya anteriormente se ha mencionado. Al igual que el enfoque depresivo de Beck (1983) que se verá más adelante, Freud (1917) postuló que el melancólico se reprocha constantemente, se insulta amargamente, se denigra, y espera un castigo.

De este mismo modo, comparte algunos de los síntomas psico somáticos característicos de la melancolía como el insomnio y la falta de apetito, afectivos como auto humillaciones y juzgamientos y cognitivos como delirios de empequeñecimiento (Freud, 1917).

Desde estas posturas, son notables las diferencias que cada autor atribuye a las causas de la depresión. Mientras para Ferster (1973) la aparición de la depresión se debía al reforzamiento y en general al condicionamiento, para Freud ésta tiene sus raíces en impulsos negativos reprimidos que, a través de este mecanismo de defensa, fueron enviados al inconsciente para más adelante reaparecer en forma de *melancolía*.

Enfoque Cognitivo Conductual De La Depresión. Mas adelante, se desarrollaron los enfoques cognitivo-conductuales. Sus autores principales, Beck (1983) y Ellis (1995),

proponen modelos para la depresión basados en los pensamientos, estilos cognitivos e ideas irracionales.

La Terapia Racional- Emotivo Conductual de Ellis (1995) propone que las personas presentan depresión debido a las interpretaciones irracionales basadas en el absolutismo no confirmado, punitivas, pesimistas y auto denigrantes que presentan sobre los sucesos de su vida y, esta tendencia irracional se fundamenta en la carente variedad, diversidad, discriminación, y elección presente en sus evaluaciones de los sucesos.

Lo que Ellis (1995) proponía, era una terapia con el objetivo de modificar activamente las creencias y conductas contraproducentes, auto punitivas y rígidas del paciente a través de un análisis racional, con el objetivo de comprender sus creencias irracionales y sustituirlas por una postura más racional y acorde a la realidad (reestructuración cognitiva).

Enfoque Cognitivo De La Depresión de Beck. En su teoría cognitiva de la depresión, Beck (1983), explica este trastorno a partir de tres conceptos básicos: la triada cognitiva, las distorsiones cognitivas y la visión negativa hacia el futuro.

En primer lugar, la triada cognitiva consiste en que el sujeto con un sistema cognitivo propenso a la depresión está caracterizado por creencias y pensamientos negativos y pesimistas de sí mismo, el mundo y el futuro; de estos elementos, el primero que suele aparecer son los pensamientos negativos sobre sí mismo, ya que el sujeto generalmente tiene un autoconcepto negativo, en el cual se percibe en un estado de miseria, minusvalía, enfermedad, atribuyendo a esto un defecto propio ya sea de tipo físico, psíquico o moral, lo cual como consecuencia genera que la persona se subestime y considere que no merece nada (Beck,1983).

El segundo elemento se trata de las distorsiones cognitivas; esto significa la tendencia del sujeto a percibir a interpretar sus experiencias como sucesos negativos; la poca objetividad del sujeto no le permiten evaluar los sucesos como eventos normales de la vida cotidiana, sino que cree que todo lo que sucede en su entorno es frustrante, negativo y tiene reacciones pesimistas ante quienes le rodean (Beck,1983).

Por último, la visión negativa que tiene el sujeto hacia el futuro no le permite ver aspectos positivos o alentadores. Es decir, cada vez que piensa en realizar algún tipo de acción a futuro, tiende a creer que va a fracasar o que no será tomado en cuenta.

En este orden de ideas, se nota como Beck propone una teoría a través de la cual le da explicación a la depresión con base a los pensamientos, esquemas, y la interpretación de los sucesos de la vida. Plantea un modelo de la depresión, en el cual considera que esta se debe a una propensión del sujeto a tener un estilo cognitivo específico (de tipo negativo) el cual denomina *la triada cognitiva*. Esto quiere decir que los sujetos depresivos se caracterizan por tener una estructura cognitiva que les hace pensar negativamente acerca de sí mismo, el mundo y el futuro. Por esta razón, tienen una propensión a ver el mundo de manera negativa y, por tanto, se les dificulta ver aspectos positivos de la vida y disfrutar la misma (Beck, 1983).

Estas ideas negativas, contribuyen a la adquisición y mantenimiento de la depresión. Por lo cual, para poder mejorar esta condición, es necesaria su reestructuración (Beck, 1983).

Posteriormente, propone un modelo teórico para explicar la adquisición de la depresión, basándose en una teoría de *esquemas* definidos como *estructuras cognitivas* que sirven para procesar la información entrante, girar la atención, las expectativas, la interpretación y el fundamento de la memoria, teniendo como eje la existencia de

esquemas y de *autoesquemas* de contenido negativo, los cuales sirven como factores causales de la adquisición de la depresión (Flores, 2007).

Aunque todas las visiones teóricas ya expuestas han sido valiosas para llegar al desarrollo del concepto de depresión que tenemos hoy en día, la teoría en la cual se basó esta investigación fue la del enfoque cognitivo para la depresión de Beck (1983), ya que el Inventario de Depresión de Beck ha mostrado alta validez y consistencia interna (González, 2009), tiene alta aceptación y uso en el mundo de la investigación de la depresión (Olmedilla, 2009) y ha mostrado un índice de fiabilidad que permite afirmar que su uso es adecuado para fines investigativos y de diagnóstico en estudiantes universitarios Colombianos (Maldonado et al, 2021).

Ansiedad

Concepto De Ansiedad

La ansiedad es una respuesta adaptativa que aparece frente a la anticipación de un peligro o amenaza real o imaginario y que viene acompañada de manifestaciones somáticas, caracterizada por una preocupación excesiva, tensión emocional y una sensación displacentera (Sierra et al, 2003).

También se usa con frecuencia el término *miedo* para referirse a la ansiedad. Sin embargo, este último se debe más a un peligro real y objetivo, mientras que la ansiedad puede ocurrir sin la presencia de un objeto o peligro real y concreto (Martínez, 2014).

Enfoques Teóricos De La Ansiedad. Así como ha ocurrido con la depresión, la ansiedad también ha pasado por diferentes acepciones desde los distintos enfoques que han surgido. Por ejemplo, desde los enfoques psicoanalíticos y existencialistas se le conoce como *angustia*. Aun así, la interpretación y eje que le da cada autor es distinta.

Enfoque Psicoanalítico De La Ansiedad. Freud, quien fue uno de los primeros en explicar psicológicamente la *angustia*, la definía como un estado o condición afectivamente displacentera que se caracterizaba por el *nerviosismo* en la personalidad de quienes la padecían y llegó incluso a hablar de los síntomas: Taquicardia, hiperventilación, sudoración excesiva, temblores, vértigo y muchas más manifestaciones fisiológicas y comportamentales (Freud, 1933).

Son múltiples los trabajos de Freud en los que habla de la ansiedad. En 1894, le otorgó a la angustia un papel fundamental en el desarrollo de su teoría psicoanalítica proponiendo las *tres teorías de la ansiedad* (Freud, 1894). En primer lugar, postula que la ansiedad se produce por un exceso de excitación acumulada que busca ser expulsada a través de la vía somática. Posteriormente Freud (1917) propone que este estado de angustia producido por la ya mencionada excesiva carga excitatoria, se realiza por acción de la represión ante un impulso considerado inaceptable que hace un intento por representarse de manera consciente.

Del mismo modo que en la depresión, Freud (1933) consideraba que la ansiedad se da como resultado de una descarga de emociones reprimidas y tensiones sexuales nunca saciadas. Cuando aparecen ideas sexuales percibidas como peligrosas, estas son reprimidas y se bloquea la energía libidinal de su expresión normal, la cual se acumula y se transforma automáticamente en ansiedad.

Del mismo modo, Freud (1926) postuló que, contrario a lo que había planteado antes, la represión no era la causa de la ansiedad, sino más bien la consecuencia. Terminó por definir la angustia como una alerta o una respuesta interna que avisaba de un peligro o amenaza, que tenía su origen en experiencias traumáticas los primeros años de vida. Agregó, además, una diferenciación entre ansiedad automática y ansiedad señal, en ambos casos, se producía por el estado de *desvalimiento* psíquico del niño.

Posteriormente amplió la concepción de angustia como una señal de alerta y agregó que el peligro podría provenir tanto del mundo exterior (ansiedad objetiva o miedo) como del mundo o impulsos internos (denominados como ansiedad neurótica o subjetiva) (Freud, 1933).

Enfoque Existencialista De La Ansiedad. Desde este enfoque, el existencialista May (1974) plantea que la ansiedad es una condición de vida per se, por lo cual es imposible evitarla, y que, para poder utilizarla en beneficio propio, es necesario aprender a convivir con ella.

El criterio diferencial entre la ansiedad positiva (lo cual denomina nivel constructivo) y nivel neurótico (o negativo) está en la forma en como el sujeto la enfrenta e integre a su experiencia. May (1974) propone una perspectiva en la cual es primeramente necesario percatarse de la relación de la angustia con las vivencias y de la relación consigo mismo y con el mundo, ya que considera que el ser humano es capaz de cuestionarse por sí mismo y, que lo que sucede no está determinado por factores biológicos, sino que más bien, aquello que somos depende de los valores que se elijan y consideren propios.

En este sentido, se refiere a la angustia con una perspectiva que tiene en cuenta la importancia de los valores. Nos explica que la angustia o ansiedad aparece cuando se

percibe que los valores que la persona considera vitales y propios están en riesgo (May, 1974).

May (1974) afirma que la ansiedad es la reacción básica de un ser humano ante un peligro que amenaza su existencia o algún valor que se identifica con ella; también explica que la ansiedad es inevitable ya que está cargada de incertidumbre y esto genera aún más angustia. Es decir, las supuestas “soluciones” al problema de angustia terminan por ser causa y consecuencia de un mayor grado de ansiedad (May,1974).

En efecto, si la angustia desde este enfoque parte de la inseguridad o incertidumbre, es imposible evitarla ya que en toda decisión o situación existe la posibilidad de que su efecto sea benéfico o perjudicial para la experiencia del sujeto, lo cual implica que no existen seguridades absolutas (May,1974).

Este autor hace una analogía entre la angustia y la fiebre, parecida a la planteada anteriormente por Freud: así como cuando se presenta la fiebre, el cuerpo está dando una señal de una lucha dentro del sistema de la persona, cuando se presenta la ansiedad esto indica que hay una lucha o contradicción en el sistema de valores del sujeto. Una vez más, May (1974) hace hincapié en que la dirección que se le dé a esta depende de cómo se trate. Es decir, la ansiedad puede ser tratada constructivamente cuando se le acepta como un reto y una oportunidad para resolver un conflicto.

En consecuencia, el ser humano debe aprender a auto relacionarse conscientemente consigo mismo y con el mundo, ya que a mayor claridad sobre los valores que considera como propios y característicos de la experiencia, habrá más firmeza y flexibilidad para hacerle frente a la angustia, a la adversidad y a los retos propios de la vida cotidiana (May. 1974).

Estas concepciones de la ansiedad han sido fundamentales en la historia de la psicología y han aportado grandes porciones a lo que hoy en día se conoce sobre este trastorno.

Enfoque Cognitivo De La Ansiedad. La ansiedad es normalmente confundida con el término *miedo*, sin embargo, estos tienen marcadas diferencias, por lo cual, surge la importancia de saber diferenciarlos.

Por un lado, el miedo es una emoción universal básica y primitiva del ser humano que se activa ante un peligro o amenaza percibida para la integridad física o psíquica (Beck & Clark, 2010). Por otro lado, la ansiedad es la respuesta emocional negativa que aparece cuando se estimula el miedo.

Esta última es más un estado subjetivo que surge ante la anticipación de sucesos que son percibidos como aversivos, y que son evaluados como que excederán las capacidades del sujeto para afrontarlo y controlarlo (Beck & Clark, 2010).

En este sentido, es evidente la marcada importancia que le designan estos autores al esquema cognitivo para la formación y aparición de la ansiedad. Si tenemos en cuenta que para Beck y Clark (2010) la ansiedad surge de las concepciones e interpretaciones que construye el sujeto sobre la situación misma y las evaluaciones que hace de esta, (las cuales en el caso de la ansiedad van encaminadas hacia la anticipación del futuro), vemos que generalmente están marcadas por sucesos percibidos como negativos e incontrolables. Todo esto parte y se forma en un mismo plano: el cognitivo.

En el mismo orden, cualquier tipo de ansiedad (ansiedad generalizada, ataques de pánico, TOC, etc) tienen como núcleo principal el miedo. Es decir, puede existir el miedo sin ansiedad, pero no la ansiedad sin miedo. Así como se ha descrito el miedo como una

emoción básica y universal, uno de los factores diferenciales entre este y la ansiedad tiene que ver también con la durabilidad. O sea, la ansiedad se podría describir más como un estado más persistente en el tiempo de la percepción de la amenaza que, además, incluye factores cognitivos específicos como la valoración aversiva, la indefensión del sujeto para hacerle frente, la deficiencia del sujeto para controlarlo, la incertidumbre por el futuro y la incapacidad para obtener los resultados esperados (Beck & Clark, 2010).

Ahora bien, estos autores también exponen la diferencia entre una ansiedad normal y la anormal. Partiendo del supuesto de que todos en algún momento experimentan ansiedad, existen criterios diferenciales para identificar en que punto esta se convierte en algo desadaptativo. En este orden de ideas, se tiene en primer lugar (y la más característica de este enfoque) la *cognición disfuncional*; las personas con ansiedad patológica tienen un sistema de creencias que los lleva a valorar erróneamente situaciones normales como amenazantes (Beck & Clark, 2010). En otras palabras, situaciones que objetivamente no representan peligro alguno para la persona, son percibidos como eventos altamente aversivos y peligrosos. Esto parte según esta premisa, de un miedo incoherente a la realidad objetiva (Beck & Clark, 2010).

Por otra parte, otro de los criterios diferenciales radica en el deterioro del funcionamiento en las áreas de ajuste. Esto no es más que, el grado en que la ansiedad influye negativamente en la vida social, laboral, personal, afectiva y conductual del sujeto. Así mismo, este es uno de los criterios claves para la mayoría de los casos clínicos de ansiedad; el funcionamiento ocupacional, académico y social de las personas se ve fuertemente afectado cuando se presenta una ansiedad patológica (Beck, 2010).

Otro de los aspectos a tener en cuenta es la persistencia o durabilidad. Los sujetos con ansiedad clínica tienen de experimentarla por periodos muy prolongados, incluso a lo

largo de toda su vida. La persona puede sentir aprensión con solo pensar en una amenaza potencial subjetiva y este estado puede durar durante mucho tiempo. (Beck & Clark, 2010).

También y no menos importante, en la mayoría de los casos de ansiedad clínica, están presentes lo que Barlow (2002) define como “miedo y pánico no visible” es decir, falsas alarmas. Esto consiste en experimentar crisis de pánico o ansiedad, en ausencia de un estímulo real amenazante. La persona sufre una crisis de angustia cuando claramente no existe una señal de amenaza real (Beck, 2010).

Por último, del enfoque cognitivo de la ansiedad, uno de los criterios representativos de la ansiedad patológica radica en *la hipersensibilidad a estímulos*. En otras palabras, los sujetos tienen una alta gama de estímulos que se perciben como amenazantes, aunque objetivamente estos no representen ningún peligro. En estos casos, la ansiedad es ocasionada por eventos que objetivamente, representan una amenaza leve e incluso nula (Beck & Clark, 2010).

Enfoque Cognitivo De La Ansiedad Estado/Rasgo. Spielberger (1966) propone un modelo en el cual, la génesis y núcleo de la ansiedad parte de la valoración cognitiva. Al igual que los autores cognitivos, considera la ansiedad como una secuencia completa de mecanismos cognitivos. Además, también incluye mecanismos afectivos y conductuales producidos por el estrés, los cuales producen la respuesta de ansiedad.

Agrega que la ansiedad no solo es un estado transitorio y temporal que se da como respuesta a una amenaza, sino que también puede representar un rasgo de la personalidad. Es decir, según este enfoque existen las denominadas *personas ansiosas*, pues tienen una propensión a interpretar más situaciones como amenazantes y peligrosas. Es por ello que se refiere a la Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR) (Spielberger, 1966).

Spielberg explica que la AE se conceptualiza como un estado personal o condición emocional temporal que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad y que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y temor, y por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo; por otro lado, la AR indica una tendencia ansiosa estable en la persona en lo que respecta a su inclinación a percibir las situaciones como amenazantes y a elevar, en consecuencia, su Ansiedad Estado (Spielberger, 1966).

En general, las personas con alta Ansiedad Rasgo presentan una AE más elevada, porque tienden a percibir muchas más situaciones como amenazadoras; en consecuencia, los sujetos con elevada AR propenden a responder con un aumento de la AE en situaciones de relaciones interpersonales que supongan alguna amenaza al autoestima (Spielberger, 1966).

El que las personas muestren ciertas diferencias entre los niveles de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, depende del grado en que la situación específica es percibida como amenazadora o peligrosa, lo que está condicionado por las experiencias previas (Spielberg, 1966).

Un aspecto que tienen en común los distintos enfoques es que, la ansiedad *per se* no es algo negativo. Por el contrario, es una característica inherente a los seres humanos que les permite afrontar situaciones y tomar decisiones. El criterio diferencial entre esta ansiedad sana y la patológica, se encuentra en la intensidad, cronicidad y su incidencia en las áreas de ajuste del sujeto (May, 1973).

Ya hemos visto los distintos enfoques más comunes de la ansiedad. Ahora bien, esta puede generar consecuencias como el descenso del rendimiento académico, el deterioro en las relaciones interpersonales y la salud (Martínez, 2014).

Por otro lado, Martínez (2014) advierte que la sintomatología ansiosa que puede presentar un estudiante universitario incluiría síntomas psicológicos (miedo, aprensión, catastrofismo, desatención), fisiológicos (taquicardia, sensación de asfixia, temblor, hiperhidrosis) y conductuales (abuso de sustancias, enojo, absentismo, deserción).

Así mismo, la presencia de los síntomas mencionados puede deberse a distintos factores como el ambiente académico competitivo, la tecnificación, la sobrecarga de tareas, la falta de relaciones sólidas con compañeros o profesores y el horizonte de desempleo (Martínez, 2014). Otras de las consecuencias que genera la ansiedad son: inseguridad, hipersensibilidad, temor o problemas de adaptación (Martínez, 2014). Cabe mencionar que el alto índice de comorbilidad de la ansiedad con la depresión ha sido demostrado (Martínez, 2014; Agudelo et al, 2008).

Aunque todos los aportes teóricos explicados han sido importantes para el desarrollo del concepto de Ansiedad, esta investigación se realizó bajo el enfoque de la Ansiedad Estado/ Ansiedad Rasgo de Spielberger (1999) ya que el STAI cuenta con gran aceptación y consistencia interna en los estudios psicológicos (Del Rio et al, 2018), además de haber presentado adecuadas propiedades psicométricas sobre estudiantes universitarios, con niveles de consistencia interna superiores a 0,80 (Fonseca et al, 2012).

Estrés

Al igual que con la ansiedad y depresión, el estrés no tiene una definición universal. Cassaretto et al. (2003) definen el estrés como un estado que se produce al intentar dominar una situación que representa cargas o demandas excesivas, que resultan amenazantes para la integridad de la persona.

Según Trucco (2002) El estrés también podría definirse como un conjunto de respuestas específicas que parten del SNC (plano neurológico), con manifestaciones

fisiológicas, cognitivas y conductuales, atendiendo a eventos externos o estímulos internos calificados como estresores.

Las fuentes generadoras de estrés pueden ser hechos tanto positivos como negativos. Los estresores presentan como características básicas el ser intensos, esto quiere decir, tienen la capacidad de producir un estado de sobrecarga que impide que podamos adaptarnos a ellos y provocan tendencias incompatibles (como las de aproximarnos y alejarnos de cierto objeto o actividad) y son incontrolables ya que son evaluados como excedentes de los recursos personales (Cassaretto et al, 2003).

Un claro ejemplo de la presencia de estrés en momentos positivos es en aquellos que tienen una alta carga emocional positiva. Por ejemplo: el enamoramiento, el nombramiento de un mejor cargo, la presentación de un proyecto importante, la adquisición de una nueva propiedad, entre otros.

Entre los diversos factores involucrados en el estrés académico se encuentran los elementos biológicos (edad, sexo), psicosociales (patrón de conducta Tipo A, estrategias de afrontamiento, red de apoyo), psico socioeducativos (autoconcepto académico, tipo de estudios, nivel académico) y socioeconómicos (lugar de residencia, situación económica, acceso a becas); estos factores mediadores influyen en todo el proceso del estrés desde la aparición de las causas hasta las mismas consecuencias, por lo que algunos factores pueden contribuir a que se enfrente al estresor con mejores probabilidades de éxito (Labrador, 1995).

En este orden, algunos de los síntomas que se dan tanto en adultos como en niños incluyen, pero no se limitan a, síntomas de reexperimentación, hipervigilancia, evitación y síntomas relacionados con la presencia de una amenaza inminente, insomnio, taquicardia, cambios en el humor y el comportamiento, molestias físicas. Si estos síntomas persisten y

obstaculizan el funcionamiento cotidiano o estos llevan a la persona a buscar ayuda, entonces se trata de síntomas significativos de estrés agudo (OMS, 2014).

Enfoque Del Estrés: Estimulo, Reacción E Interacción

Cano (2002) divide y clasifica el estrés desde distintos enfoques: Como estímulo, el estrés tiene la capacidad de generar una reacción por parte del organismo. Como reacción o respuesta, el estrés se evidencia en cambios en la conducta, cambios fisiológicos y otras reacciones emocionales y afectivas en el sujeto y, como interacción, el estrés interactúa con las características de cada estímulo exterior y los recursos con los que cuenta el individuo para dar respuesta al estímulo (Cano, 2002).

El estrés puede considerarse como un estado producido por una serie de demandas inusuales o excesivas que amenazan el bienestar o integridad de una persona (Cassaretto, et al, 2003). Las reacciones de estrés se presentan agrupadas en tres bloques: fisiológicas, emocionales y cognitivas.

Por un lado, las fisiológicas comprenden las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo como aumento de la presión sanguínea, incremento de la frecuencia cardíaca, dolor de cabeza, hiperventilación, manos frías, hiperhidrosis, sequedad de la boca, pies fríos, entre otras.

Dentro de las emocionales se encuentran las sensaciones subjetivas de malestar emocional como el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira. Finalmente, las cognitivas son principalmente la preocupación, la sensación de pérdida de control y la negación, las cuales normalmente van acompañadas de bloqueos

mentales, pérdida de memoria, desrealización, despersonalización, entre otros (Sandín, 1995).

En este sentido, los generadores principales de estrés están relacionados con la incertidumbre, el desempleo y la percepción de falta de éxito, entre otras. El estrés académico afecta a variables tan diversas como el estado emocional y afectivo, la salud física y las relaciones interpersonales (Cassaretto et al., 2003).

Durante la etapa universitaria, el estrés debe comprender la consideración de variables como los estresores académicos, la experiencia subjetiva-percibida de estrés, mediadores del estrés académico y, efectos y consecuencias del estrés académico. Todos estos factores aparecen en un mismo entorno organizacional: la Universidad (Martín, 2007). Como consecuencia, los cambios abruptos de exigencia e independencia característicos de la vida universitaria representan grandes estresores.

El estrés hace parte de una u otra forma de nuestro diario vivir ya que todos están expuestos a experimentarlo ante cualquier situación que represente un cambio. Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, tensionado, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de estas, tener problemas de tipo afectivo, etc (Sierra et al, 2003).

Enfoque del estrés bajo tensión cerebral. A lo largo de las últimas décadas, uno de los fenómenos psicológicos de mayor interés a nivel investigativo, ha sido la falta de autocontrol ante situaciones de estrés agudo (Arnsten et al, 2012). La respuesta a este interrogante se ha venido esclareciendo gracias al arduo trabajo de los investigadores que se han encargado de aprovechar los avances tecnológicos para generar teorías basadas en hipótesis ya hace mucho concebidas.

Desde un punto de vista neurológico, este fenómeno tiene hoy en día una respuesta más o menos clara (porque aún hay mucho más por descubrir). Resulta que, se ha descubierto que ante eventos altamente estresantes, se pueden activar las zonas más primitivas de nuestro cerebro, que son las encargadas de generar impulsos y respuestas emocionales inmaduras (Arnsten et al,2012). Esto se debe a que, cada zona cerebral se encarga de una función (o funciones) específicas, dentro de las cuales la amígdala, hace parte de una de las zonas más antiguas y primitivas del cerebro, que se activa cuando se somete a altos niveles de estrés y puede provocar respuestas conductuales y emocionales muy impulsivas.

Para explicar esto de una mejor forma, es preciso señalar que la corteza prefrontal (la parte que se encuentra detrás de nuestra frente) y que es la última en desarrollarse, es considerada como el *centro de control* de las habilidades y funciones ejecutivas superiores (pensamiento, lenguaje, planificación, juicio, memoria), ha demostrado ser bastante sensible a situaciones que generen estrés y ansiedad, incluso a niveles considerados “normales”. Cuando las personas están en calma y las cosas marchan bien, esta zona del cerebro opera como una máquina de control que “mantiene a raya” las emociones e impulsos primitivos (Arnsten et al,2012). Sin embargo, cuando el ser humano experimenta eventos muy estresores, se debilita el control que la corteza prefrontal puede ejercer sobre las decisiones, favoreciendo y dándole el control a las áreas más primitivas del encéfalo a tomar el control.

El control que se puede tener sobre las emociones y los pensamientos pasan por el hipotálamo. En cuanto esto sucede, se experimenta un estrés paralizante que deja “en blanco” o que deja a los sujetos a merced de sus impulsos más primarios, dándole cabida a los excesos (de drogas, de alcohol, de comida) (Arnsten et al,2012).

Ahora bien, respecto a los neurotransmisores y las hormonas, ha quedado demostrado que, a mayor nivel de norepinefrina y cortisol, mayores niveles de estrés y menos autodominio.

Schelling et al (2001) hallaron que la función de la amígdala se ve afectada ante altos niveles de estas células cerebrales ya mencionadas. En estos casos, la amígdala envía una señal de peligro o amenaza al resto del cerebro y refuerza la evocación de recuerdos de experiencias desagradables relacionadas con emociones negativas.

Además, tal y como sucede con la depresión y la ansiedad, el sexo también es un elemento determinante para la obtención y respuesta ante el estrés. En las mujeres, se sugiere que la hormona estrogénica estimula la sensibilidad (Arnsten et al,2012). Un estudio realizado por Maciejewski et al (2000) demuestra que el estrés puede precipitar la adquisición de depresión en mujeres, siendo el riesgo mayor que en el caso de los hombres. Así mismo, también sugieren mayor dificultad sobre el control de comportamientos adictivos en las mujeres. Del otro lado, en los hombres, el estrés genera más conductas impulsivas (Arnsten et al,2012).

Enfoque Del Estrés Percibido. La tradición psicológica del estrés hace énfasis en la *percepción del organismo y evaluación del daño potencial* planteado por experiencias ambientales objetivas (Cohen,1997). Cuando las demandas ambientales son percibidas como que exceden la capacidad del sujeto para afrontarles, los sujetos se etiquetan a sí mismos como *estresados* y experimentan una concomitante respuesta emocional negativa.

Cohen (2007) considera que el estrés psicológico ocurre cuando un individuo percibe que las demandas ambientales exceden su capacidad de adaptación. Nos dice que los modelos psicológicos del estrés discuten que los eventos solo influyen en aquellas personas que los valoran como estresantes (percibir estrés).

Vale enfatizar que las valoraciones de estrés están determinadas no solo por las condiciones del estímulo o las variables de respuesta sino también por la interpretación que hace la persona de su relación con el ambiente. Es decir, la percepción de que se está experimentando estrés es producto de ambas, tanto la interpretación del significado de un evento como la evaluación de la capacidad para adecuación de las habilidades personales de afrontamiento (Cohen, 1997).

El estudio del estrés psicológico se centra en la ocurrencia de eventos ambientales que son juzgados como que ponen a prueba la capacidad del sujeto para hacerles frente o en las respuestas individuales a los eventos que son indicativos de esta sobrecarga, como el estrés percibido y el afecto negativo provocado por un evento.

Algunas investigaciones (Cova et al, 2007; Bermúdez et al, 2006; Bustos et al, 2011; Arrieta et al, 2012) han evidenciado la alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en la población universitaria y el efecto negativo que producen sobre el bienestar emocional y general de los jóvenes (Agudelo, 2008).

Un estudio realizado en Chile por Cova et al. (2007) con una población de 632 estudiantes, mostró que un 23.4% presentaba síndrome ansioso y 16.4% síndrome depresivo., En este mismo orden, Bermúdez et al. (2006) encontraron en un grupo de universitarios que 17,8% tenía estrés medio y el 82,2%, estrés bajo, mientras que Bustos et al. (2011) reportaron un 14,9% de alta percepción de estrés.

Por su parte, Arrieta et al. (2012) encontraron que, para el estrés, la prevalencia fue de 45,4 % y los factores relacionados con estos niveles fueron disfunción familiar y dificultades económicas. En esa misma línea, se encontró que uno de los factores más relacionados a la presencia de estrés es la carga y exigencia académica.

Si bien todos los aportes teóricos del estrés anteriormente mencionados han sido muy importantes para el desarrollo y la comprensión de este concepto, esta investigación se basó en el enfoque del estrés percibido y afrontamiento del estrés percibido, ya que la escala de estrés percibido EEP 14 muestra aceptable consistencia interna y desempeño psicométrico (Campo, 2009; Remor, 2006) además de haber mostrado excelente consistencia interna y aceptable estructura factorial en una muestra de universitarias de Colombia (Campo et al, 2009).

Metodología

Enfoque

La presente investigación se encuentra enmarcada en un enfoque de tipo cuantitativo bajo el paradigma positivista, el cual usa la recolección de datos para comprobar hipótesis, teniendo como base la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández y Baptista, 2016).

Diseño

La presente investigación tiene un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo. Este diseño brindará las herramientas necesarias para identificar y describir los niveles de depresión, ansiedad y de estrés en los sujetos de la investigación.

El diseño transversal descriptivo, según Hernández y Baptista (2016), tiene como finalidad la indagación de los niveles o modalidades de una o varias variables en una población y la recolección de la información en un momento único. Por lo tanto, es un estudio cuyo objetivo final es proporcionar una descripción de variables ubicadas en uno o varios grupos de personas.

Población

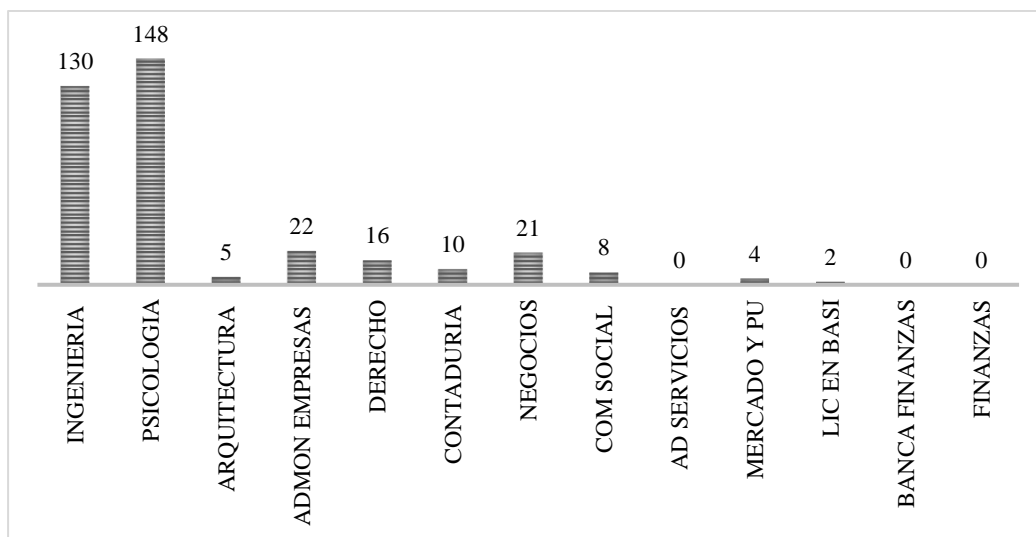
La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de pregrado de ambos sexos con edades entre 18 y 29 años (ya se ha visto que ésta es la población más afectada por la depresión, ansiedad y estrés) y que estuvieron matriculados en cualquier programa de pregrado de la Universidad de la Costa durante la investigación.

Muestra. La muestra estuvo conformada por 366 estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia en donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación (Hernández y Baptista, 2016).

La muestra estuvo conformada por un total de 366 estudiantes cuya edad oscila entre 18 y 29 años. El 63,6% de la muestra estuvo conformada por mujeres, mientras que el 36,34% restante fueron hombres. El 69,95% de la muestra fueron estudiantes con las edades entre 18-21 años; 20,22% entre las edades 22-25 y solo el 9,84% con las edades entre 26-29 años. Respecto a los semestres, la mayoría de los estudiantes de la muestra se ubican en los semestres decimo (16%), noveno (15%), quinto (15%) y tercer semestre (12%). En el caso de las modalidades, el 45% se encuentra en modalidad mixta, el 35% en modalidad presencial, 13% en modalidad remota y 5% en modalidad virtual. Así mismo, el 64% de los estudiantes estudian de mañana, mientras que el 36% estudian de noche. Finalmente, para los estratos socioeconómicos, el 61,48% de los estudiantes pertenecen a los estratos 1 y 2; el 36,06 % hacen parte de los estratos 3 y 4; y únicamente el 2.20% son de los estratos 5 y 6. La información relacionada con la constitución de la muestra en el caso de las carreras, puede ser encontrada en el gráfico número uno.

Figura 1

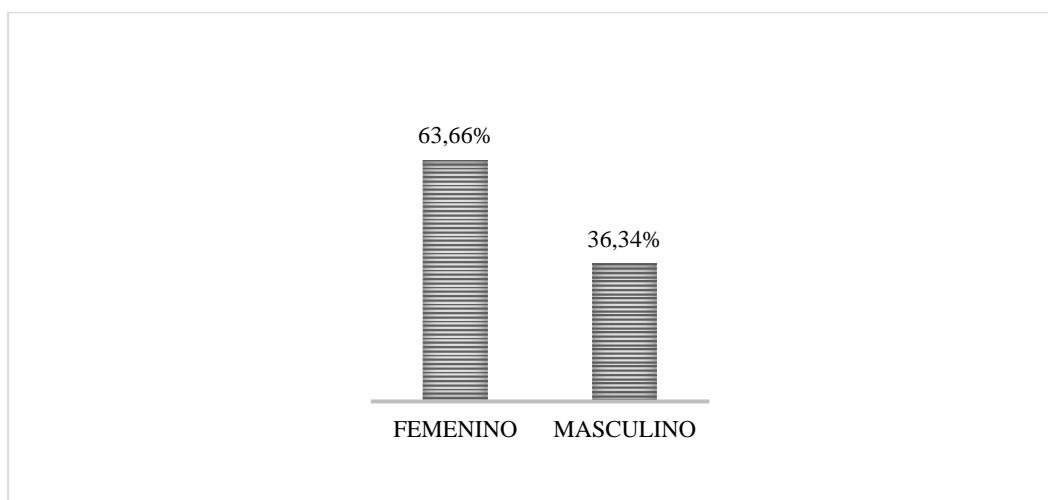
Número de estudiantes por carrera



Nota. El grafico representa el número de estudiantes de la muestra de acuerdo con el programa al que pertenecen.

Figura 2

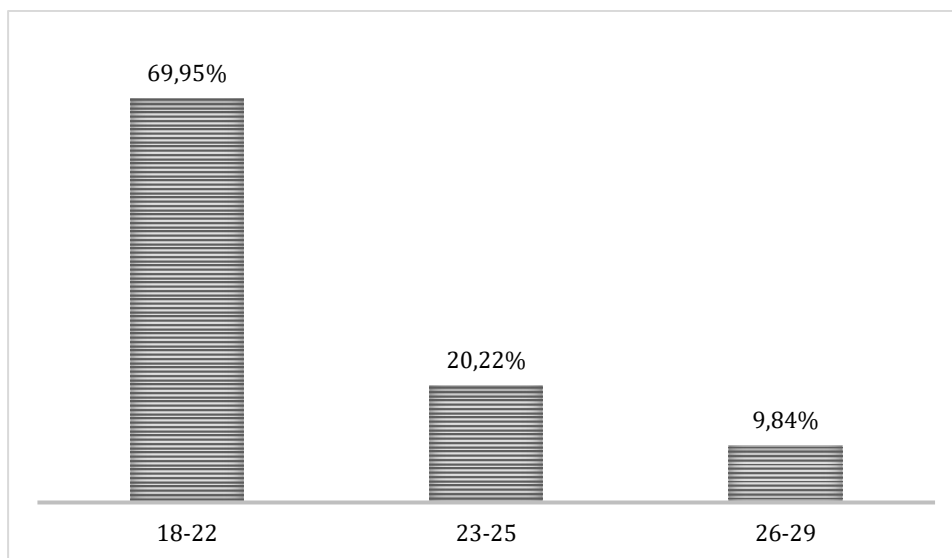
Porcentaje de estudiantes por sexo



Nota. El grafico representa el porcentaje de estudiantes de la muestra por sexo.

Figura 3

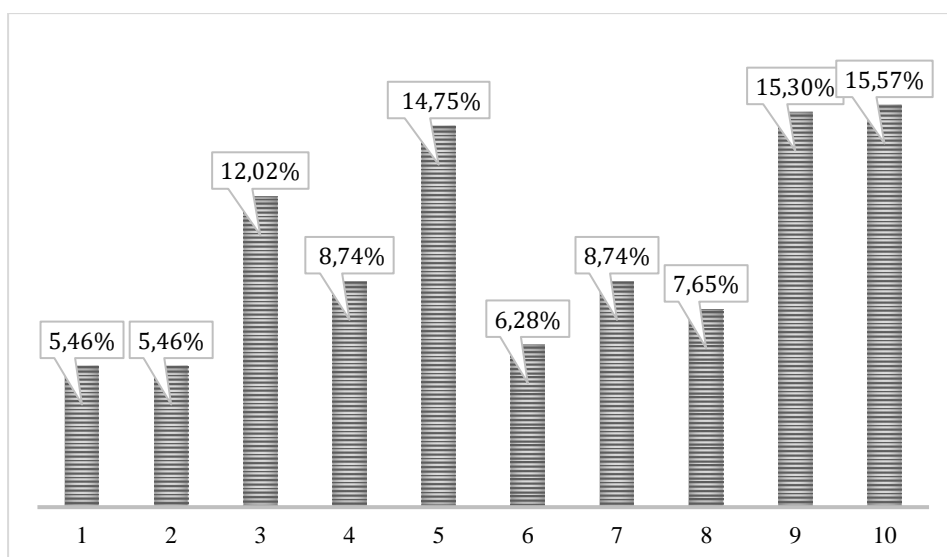
Porcentaje de estudiantes por rango de edades



Nota. El grafico representa el porcentaje de estudiantes de la muestra por rango de edades.

Figura 4

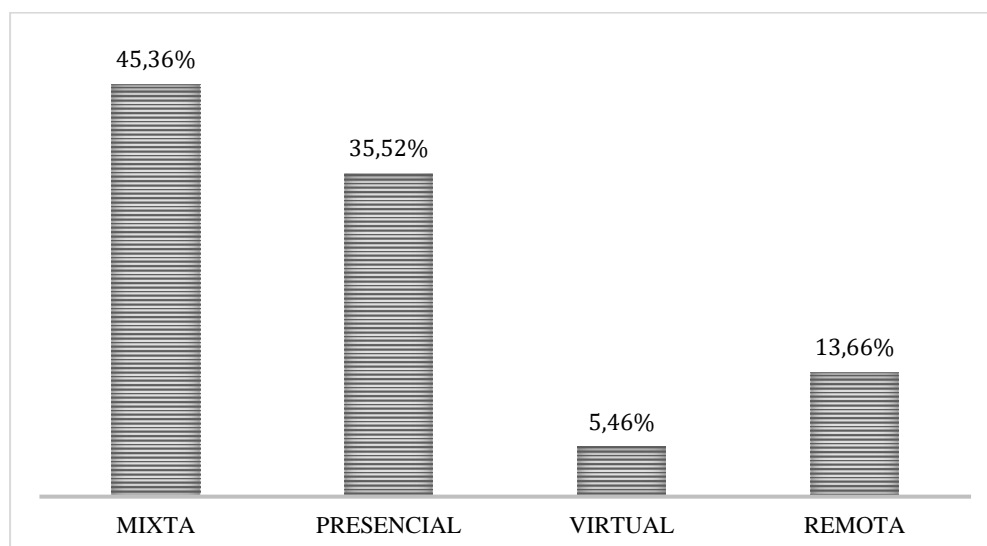
Porcentaje de estudiantes por semestre



Nota. El grafico representa el porcentaje de estudiantes de la muestra de acuerdo con el semestre al que pertenecen.

Figura 5

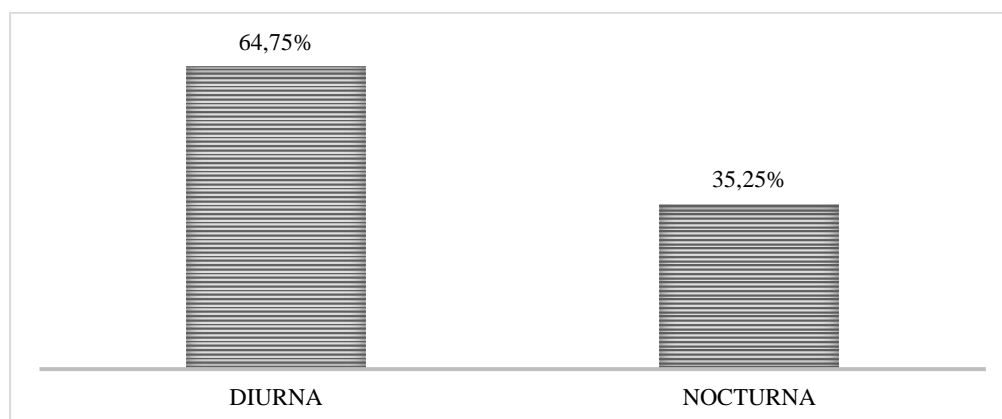
Porcentaje de estudiantes por modalidad



Nota. El grafico representa el porcentaje de estudiantes de la muestra de acuerdo con la modalidad en que estudian.

Figura 6

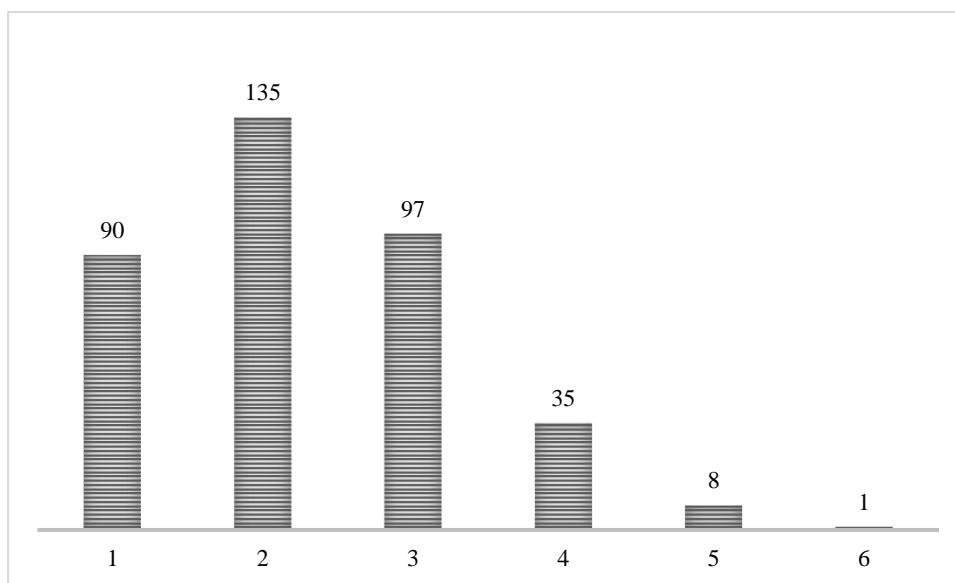
Porcentaje de estudiantes por jornada



Nota. El grafico representa el porcentaje de estudiantes de la muestra de acuerdo con la jornada en que estudian.

Figura 7

Número de estudiantes por estrato socioeconómico



Nota. El grafico representa el número de estudiantes de la muestra de acuerdo con su estrato socioeconómico.

Criterios de inclusión. Ser estudiante de pregrado matriculado en cualquier semestre, programa y jornada de la Universidad de la Costa. Tener entre 18-29 años

Criterios de exclusión. Ser menor de 18 años o mayor de 29. No estar matriculado en algún programa de pregrado de la Universidad de la Costa.

Instrumentos. Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos:

Inventario De Depresión De Beck BDI 1983. Es la prueba autoadministrada más utilizada y citada a lo largo de la bibliografía para pacientes con diagnóstico clínico de depresión, además, ofrece una estimación adecuada de la cronicidad sintomática del sujeto (Olmedilla & Ortega, 2009). Esta escala cuenta con 21 ítems, cada uno de ellos describe una manifestación depresiva, que es valorada por el paciente, el cual debe seleccionar la frase que mejor se ajuste a su situación actual entre varias opciones de respuesta que representarían una graduación de la intensidad del síntoma (Arrivillaga et al, 2003). El sujeto tiene 4 opciones de respuesta que están clasificadas según la severidad de los síntomas. Según los resultados obtenidos, se clasifica en una de las 4 categorías de nivel de gravedad de la depresión: ausente, leve, moderado y grave, si el puntaje obtenido en la prueba es mayor a 40 se considera la muestra con problemas de depresión (Flores et al,2007). El BDI ha demostrado tener altas cifras de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal (Sanz, 1998). Esta prueba se puede aplicar a adolescentes desde los 13 años en adelante.

Inventario De Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) De Spielberger Et Al (1999)

Este cuestionario se divide en dos partes con 20 preguntas cada una y el tiempo de aplicación es de aproximadamente 20 minutos. Se aplica desde los 11 años en adelante. La primera parte (AE) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Agudelo et al. 2008). Por otro lado, la segunda parte (AR) evalúa una predisposición ansiosa estable en la que los individuos tienden a percibir más situaciones como amenazantes. Este inventario cuenta con una buena consistencia interna, que oscila entre 0,90 y 0.93 para la escala de Estado y entre 0,84 y 0,87 para la escala de Rasgo (Agudelo et al, 2008).

❖ *Escala de Estrés Percibido (EEP-14)*. Es un cuestionario de catorce puntos que cuantifican la percepción de estrés durante el mes más reciente. Se puede aplicar a adolescentes y adultos. Cada punto cuenta con cinco opciones de respuesta, que se puntúan entre cero y cuatro. las puntuaciones posibles se encuentran entre 0 y 56. Existe la versión adaptada en español de Remor. Esta escala muestra aceptable desempeño psicométrico en diferentes estudios (Remor, 2006). En las participantes de un estudio realizado por Bustos et al (2011) el EEP mostró alta consistencia interna ($\alpha=0,87$). Este instrumento muestra aceptable consistencia interna y desempeño psicométrico (Campo, 2009; Remor, 2006).

❖ *Cuestionario de investigación sociodemográfico*. Una encuesta de construcción propia que fue diligenciada por los participantes con el fin de recolectar información socio demográfica como el sexo, edad, carrera, semestre, nivel socioeconómico, jornada y modalidad.

Procedimiento

La presente investigación se realiza bajo el marco de la salud mental en la Universidad de la Costa CUC, con debida autorización del comité investigativo del área perteneciente, siguiendo cada una de las rutas asignadas por la institución.

Se inició por la construcción teórica del trabajo, hasta profundizar en cada uno de los elementos correspondientes al mismo. De este modo, también se realizó un cronograma en el que se estipularon los tiempos en los que fueron desarrollados cada uno de los puntos de la investigación, para tener mejor manejo del tiempo y establecer metas claras.

Posterior a la autorización del comité de investigación del programa de psicología de la Universidad , los estudiantes fueron informados del estudio solicitando su participación voluntaria a través de distintos canales de comunicación como Teams, grupos estudiantiles de WhatsApp, Facebook e Instagram, donde los estudiantes pudieron decidir participar a través de un link de Google forms que contenía: consentimiento informado, información general de la investigación, un cuestionario de caracterización psicosocial, el BDI II, el STAI y el EEP-14. Aquellos estudiantes que decidieron participar del estudio, leyeron el consentimiento informado donde autorizaron el uso de los datos proporcionados con fines académicos y bajo estricta confidencialidad.

Resultados y análisis de datos

En este apartado se compartirán los resultados obtenidos con su correspondiente análisis, para posteriormente desarrollar la discusión de estos y las conclusiones del estudio.

Depresión.

A continuación, se observan los puntajes y niveles de depresión de acuerdo con la severidad sobre la muestra total.

Tabla 1*Depresión Totales (agrupado)*

	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	220	60,1
Depresión leve	67	18,3
Moderada	51	13,9
Grave	28	7,7
Total	366	100,0

Nota. Tabla de construcción propia.

Con respecto a la tabla 1, en términos generales, para el caso de la depresión se observa que la gran mayoría de la muestra presentan mínima depresión (60,1%), seguido de depresión leve (18,3%), depresión moderada (13,9%) y depresión grave (7,7%).

Tabla 2*Depresión por edades*

		Mínima depresión	Depresión leve	Moderad a	Grave	Total
Edad	18 a 21	154	37	43	22	256
	22 a 25	41	24	6	3	74
	26 a 29	25	6	2	3	36
Frecuencia		220	67	51	28	366

Nota. Tabla de construcción propia.

La tabla 2 nos muestra la frecuencia de depresión de acuerdo con los rangos de edad de la muestra. Tal y como podemos observar, la gran mayoría de la muestra se conforma por las edades entre 18-21 años (256) de los cuales, 22 presentan depresión grave y 43 depresión moderada, seguido del grupo de edades entre 22-25 años de los cuales (3) presentan depresión grave y (6) depresión moderada, finalmente el grupo etario de 26-29 años conformado por 36 estudiantes, de los cuales solo (3) presentan depresión grave y 2 depresión moderada.

Tabla 3*Depresión por sexo*

		Mínima depresión	Depresión leve	Moderada	Grave	Total
SEXO	Femenino	125	50	36	22	233
	Masculino	95	17	15	6	133

Frecuencia	220	67	51	28	366
-------------------	-----	----	----	----	-----

Nota. Tabla de construcción propia

En la tabla 3 se observan los resultados obtenidos por depresión de acuerdo con el sexo. Con un total de 133 hombres y 233 mujeres, 22 mujeres se ubicaron en el nivel grave de depresión, en comparación con un total de 6 hombres para el mismo nivel. Así mismo, la cantidad de mujeres es mayor en todos los niveles de depresión.

Ansiedad

Inicialmente, cabe resaltar que la evaluación y corrección de los resultados del Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo es distinta en hombres y mujeres, razón por la cual se presentan los siguientes datos en tablas separadas.

Tabla 1.1

Totales AE Hombres (agrupado)

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	47	35,3
Medio Bajo	24	18,0
Promedio	1	,8
Medio alto	39	29,3
Muy alto	22	16,5
Total	133	100,0

Nota. Tabla de construcción propia.

La tabla 1.1 muestra que, con un total de 133 participantes masculinos, un 35% de los encuestados presenta Ansiedad Estado en el nivel Muy bajo, 29% con Ansiedad

Estado Medio Alto, 18% con Ansiedad Estado Medio bajo, 16% Ansiedad Estado Muy Alto y 0,8% con Ansiedad Estado promedio.

Tabla 1.2

Totales AE Mujeres (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	68	29,2
Medio bajo	26	11,2
Promedio	20	8,6
Medio alto	60	25,8
Muy alto	59	25,3
Total	233	100,0

Nota. Tabla de construcción propia.

Con un total de 233 participantes femeninas, un 29% de las encuestadas presenta Ansiedad Estado en el nivel Muy bajo, 25% con Ansiedad Estado Medio Alta, 25% con Ansiedad Estado Muy Alto, 11% con Ansiedad Estado Medio Bajo y 8% con Ansiedad Estado promedio (Ver tabla 1.2).

Tabla 1.3

Totales AR Hombres (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	37	27,8
Medio bajo	29	21,8
Promedio	4	3,0

Medio alto	25	18,8
Muy alto	38	28,6
Total	133	100,0

Nota. Tabla de construcción propia.

En la tabla 1.3 se observa que, para el caso de la Ansiedad Rasgo, con un total de 133 participantes masculinos, el 28,6% presentó Ansiedad Rasgo Muy alto, el 27,8% Ansiedad Rasgo Muy Bajo, el 21,8% Ansiedad Rasgo Medio Bajo, 18,8% Ansiedad Rasgo Medio Alto y 3,0% Ansiedad Rasgo Promedio.

Tabla 1.4

Totales AR Mujeres (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	60	25,8
Medio bajo	40	17,2
Promedio	19	8,2
Medio alto	45	19,3
Muy alto	69	29,6
Total	233	100,0

Nota. Tabla de construcción propia.

En el caso de la Ansiedad Rasgo, un 29,6% de las mujeres presentaron Ansiedad Rasgo Muy Alto, 25,8% Ansiedad Rasgo Muy Bajo, 19,3% Ansiedad Rasgo Medio alto, 17,2% Ansiedad Rasgo Medio bajo y 8,2% Ansiedad Rasgo promedio (Ver tabla 1.4).

Estrés**Tabla 1.5***Totales Estrés (agrupado)*

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca estresado	29	7,9
De vez en cuando estresado	213	58,2
A menudo estresado	117	32,0
Muy a menudo estresado	7	1,9
Total	366	100,0

Nota. Tabla de construcción propia.

La tabla 1.5 señala que la mayoría de la muestra manifiesta estar estresado de vez en cuando (58,2%), seguido de un 32% que se sienten a menudo estresados, el 7,9% casi nunca estresados y el 1,9% muy a menudo estresados. Al observar los resultados generales de estrés, es posible afirmar que un importante porcentaje de la muestra total experimentan y perciben estrés a menudo (32%).

Discusión

Inicialmente, es preciso aclarar que la muestra empleada para este estudio no es una muestra clínica y que los fines de esta investigación son meramente descriptivos. Sin embargo, los resultados muestran importantes índices de prevalencia en depresión, ansiedad y estrés sobre la muestra observada.

Los resultados obtenidos mostraron la presencia de depresión sobre la muestra estudiada, conformada por estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa, lo cual coincide con los resultados de investigaciones como la de Arrivillaga et al (2003),

utilizando el BDI en una muestra de estudiantes de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Por otro lado, Arrieta et al (2012) quienes también encontraron importantes niveles de depresión en una muestra de estudiantes universitarios de Cartagena, y Sanabria et al (2021) encontraron que a nivel de salud mental, los adultos jóvenes fueron la población más afectada por la coyuntura del COVID-19, generando especialmente depresión, ansiedad y somatización.

Entre los factores que hay que tener en cuenta para sustentar los resultados obtenidos relacionados a la depresión grave y moderada (21,6%) se encuentran los factores psicosociales y genéticos. Es importante tener en consideración que el rango de edad que conforma la mayor parte de la muestra de este estudio es la correspondida entre edades de 18-21 años y que fueron estos los que puntuaron más alto en la variable de depresión. Bien es sabido que durante esta etapa evolutiva en específico, los jóvenes aun no cuentan con estabilidad económica y madurez suficiente para afrontar y sobrellevar todos los retos que representa el mundo adulto y universitario, además del consumo de alcohol y las dificultades académicas; según estudios como el de Arrivillaga et al (2003), estos son factores que pueden contribuir a la adquisición y mantenimiento de la depresión durante esta etapa.

Además de esto, es importante señalar que habiendo atravesado una fuerte crisis mundial por la pandemia del COVID-19, y los diversos asuntos desprendidos de esta (aislamiento social, fallecimientos masivos, desempleo, educación virtual, etc) estudios como el de Cénat (2020) y Sanabria (2021) demuestran que la población más afectada a nivel de salud mental han sido los jóvenes.

Así mismo, también se encontró que, a mayor severidad de la depresión, menor es su frecuencia de aparición. Es decir, las personas que presentan depresión grave y moderada

son minoría en comparación con las que presentan depresión mínima y leve, lo cual coincide con los resultados de investigaciones como las de Arrivillaga et al (2003).

Para el caso de la depresión mínima, tal y como su nombre lo indica, los síntomas y signos no son clínicamente significativos. Sin embargo, puede generar malestar para el sujeto si no se atienden. Además, al no tratarse puede afectar las áreas psicológica, física y social del sujeto y podría convertirse en un importante problema de salud si no se le da manejo desde el inicio (Ghio et al, 2014).

Por otro lado, el nivel de depresión leve, al ser más elevado que el anterior, podría tener mayores repercusiones en la calidad de vida de la persona, ya que está acompañado de una mayor cantidad e intensidad de síntomas y signos.

En este orden de ideas, era esperable encontrar ansiedad sobre la muestra, ya que esta tiene una alta comorbilidad con la depresión (Agudelo et al, 2008).

Estos síntomas cognitivos, sociales y físicos deben ser atendidos a tiempo, ya que, si esta no se diagnostica en la etapa en la que fue adquirida, esto incrementa la dificultad para establecer el momento de manifestación de las categorías de los trastornos de ansiedad; además, si no se trata, la ansiedad perdura en el tiempo y repercute en la calidad de vida de las personas (Macias et al, 2019).

De esta forma, el 29.3% de hombres presentaron Ansiedad Estado Medio alto y el 16,5% Ansiedad Estado muy alto. Por otro lado, en el caso de la Ansiedad Rasgo, el 28,6% de hombres la presentaron Muy alto, y el 18,8% Medio alto. Basados en estos resultados, es preciso afirmar que los hombres de este estudio puntuaron más alto en Ansiedad Rasgo en comparación con la Ansiedad Estado Muy alto, lo cual indica una propensión relativamente estable a percibir una mayor diversidad de situaciones como fuentes ansiógenas.

En el caso de las mujeres, el 25,3% se ubicaron en Ansiedad Estado Muy Alto, y el 25,8% Ansiedad Estado Medio Alto. Así mismo, en la Ansiedad Rasgo, el 29,6% de mujeres puntuaron Muy Alto, y el 19,3% Medio alto. Esto quiere decir que, aunque la diferencia de los resultados obtenidos por sexo no es significativa, siguen siendo las mujeres quienes puntuaron más alto en ansiedad, especialmente en Ansiedad Rasgo, lo cual indica que las mujeres tienden a presentar y experimentar más ansiedad que los hombres, resultados que coinciden con los hallazgos de estudios sobre estudiantes universitarios utilizando el STAI como el de Agudelo et al (2008); Martínez (2014), Arrivillaga et al (2003) y Flores (2007).

La prevalencia de ansiedad en mujeres puede deberse a varios factores tanto biológicos como culturales y sociales. Por un lado, el sexo es de por sí un factor de predisposición para la adquisición de la ansiedad, ya que los cambios hormonales por los que atraviesan las mujeres y los problemas de funcionamiento de la tiroides, las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad. Del mismo modo, las mujeres en edad reproductiva son más propensas a desarrollar ansiedad 2 a 3 veces más que los hombres (Arenas y Puigcerver, 2009).

Por otro lado, a pesar de que se ha logrado colocar a la mujer en una mejor situación laboral con respecto a décadas pasadas, aun se siguen presentando situaciones en las que ser mujer resulta desventajoso en la sociedad, situación que aporta a la adquisición y mantenimiento de ansiedad en las mujeres (Martínez, 2014).

Los niveles de ansiedad encontrados sobre los estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa, pueden deberse también a distintos factores. Entre estos, es importante tener en cuenta que las exigencias del mundo universitario son especialmente más elevadas que las de niveles educativos inferiores (como el colegio) pudiendo esto

representar también una fuente ansiógena para los universitarios más jóvenes (Martinez,2014).

Así mismo, deben considerarse otros factores individuales y familiares que pueden repercutir en la generación y mantenimiento de ansiedad en los jóvenes, como, por ejemplo: la falta de habilidades sociales, consumo de drogas y alcohol, baja tolerancia al cambio, disfuncionalidad y conflictos familiares, la violencia y la presencia de enfermedad de algún ser querido o de sí mismo, entre otros (Martinez,2014).

La transición y adaptación al mundo universitario no es fácil para muchos jóvenes que no cuentan con suficiente madurez psicológica. Además, esta situación se puede agravar si la universidad no cuenta con un programa de apoyo y acompañamiento constante para asegurar la adecuada adaptación del joven a este nuevo ciclo (Martinez,2014).

En este sentido, también es importante señalar que, en el caso del estrés, un alto porcentaje de la población evaluada experimentó estrés a menudo (32%) y de vez en cuando (58%) durante el último mes.

La presencia de estrés sobre la muestra estudiada puede deberse a distintos factores. En primer lugar (Martin, 2007) en su estudio sobre estrés realizado en estudiantes de pregrado de la Universidad de Sevilla, expone que el periodo de exámenes universitarios puede causar desajustes en la salud de los estudiantes. Así mismo, Cassaretto y otros (2003) en su estudio sobre el estrés realizado en una muestra de universitarios de Lima, afirman que los problemas que más generan estrés entre los estudiantes son aquellos relacionados con preocupaciones por proyecciones futuras del sí mismo.

Desde el marco universitario, debemos ocuparnos de los asuntos de salud mental para evitar que estos síntomas cognitivos, físicos y emocionales progresen a niveles superiores, para prevenir cuadros de estrés agudo en los estudiantes.

Finalmente, respecto a la presencia de estrés, deben considerarse al igual que para la depresión y la ansiedad, factores biológicos como la edad y factores psicosociales y familiares. Labrador (1995) expone estos factores como variables moduladoras y afirma que estas inciden en todo el proceso del estrés, pudiendo ser tanto causa como consecuencia y que estas podrían contribuir a que dichos eventos y factores estresores puedan manejarse y afrontarse con más facilidad.

Conclusiones

Se confirmó la presencia de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de pregrado de ambos sexos de la Universidad de la Costa.

Se ha corroborado que las mujeres presentan mayor prevalencia frente a la ansiedad que los hombres, y que, en estos casos, deben tenerse en cuenta los factores biológicos y sociales que precipitan la aparición y mantenimiento de ansiedad en mujeres, lo cual convierte a la población femenina en un foco de atención prioritaria, y que debe ser intervenida desde la promoción y prevención en salud mental.

La población más afectada por la depresión fue la del rango de edades entre 18-22 años, quienes puntuaron más alto en esta variable, lo cual confirma la información encontrada en la documentación bibliográfica acerca de la prevalencia de problemas de salud mental en este grupo etario. Del mismo modo, esto también convierte a los adultos jóvenes en un foco de atención especial en lo que respecta a la promoción y prevención en bienestar mental.

Así mismo, es importante tener en cuenta que, al no ser tratados, los síntomas y signos de la depresión, ansiedad y estrés pueden escalar y comprometer la calidad de vida del sujeto y complicar el diagnóstico y tratamiento por parte del profesional, por ello, debe trabajarse en la desestigmatización de la salud mental, para motivar a que los jóvenes no se sientan avergonzados de pedir y recibir ayuda cuando sea necesaria.

Entre las limitaciones del estudio, encontramos que la constitución de la muestra por carreras no es homogénea. Sin embargo, es posible afirmar que los resultados obtenidos podrían aspirar a ser representativos a nivel de estudiantes de pregrado de la institución, dado el tamaño muestral.

A pesar de que el presente estudio no tiene fines clínicos sino descriptivos e investigativos, cabe resaltar la importancia que tiene para la institución y para la sociedad en general, ya que sirve como punto de partida para sentar bases y tener mayor claridad de cómo se encuentra el estado de salud mental de los estudiantes de pregrado de la institución.

Esta información es sumamente valiosa pues pretende motivar a los equipos investigativos de la universidad a continuar realizando estudios en el campo de la salud mental de los estudiantes, hacer seguimiento a esta y generar estrategias y planes desde bienestar universitario, que ayuden a prevenir, promover e intervenir la sintomatología asociada con la depresión, la ansiedad y el estrés de la población universitaria, teniendo en cuenta las consecuencias a nivel personal, académico, emocional, afectivo y físico que estos generan.

Finalmente, insistir en la importancia de continuar con la realización de investigaciones como esta a nivel institucional, con el fin de generar alertas e implementar estrategias encaminadas a promover el bienestar mental y general de la comunidad estudiantil.

Referencias

- Agudelo Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortíz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International journal of psychological research*, 1(1), 34-39.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Work Group to Revise DSM-III. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. American psychiatric association.
- American Psychological Association (2020). *Psychological impact of COVID-19*. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/covid-19/psychological-impact>
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (internet)*, 3(1), 20-29.
- Arnsten, A., Mazure, C. M., & Sinha, R. (2012). Neural circuits responsible for conscious self-control are highly vulnerable to even mild stress. When they shut down, primal impulses go unchecked and mental paralysis sets in. *Scientific American*, 306(4), 48.
- Arrieta, K., Cárdenas, S. D., & Martínez, F. G. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J., & Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas psicológica*, 3,17-26.

Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 2(1), 117-125.

Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorders, panic disorders, and phobias. In *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 131-154). Springer, Boston, MA.

Beck, A. T. (1983). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 14(1), 29-61.

Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.

Bermúdez Q, S. B., Ortiz, M. D. M. D., Alvira, C. E., Acosta, A. M., Castaño, S. A. M., Álvarez, A. R., ... & González, S. P. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *Medunab*, 9(3), 198-205.

Bermúdez Quintero, S. B., Durán Ortiz, M. del M., Escobar Alvira, C., Morales Acosta, A., Monroy Castaño, S. A., Ramírez Álvarez, A., Ramírez Hoyos, J., Trejos Váldez, J., Castaño Castrillón, J. J., & González, S. P. (1). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *MedUNAB*, 9(3), 198-205. Recuperado a partir de <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/135>

Biglan, A. (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, 14(2), 157-169.

Bustos Leiton, G. J., Chaparro, A. R., & Arias, A. C. (2011). Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno de comportamiento alimentario. *Salud Uninorte*, 27(1), 30-35.

Caballero, C., Palacio, J., & Hederich, C. (2012). *Burnout académico: Prevalencia y Factores asociados* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral no publicada]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia).

Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G. J., & Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280.

Cano, A. (2002). La Naturaleza del Estrés. Consultado el 21 de Julio de 2020.

http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm

Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.

Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., ... & Labelle, P. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 113599.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418-424.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.

Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (Eds.). (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press on Demand.

Cova Solar, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica*, 25(2), 105-112.

Del Río Olvera, Francisco Javier; Cabello Santamaría, Francisco; Cabello García, Marina A. & Aragón Vela, Jerónimo (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1).

Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85-89.

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Vollebergh, W. A. M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 28-37.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28(10), 857.

Flores Ocampo, R., Jiménez Escobar, S. D., Pérez Hernández, S., Ramírez Serrano, P. B., & Vega Valero, C. Z. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 10(2).

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

Freud, S. (1894). Manuscrito E:¿ Cómo se genera la angustia. *Obras Completas de Sigmund Freud*, 1, 228-235.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14, 235-255.

FREUD, S. (1917). Lecciones introductorias al psicoanálisis. (La angustia). *OC*, 2.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia (Obras completas. Vol. XX). *Argentina: Amorrortu*.

Freud, S. (1933). *Angustia y vida pulsional* (Vol. 247). NoBooks Editorial.

Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M., & Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 152, 45-51.

Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodríguez, V. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. *MInsalud. Colciencias*, 1.

Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodríguez, V. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. *MInsalud. Colciencias*, 1.

González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*, 25, 141-145.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). Metodología de la investigación. *Ciudad de México: Mc Graw Hill*, 12, 20.

Labrador, F. J. (1995). *El Estrés: Nuevas Técnicas Para Su Control*. Planeta Publishing Corporation.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (No. 155.9042 L431e). Ed. Martínez-Roca.

Lewinsohn, P.M. Clinical and theoretical aspects of depression. En: Calhoun, K.S., Adams, H.E., Mitchell, K.M. (Eds.) *Innovative treatments in psychopathology*. Wilwy, New York 1974;19-66.

Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología: Revista electrónica*, 24, 1-11.

Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 373-378.

Maldonado-Avenidaño, N., Castro-Osorio, R., & Cardona-Gómez, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Martín Monzón, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25 (1), 87-99.

Martínez, V. M. O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación [Anxiety in university students: study of a sample of students of the Faculty of Education]. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78.

May, R. (1974). El hombre en busca de sí mismo. In *El hombre en busca de sí mismo* (pp. 222-258).

MINSALUD BOGOTA. (2017). "Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles".

N.I.H Mental, I. N. (2015). Las enfermedades crónicas y salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión. *Artículo, Instituto Nacional de Salud Mental*.

Olmedilla-Zafra, A., & Ortega-Toro, E. (2009). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8(1), 105-116.

Organización de las Naciones Unidas. (2012). La depresión: una crisis mundial. <https://n9.cl/diaf7>

Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Mensaje del Secretario General*. <https://n9.cl/p6we1>

Organización de las Naciones Unidas. (2017). *La depresión es una de las principales causas de discapacidad, alerta la OMS*. <https://news.un.org/es/story/2017/02/1374181>

Organización de las Naciones Unidas. (2020). *2020: Un año desafiante para la salud mental*. <https://news.un.org/es/story/2020/10/1482212>

Organización Mundial de la Salud (2020) *Depresión*. <https://n9.cl/6xo9>

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

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Evaluación y manejo de trastornos relacionados específicamente con el estrés: módulo de la Guía de intervención mhGAP*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión, hablemos*. <https://n9.cl/8v2o7>

Organización Mundial de la Salud. (2020) *Día Mundial de la Salud Mental 2020*. <https://n9.cl/x845w>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *No hay salud sin salud mental*. <https://n9.cl/w8t6v>

Ortíz Panchi, V. E., & Robalino Luzuriaga, A. P. (2019). Asociación entre el consumo de alcohol con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE 2018.

Peralta Hernández, L. F., & Moreno Baquero, M. V. (2018). Síntomas de depresión en adolescentes de la institución educativa la paz del municipio de Villavicencio.

Pérez, M. (2019). *Semana del cerebro*.

Pérez, V. M. O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78.

Porras, J. (2020). *Las cifras confirman el impacto de la pandemia sobre la salud mental. El País*. <https://n9.cl/uqpd>

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 86-93.

Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F., Mateo-Canedo, C., Carmona-Cervelló, M., ... & Sanz, A. (2021). Social inequities in the impact of COVID-19 lockdown measures on the mental health of a large sample of the Colombian population (PSY-COVID study).

Sandín, B. (1995). El Estrés. En. A. Belloch; B. Sandín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología*, 2.

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 303-318.

Sañudo, J. E. P., De Biava, Y. M., Ochoa, N. L., & Muñoz, E. T. (2006). Relación del rendimiento académico con las aptitudes mentales, salud mental, autoestima y relaciones de amistad en jóvenes universitarios de Atlántico y Bolívar. *Psicogente*, 9(15), 11-31.

Schelling, G., Briegel, J., Roozendaal, B., Stoll, C., Rothenhäusler, H. B., & Kapfhammer, H. P. (2001). The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biological psychiatry*, 50(12), 978-985.

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.

Spielberger, C. D. (Ed.). (1966). *Anxiety and behavior*. Academic Press.

Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E., & Marsh, B. J. (1999). *Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 8-19.

UNICEF (2017) *COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. GUÍA PARA PERIODISTAS: Suicidio*.

Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Departamento de Bienestar Universitario. (2005). *Reporte de consultas atendidas según trastorno y/o diagnóstico establecido en los meses de junio a septiembre del año 2005*. Documento de trabajo inédito, Departamento de Bienestar Universitario, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

World Health Organization. (2013). Assessment and management of conditions specifically related to stress: mhGAP intervention guide module. In *Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP intervention guide module*.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

Yepes, H. D. (1999). *¡Cómo prevenir y manejar el estrés!: síndrome del Siglo XXI*. Paulinas.

Anexos

*Inventario de depresión de Beck BDI II***Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 2*Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo***7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)**

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada	1. Algo
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted en general</i>, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.</p>		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

Anexo 3

Escala de estrés percibido EEP-14

Tabla 1. Escala de estrés percibido

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

