

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Niveles de Ansiedad y Depresión en Estudiantes de Psicología Clínica de
la Universidad San Francisco de Quito**

Valeria Sánchez Villegas

Michelle Arguello M.A., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Sicóloga Clínica

Quito, diciembre de 2014

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Niveles de Ansiedad y Depresión en Estudiantes de Psicología Clínica de la
Universidad San Francisco de Quito**

Valeria Sánchez Villegas

Michelle Arguello, M.A.
Director de la tesis

Ana María Viteri, PhD.
Miembro del Comité de Tesis

Andrea Pérez, Sic. Clin.
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, PhD.
Directora del Programa

Carmen Fernández Salvador, PhD.
Decano del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, diciembre de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Valeria Sánchez Villegas

C. I.: 171548571-8

Lugar: Quito Fecha: diciembre de 2014

DEDICATORIA

Dedicado a la comunidad de estudiantes de la USFQ, jóvenes preparándose para ser el futuro del Ecuador, así como las futuras generaciones que pasaran por la universidad. Así mismo a la institución en sí, siempre acogiendo nuevas ideas, convirtiéndola en un instituto de educación superior vanguardista y de alto prestigio, dando siempre orgullo a todos los que forman parte de ella.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo va dedicado principalmente a mis padres, que siempre me han apoyado desde el día que nací, siendo ese árbol donde me puedo apoyar y acobijar. Mis hermanos, que con sus bromas y forma tan característica de molestar, me han enseñado a ser más fuerte y perseverante para conseguir lo que deseo alcanzar.

Un especial agradecimiento a Cristina Curillo y Gustavo Villacreses. Así como dice el dicho, los amigos son la familia que uno escoge, y está ha sido una de mis decisiones más sabias. Su constante apoyo incondicional, cariño y soporte en las buenas y malas, me han demostrado un hogar fuera del hogar.

Finalmente agradezco a todos mis profesores que he tenido durante mi vida universitaria. Sus enseñanzas, compañerismo, consejos y excelente ejemplo profesional, me han demostrado que incluso de los errores se aprende a ser una mejor persona.

RESUMEN

La Universidad San Francisco de Quito (USFQ), tiene una gran variedad de carreras, cada una con su dificultad que le caracteriza. Dentro del estudio se considera como la carrera de Psicología Clínica influye en los niveles de ansiedad, depresión y estado psicológico de acuerdo al año que está el estudiante cursando. Siendo que la carrera tiene un menor porcentaje de estudiantes masculinos, se considera solo la población femenina. Se tomó una muestra de 105 participantes de los cinco años que consta la carrera. A cada uno se le aplicó la prueba de BDI, BAI y CORE-OM34, para medir depresión, ansiedad y estado psicológico respectivamente. Al final, se encontró que el año académico no influye en los niveles de ansiedad o depresión, ni estado psicológico. Sin embargo son muy cercanos, lo que sugiere que la razón de posibles rasgos ansiosos y depresivos se debe más a causas fuera de la universidad. Una consideración importante para el estudio, es que la muestra es no clínica, lo que llevo a que ninguno de los resultados promedios se eleve a ser clínicamente relevantes. Es así que se demostró que la USFQ, no solo se preocupa de la excelencia académica de sus estudiantes, si no de su salud mental también.

***Palabras clave:** ansiedad, depresión, estado psicológico, Psicología Clínica, estudiantes, nivel académico.*

ABSTRACT

The Universidad San Francisco de Quito (USFQ), has a great variety of careers, each one with their characteristic difficulty. With that being said this study considers how the career of Clinical Psychology influences on the level of anxiety, depression and psychological state, according to year the student is enrolled. Since the department has a lower percentage of male students, it will be only considering the female population. With a sample of 105 participants from the five-year career, it was applied the BDI, BAI and CORE-OM34, in order to measure depression, anxiety and mental state respectively. In the end, results showed that the academic year does not affect significantly to the levels of depression, anxiety or mental state. However, the data was very close to being significant, suggesting that the possible reason for anxious and depressive traits, it's mostly due to causes outside college. Finally, one last detail that needs to be considered, the study was applied in a non-clinical community, which made none of the averages of BDI, BAI or CORE-OM34 reach to any critical level. As a conclusion, the USFQ not only cares for academic excellence, but it also takes care of the mental health of their students.

Key words: *anxiety, depression, mental state, Clinical Psychology, college students, academic year.*

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	10
Antecedentes	111
El problema	111
Hipótesis	13
Preguntas de investigación	143
Contexto y marco teórico	14
Definición de términos	188
Presunciones del autor del estudio	188
Supuestos del estudio	19
REVISIÓN DE LA LITERATURA	20
Géneros de literatura incluidos en la revisión	20
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	21
Formato de la revisión de la literatura	22
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 46;Error! Marcador no definido.	
Justificación de la metodología seleccionada	46
Herramienta de investigación utilizada	47
Descripción de participantes	48
Fuentes y recolección de datos	49
ANÁLISIS DE DATOS	51
Detalles del análisis	51
Importancia del estudio	53
Resumen de sesgos del autor	55
CONCLUSIONES	57
Respuestas a las preguntas de investigación	57
Discusión	59
Limitaciones del estudio.....	60
Recomendaciones para futuros estudios.....	61
Resumen general.....	63
REFERENCIAS	65
ANEXO A: Herramientas de Medición Aplicada	69

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El iniciar una nueva etapa en la vida, como lo es entrar a la universidad, es un evento tanto beneficioso como estresante. Durante este tiempo, el estudiante desde que inicia como novato hasta que sale de profesional se enfrentará a una montaña rusa de emociones y experiencias. Si se agrega la dificultad característica que cada carrera tiene, se puede esperar diferentes niveles de ansiedad y depresión para cada una. En el caso de la profesión de Psicología Clínica dentro de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), son cinco años en los que cada uno de ellos la dificultad va aumentando progresivamente.

Desde aprender lo básico de psicología, aplicar el condicionamiento clásico para ver de primera mano su uso y respuesta, hasta tener practicas terapéuticas en vivo pueden ser varias de las actividades durante la carrera que pueden generar preocupación. Ya sea por sentirse no preparados o simple preocupación de como psicólogo no saber dividir entre el trabajo personal y profesional, o la responsabilidad y conexión con los problemas de los pacientes, incluso su propio estado psicológico, puede estar ocasionando ansiedad o depresión en ellos. A esto se le suma la vida personal del estudiante; como la ansiedad y/o depresión dentro de su esfera académica pueda afectar el resto de círculos como familia, social e interpersonal. El momento en que se encuentra una correlación entre los niveles de ansiedad y depresión con el año que el estudiante de Psicología Clínica este cursando, se podrá identificar el momento en la carrera donde más estrés psicológico existe, pudiendo promover más atención por parte de los profesores, con el fin de apelar a mayor comprensión y paciencia hacia el estudiante.

Antecedentes

Ansiedad y depresión, trastornos más populares del siglo XXI.

El estilo de vida tan ajetreado de la actualidad, ha hecho de la ansiedad y depresión los trastornos psicológicos propios de la época moderna (Ferrel, Barros y Hernández, 2011). Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008), confirman lo anterior, indicando que la ansiedad y depresión son los desórdenes psicológicos más registrados, ya sea dentro de un centro de salud o en población general. En números, en Estados Unidos, uno de cada diez habitantes sufre de depresión (CDC, 2011), mientras que casi 40 millones de estadounidenses padecen algún tipo de ansiedad. Esto da como consecuencia un mayor requisito de información, asistencia y tratamiento psicológico sobre estos temas. Ahora, tomando en cuenta la comunidad universitaria, una época difícil no solo por la edad en que se tiene al momento, sino el enfrentarse al primer paso del mundo profesional, los niveles altos de ansiedad y depresión son comunes, es mas en el estudio realizado por Agudelo y colaboradores (2008), identifica a la depresión y ansiedad como el primer motivo de consulta psicológica y/o psiquiátrica en los universitarios.

El problema

Una vez que se sabe que tanto ansiedad y depresión son problemas verdaderos dentro de los estudiantes universitarios, se debe tomar en cuenta los varios problemas que esto puede ocasionar. Desde perdida de interés, disminución de actividades, pobre rendimiento académico, problemas familiares, problemas económicos, etc., hasta un posible suicidio, son las diferentes consecuencias de tener niveles altos de estos trastornos (Agudelo y cols., 2008). Pero, ¿que provoca el aumento de estrés psicológico? Ferrel y colaboradores menciona que al momento que los jóvenes ingresan a la universidad, se

enfrentan a nuevas situaciones, donde son más complejas y exigen un comportamiento nuevo, más responsabilidades académicas, y a esto más los problemas típicos de la edad como socio-económico, genero, edad, grupos sociales, familia, pareja, etc., son grandes catalizadores para un trastorno.

Ahora, la Universidad San Francisco de Quito cuenta con una gran variedad de carreras, cada una con su dificultad académica que les caracteriza. En el caso de los estudiantes de Psicología Clínica, la demanda de lectura y exposición emocional es fuerte, y aumenta con los años, provocando que los niveles de ansiedad y/o depresión suba progresivamente. De igual forma, existe la creencia de que ser estudiante de Psicología Clínica, o ser psicólogos es sinónimo de protección de todo mal emocional. Este hecho puede ser cierto, pero solo si el psicólogo aprende a manejar sus propias emociones, lo que se consigue únicamente con experiencia (Feldman, 2010). Siendo que los estudiantes están en proceso de aprender, hay mayor vulnerabilidad de estrés psicológico por todas las razones antes dichas, y según Balanza, Morales y Guerrero (2009), menciona que estudiantes en general, de varios departamentos, acuden a horas de atención y tutoría para comentar diferentes malestares psicológicos y emocionales, entre ellos están síntomas somáticos como cefaleas, alteraciones del sueño, síntomas neurovegetativos, etc.; y síntomas cognitivos conductuales como irritabilidad, falta de concentración, todos asociándolos a depresión y ansiedad. De acuerdo a Caicedo y Jiménez (2012), los estudiantes que están en los primeros años de universidad tienen mayor probabilidad de tener síntomas de ansiedad y/o depresión, ya sea por estar en un nuevo ambiente, la ansiedad que provoca el ejercer una nueva carrera y nuevas responsabilidades. De igual forma es importante diferenciar, sugieren los mismos autores, que así como los de primer

año son vulnerables, los estudiantes en los últimos años, sufren de igual forma de niveles altos debido a la presión de acabar la carrera, así como la incertidumbre al futuro.

Es necesario tomar en cuenta que tener sintomatología de ansiedad y depresión no solo afecta el área académica del estudiante, si no en su vida diaria. Es por eso que también se desea correlacionar los niveles de ansiedad y depresión con la molestia que cause al funcionamiento general de la persona. Balanza y cols. (2009), indica que dentro de los factores personales y psicosociales que pueden desarrollar un trastorno psicológico entre la población de estudiantes universitarios, está el contexto familiar, la relación con los padres, vínculos familiares, estilos educativos, crisis de pareja, discrepancia conyugal, ruptura, separación o divorcio, comunicación; dentro de lo social y ambiental están los niveles de estrés al que los estudiantes universitarios se ven expuestos a lo largo de su carrera, el desarrollo de habilidades y competencias para resolver problemas cotidianos, relaciones con compañeros y profesores, la carga de trabajo, recursos económicos, hábitos como el consumo de alcohol u otras drogas, son todos factores que se ven expuestos jóvenes universitarios y jóvenes en general, que pueden llegar a causar malestar psicológico en ellos.

Hipótesis

Para el siguiente trabajo, se planea investigar la correlación entre nivel académico y los índices de ansiedad y depresión en estudiantes de Psicología Clínica. Es así que se llegaron a varias hipótesis que se desean verificar a lo largo del estudio. Estas se describen a continuación:

H1: Los estudiantes de primer y quinto año académico tienen niveles mayores de ansiedad y depresión a comparación de los años académicos intermedios.

H2: Explorar si el año académico influye en el estado psicológico del estudiante.

H3: Comprobar si la edad influye en el estado psicológico de los estudiantes.

H4: Explorar si la edad influye en los niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes de Psicología Clínica.

H5: Comprobar si existe en toda la muestra de estudiantes de Psicología un mayor nivel de ansiedad que de depresión.

Preguntas de investigación

Pregunta 1: ¿Cómo y hasta qué punto el año académico que el estudiante de Psicología Clínica está cursando influencia en los niveles de ansiedad y depresión?

Pregunta 2: ¿Hasta qué punto el año académico influye en el estado psicológico del estudiante de Psicología?

Pregunta 3: ¿Cómo y hasta qué punto el estado psicológico del estudiante de Psicología Clínica se ve afectado por su edad?

Pregunta 4: ¿Hasta qué punto la edad influye en los niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito?

Pregunta 5: ¿En general, qué experimentan más los estudiantes de Psicología, ansiedad o depresión?

Contexto y marco teórico

Para el análisis del problema, las perspectivas a utilizarse es la psicológica. Psicológica se debe a que se tomará en cuenta el estado de ánimo de los estudiantes dentro los primeros años dentro de la universidad. Tomando en cuenta que por psicología se entiende como la ciencia que estudia los procesos mentales, facultades y operaciones del

ser humano (Dox, Melloni, Eisner y Melloni, 2007). Ahora, las hipótesis están respaldadas por diferentes estudios. En la investigación realizada por Balanza, Morales y Guerrero (2009, en Jiménez y Caicedo, 2012), donde en una muestra de 700 estudiantes, 47.15% padecían algún tipo de trastorno de ansiedad y el 55.6%, habiendo más en mujeres que hombres. Para el trastorno de ansiedad dos tercios de la población afectada son mujeres, y esto se debe a que las mujeres aceptan y buscan más ayuda médica a diferencia de los hombres (Ortuño, 2009).

Así mismo, se cree que existe mayor ansiedad que depresión, ya que los cambios que provoca el iniciar la nueva etapa universitaria, provocan con más frecuencia rasgos de ansiedad social, que se caracteriza por un miedo a situaciones sociales y la eminente humillación frente a público desconocido (APA, 2002). Este trastorno se encuentra entre un 19 a 33% de estudiantes universitarios (Parade, Leerkes y Blankson, 2010), sobre todo al inicio. De acuerdo a Parade y colaboradores (2010), la transición de colegio a universidad ayuda a predecir el tipo de relación que va a tener la persona. En primer lugar está el cambio de adolescente a adulto, segundo, está el deseo de sobresalir, de tener un nuevo inicio y tercero, el separarse de lo conocido ya sea amigos y/o familia. Estos factores provocan en cualquier persona cambios emocionales, que son esperados.

Dicho esto, la edad es sinónimo de vulnerabilidad, ya que la ansiedad es más posible de desarrollarse en la adolescencia (Ortuño, 2009). La edad y experiencia ayuda a que el estudiante pueda formar un propio criterio de cómo manejar los diferentes factores estresantes que se presentan durante la etapa universitaria (Vázquez y Ríos, 2009). Aun así, Caicedo y Jiménez (2012), deja en claro que estudiantes de los primeros y últimos años son los que sufren más, ya sea por iniciar una nueva etapa o por la incertidumbre que genera el acabarla y tener que ejercerla en el mundo real. Finalmente, como lo menciona el

DSM-V (APA, 2013), estos dos trastornos, ansiedad y depresión, son detectables por su capacidad de sabotear la vida del sujeto en varias áreas, ya sea laboral, académica, familiar, interpersonal y social.

Por otro lado, una posible solución es si se llegase a encontrar una relación entre el año que el estudiante está cursando y su sintomatología ansiosa y depresiva, se podría buscar un factor de protección que ayude tanto a prevenir la extensión de posibles cambios anímicos negativos para el estudiante, he incluso facilitar el tratamiento en el caso de que él o ella lo necesite. Asimismo, el mismo hecho de que haya integración no solo en el área académica, sino personal, promueve a la autoevaluación de cada estudiante, que sea capaz de darse cuenta si está llegando al límite, y si es así saber que cuenta con apoyo. En el caso contrario, de que no exista relación alguna, se tomará en cuenta los beneficios de la carrera para la salud emocional del estudiante.

El propósito del estudio.

Con el estudio, se espera encontrar resultados que comprueben que tanto el año en que está cursando el estudiante afecta en los niveles de ansiedad y/o depresión del mismo. De igual forma se comprobará si estos síntomas afectan no solo en el área académica del participante, sino también fuera de ella. La razón para prever estos resultados es debido a distintos estudios ya realizados en el exterior tomando en cuenta carrera y trastornos.

El significado del estudio.

Siendo que la ansiedad y depresión, con sus derivados, son los trastornos más populares dentro de la comunidad universitaria (Caicedo y Jiménez, 2012), el determinar la afección de estos trastornos, en este caso, tomando en cuenta una población específica

como lo es los estudiantes de Psicología Clínica de la USFQ, es una de las principales razones por la que se ha fomentado su estudio. Con esta investigación, se lo puede duplicar en cada carrera dentro de la Universidad, para tener así una idea de la incidencia de ansiedad y depresión de cada departamento, para luego sacar una prevalencia dentro de la institución. De esta forma, se insita a que el país se preocupe por la población universitaria, y en general aumentar el conocimiento sobre la salud mental y saber que puede haber una solución.

Por otra parte, aunque la muestra no es significativa, puede mostrar una tendencia entre los estudiantes de la universidad, tener una correlación entre las dos variables, beneficiará a los estudiantes, así como a los profesores de la carrera para encontrar una constante que ayude a prevenir y/o manejar la posible predisposición psicológica del estudiante, de acuerdo al año que van cursando. Así mismo, dentro del país existe poca información que tome en cuenta esta variable, haciendo de esta investigación uno de los primeros en su tipo, fomentando así mayor investigación en el futuro en la Universidad San Francisco de Quito y dentro del país.

Llegando más allá de los resultados, la habilidad del individuo para poder entender tanto los efectos de los estresores psicológicos como lo es entrar al primer año de universidad, como los diferentes factores de riesgos pueden ayudar a reducir las condiciones como depresión y ansiedad que tanto se presentan en el área de educación superior (Muriungi y Ndeti, 2013) e incluso la población general. Si a esto le sumamos la posibilidad de tener un estudio que pueda encontrar un factor de protección en común que se tenga entre los estudiantes para prevenir posibles síntomas adversos continuos de los estudiantes, facilitará su tratamiento o incluso solo para su propio conocimiento, es decir,

psico-educar a los estudiantes y normalizar las emociones que puedan llegar a percibir como incómodas o molestando su funcionamiento, bienestar y productividad.

Definición de términos

Depresión.- estado que se caracteriza por una tristeza profunda y por la inhibición de varias funciones psíquicas (Dox y cols., 2007).

Ansiedad.- estado que se caracteriza por agitación, inquietud o nerviosidad anímica (Dox y cols., 2007).

Estado psicológico: también conocido como salud mental, es un estado de equilibrio entre los procesos mentales, emocionales y conductuales (Dox y cols., 2007).

Presunciones del autor del estudio

Para el estudio se presume el completo apoyo por parte de los participantes a que responda con toda sinceridad los inventarios ya que de eso saldrán los resultados y se espera que sean los más verídicos posibles. Parte de esto es muy importante que sean lo más precisos posible respecto al tiempo que van asistiendo a la universidad, ya que es una variable muy importante. A mayor tiempo dentro de la universidad, se comienza la persona a adaptar y la emoción primaria que sentían al inicio de clases, se ha reducido o incluso desaparecido (Agudelo y cols., 2008). Al igual que las clases que se tienen dependiendo del año, influye mucho en la dificultad y por ende la posible ansiedad/depresión que estas puedan causar. Continuando con los participantes, se espera que escuchen atentamente el consentimiento informado, de esa forma sepan de qué se trata la investigación, y haya interés por el tema y aumentar las probabilidades de contestar acertadamente. Es importante que los estudiantes comprendan bien los cuestionarios, para qué serán

utilizados, con qué fin y que se hará con los resultados, que entiendan las preguntas, de tal forma que respondan de forma acertada y veraz.

También, los estudios realizados fuera del país, que muchos utilizaron a carreras relacionadas con el área de salud, sirvieron como base para la investigación a realizarse dentro de la universidad. Un dato interesante es que muchos estudios son latinos, lo que ayuda a predecir el resultado dentro de una comunidad latina, a diferencia de estudios de Estados Unidos o Europa. Finalmente, es de vital importancia mencionar para el estudio, que solo se tomará en cuenta la población femenina de estudiantes de Psicología Clínica de la USFQ, ya que actualmente, la carrera en si carece de un porcentaje significativo de hombres.

Supuestos del estudio

En fin, se espera como investigadora, que se llegue a resultados contundentes y certeros, además de que se lleve a cabo el estudio de una forma éticamente correcta, ya que el tema de estado psicológico del estudiante es delicado y lo ideal es tratarlo de la mejor forma. Así mismo, en el caso de los participantes que quieran o pidan ayuda, se les asistirá con información de las consultas psicológicas dentro de la USFQ, que sepan que cuentan con el apoyo que necesiten. En cuanto a los resultados, se espera encontrar una relación entre el año académico que este cursando el estudiante de Psicología Clínica, con los niveles de ansiedad, depresión y estado psicológico. De igual forma, siendo la ansiedad el rasgo predominante en toda la muestra de estudiantes.

Con esto en mente, a continuación la Revisión de la Literatura que será dividida en tres partes. Más adelante se explicará la metodología aplicada en el estudio, el análisis de los datos encontrados, conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación se explicará bajo que parámetros se realizó la revisión de literatura, es decir de donde proviene la información, los géneros que se tomó en cuenta así como los diferentes pasos y formato que se siguió para la revisión.

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Para el estudio en cuestión, la mayoría de información proviene de la base de datos EBSCO, otra en menor cantidad de PROQUEST y HINARI, todas proporcionadas por la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito. Es aquí donde se obtuvo una gran variedad de estudios e investigaciones de los últimos quince años, que proporcionarían información para poder realizarlo. En su mayoría vienen de *journals* o revistas especializadas en temas psicosociales. También, se revisó el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en su 5ta edición V (DSM-V), sin embargo, se utilizará más el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales versión Revisada en su 4ta edición (DSM-IV-TR), ya que es este el que mejor se maneja. Así mismo, el libro “Lecciones de Psiquiatría” de Ortuño (2009), se consultó para sacar información sobre los trastornos y su sintomatología. Como estudio base, se revisó la investigación de Agudelo y colaboradores (2008), “Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios” y el estudio de Ferrel, Barros y Hernández (2011), “Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia).”

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

La idea del estudio provino de la lectura del artículo realizado por Agudelo y cols. (2008), “Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios.” La investigación fue realizada en la Universidad Pontificia Bolivariana, en la Facultad de Psicología, con un total de 259 estudiantes. El objetivo de dicho estudio, era el de señalar los factores predisponentes para que el estudiante sufra de ansiedad y/o depresión y poder luego establecer acciones preventivas. Los resultados sugieren que la población femenina es la que más padece sintomatología ansiosa a diferencia de los hombres, que tiene una puntuación más alta en la sintomatología depresiva. Así mismo, como parte de la discusión del estudio, se había notado la relación que existe entre la dificultad académica y las diferentes sintomatologías, aun así no estudiado.

Con esa última idea en mente, se consideró al estudio como una buena pauta para la presente investigación. Primeramente, tomar en cuenta a dos de las patologías psiquiátricas más comunes de hoy en día, como lo es la depresión y ansiedad (Ferrel y cols., 2011), hace del estudio más beneficioso para la población en cuestión, así como para la comunidad en general. Por otro lado, correlacionar como la dificultad académica que caracteriza a cada año dentro de la carrera de Psicología Clínica, afecta al estudiante, hace del estudio nuevo en su campo, no obstante, fácil de relacionar con varios estudios investigados previamente, ya que tienen los temas por separados, solo fue cuestión de unir los temas.

Continuando con la revisión bibliográfica, se mostró varias maneras de llegar al objetivo de la investigación, para esto se escogieron las herramientas de medición, BDI, BAI y CORE-OM-34, ya que muchos estudios lo usaron y encontraron buenos resultados con los mismos.

Una vez que se definió que investigar, el siguiente paso fue decidir el sitio donde se podría realizar el estudio. Afortunadamente, la USFQ cuenta con la carrera de Psicología Clínica, y al ser estudiante de la misma, se conoce las diferentes exigencias académicas de cada semestre.

Formato de la revisión de la literatura

Con el tema ya establecido, a continuación se presenta la revisión de temas. Primero se hablará sobre los trastornos: depresión y ansiedad. Es importante aclarar, que no se planea diagnosticar en el estudio, solo encontrar rasgos de dichos trastornos. Luego se describirá las herramientas a utilizarse, BDI, BAI y CORE-OM-34.

Tema 1. Depresión.

La depresión se ha convertido en el trastorno mental más frecuente en el mundo que afecta a más de 350 millones de personas (OMS, 2012), además es una de las primeras razones de discapacidad, considerada un trastorno propio de la época moderna (Ferrel y cols., 2011) y existe un mayor requisito ya sea de tratamiento e información sobre depresión, seguido por ansiedad (APA, 2011).

Para empezar, la depresión, de acuerdo al Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en su 5ta edición V (DSM-V) (APA, 2013), le divide en varios tipos: trastorno depresivo mayor (TDM), distimia, síndrome premenstrual, trastorno de desregulación de estado de ánimo, depresión causada por alguna condición médica o droga, un desorden específico depresivo, o no especificado. Para fines del estudio, se tomará en cuenta solo los dos primeros. Dentro de este manual, describen los diferentes

criterios a tomar en consideración para poder diagnosticar ya sea depresión mayor o distimia.

Es necesario especificar, que todos los trastornos descritos antes, tienen en común un sentimiento constante de tristeza, vacío, humor irritable, acompañado por cambios somáticos, como mareos, dolores de cabeza, taquicardia, sudoración, y cognitivos, como falta de concentración, distraídos, olvidadizos, que afectan significativamente al funcionamiento del sujeto. De igual forma, los trastornos se diferencian entre sí, por su duración y razón de origen (APA, 2002). Dicho esto, en la misma línea de análisis, los criterios de diagnóstico para el TDM, es tener máximo un episodio de 2 semanas, aunque por lo general sabe ser más largo. Dentro de este tiempo existe un cambio repentino de afecto, cognición y diferentes funciones neurovegetativas y remisiones inter-episódicas. Así mismo, dentro de los criterios descritos en el DSM-V (APA, 2013), menciona la diferenciación entre duelo y depresión. Duelo puede provocar sufrimiento en la persona, que si no se lo maneja bien puede causar un episodio depresivo. Así mismo, el sentimiento predominante durante el duelo es la sensación de pérdida y vacío, aunque puede haber emociones positivas a diferencia del TDM, persiste el humor depresivo y la incapacidad de sentir gusto por lo que le rodea, e incluso de sentir felicidad y constante rumiación sobre autocrítica, pesimismo y baja autoestima.

El duelo por lo general tiende a disminuir dentro de días o semanas y tiene un curso fluctuante, donde muchos recuerdos e ideas tienen relación con la pérdida, en contraste con el TDM que tiene un humor más persistente y no se vincula a ideas o preocupaciones específicas (APA, 2013). El momento en el que llegan a pasar los dos síntomas depresivos se vuelven más severos y existe un déficit en el funcionamiento cotidiano de la persona, la prognosis y el tratamiento se complica y se puede requerir antidepresivos (Ortuño, 2009).

También, la distimia es un tipo de depresión más crónico, que se da por lo menos dos años en adultos y un año en niños. En general, en niños se ve más un humor irritable (APA, 2002).

Con esto en mente, el DSM-V inicia que para poder diagnosticar, se debe cumplir con cinco (o más) síntomas con por lo menos dos semanas, y que cause un cambio de su funcionamiento anterior y necesariamente uno de los síntomas que deben cumplir son: 1) humor depresivo y 2) pérdida de interés y/o placer. Los criterios que indica el DSM-V (APA, 2013, p. 106) son:

Criterio A.

1. Humor depresivo la mayor parte del día, sentirse triste, vacío y sin esperanza. En niños y adolescentes se ve más irritabilidad.
2. Pérdida de interés y/o placer en todo, casi todos los días.
3. Pérdida de peso significativo (sin hacer dietas se perdió el 5% del peso en menos de un mes). De igual forma puede haber un aumento o disminución de apetito.
4. Insomnia o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación sicomotora o enlentecimiento casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos excesivos de culpa e incompetencia (puede ser causado por un delirio) casi todos los días.
8. Baja la capacidad de pensar o concentrarse, hay mayor indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes sobre la muerte (no solo existe el miedo a morir), ideas recurrentes de suicidio, con plan específico, intento o un plan específico para consumarlo.

Criterio B. Los síntomas causan molestia social ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C. No es causado por algún efecto fisiológico, sustancia o condición médica.

Estos tres criterios son los principales para diagnosticar TDM según lo establecido en el DSM-V (APA, 2013). A partir de estos criterios se irá distinguiendo entre los diferentes tipos de trastorno depresivo mayor, como lo son: leve, moderado, severo. Es en este manual donde también se puede diferenciar si existen síntomas psicóticos, en remisión parcial, total o no específica.

Otras formas que ayudan a diagnosticar TDM, según el DSM-V (APA, 2013), es que personas noten el cambio del sujeto, que esta forma de funcionar este afectando a su vida diaria y que se note. De igual forma se notará por el lenguaje no verbal. Por otra parte, existe la fatiga y dificultad para dormir, la cual es muy común en el TDM. Así mismo, indica el manual que problemas sicomotores pueden ser menos frecuentes, pero la aparición de ellos es indicador de problemas más severos, al igual que la pérdida o aumento de apetito (APA, 2013). En el caso de pérdida de apetito, las personas tienen que ser obligadas a comer. Finalmente está la pérdida de deseo sexual, que puede llevar a problemas incluso con sus parejas (APA, 2002).

En los últimos 50 años, entre los estudiantes universitarios de Estados Unidos, la depresión ha comenzado a formar la primera razón por la que los estudiantes tienen un pobre rendimiento académico o simplemente abandonan la universidad (Herman et al., 2011). Si hablamos de depresión en cuestión de edad, tanto esta, como la ansiedad, son los problemas de salud que más sufren la población adolescente, sugieren Wilson y Deane (2010). En el mismo estudio realizado por los mismos autores, existe un trabajo donde indica que jóvenes con niveles más altos de depresión son menos probables de pedir ayuda a diferencia de los chicos con un menor nivel de depresión. En otro estudio hecho por

Gould y colaboradores (2004), revisado por Wilson y Deane (2010), examina los métodos de afrontar y buscar ayuda de 2.419 adolescentes americanos. De estos, un cuarto de los participantes que además padecían algún tipo de depresión, indicaron que mantendrían sus sentimientos para ellos. Estos mismo autores mencionan otro estudio sobre nueve mil jóvenes americanos que todos muestran a mayor nivel de depresión existe relación a no buscar ayuda de ningún tipo.

Continuando con estudios que toman en cuenta la población universitaria, está el de Herman et al. (2011), *Depressive Symptoms and Mental Health Treatment in an Ethn racially Diverse College Student Sample*, donde mencionan un estudio realizado con 26.685 estudiantes universitarios de Estados Unidos, indicando que 10% de ellos han sido tratados por algún tipo de depresión en los últimos doce meses.

En Estados Unidos, pacientes que pertenecen a un grupo minoritario, por lo general tienen pobre acceso a salud mental y es menos probable de que ellos reciban tratamiento de fármacos o terapia a diferencia de personas blancas (Lesser et al., 2011). En este mismo estudio realizado por Lesser et al. (2011), indica que en un ambiente natural, es más probable que pacientes con un contexto minoritario tienen pobres resultados en terapia comparada con la población blanca.

Tanto la sicoterapia como el tratamiento farmacológico con antidepresivos son muy efectivos para el 60% al 80% de aquellas personas que sufran de depresión, aunque solo 25% de las personas afectadas, reciben algún tipo de tratamiento (Herman et al., 2011). Asimismo, Agudelo y cols. (2008), mencionan que varios estudios han encontrado que la identificación temprana de sintomatología depresiva, ayuda no solo a reducir las probabilidades de que la persona sufra del trastorno, sino que también minimizara la

posibilidad de fracaso académico, consumo de drogas como alcohol o cigarrillos, conductas alimentarias desadaptativas, todos estos comorbidos con un trastorno depresivo.

Tema 2. Ansiedad.

La ansiedad, un sentimiento de enclaustramiento, opresión en el tórax, que es capaz de impedir la respiración o una sensación de cosquilleo en el abdomen, (Stein y Hollander, 2004), es universal, capaz de trascender épocas y culturas. Su origen va de la mano con el de la humanidad, según Stein y Hollander (2004). Estos mismos autores comentan que al ser tan común y difícil de estudiar (Durand y Barlow, 2007), en la antigüedad los médicos la omitían entre la lista de enfermedades médicas. Por ejemplo, mencionan los autores, en la antigua Grecia, existían términos y estudios para la manía, melancolía, histeria y paranoia, sin embargo ningún termino para la ansiedad. Fue después en la Grecia moderna, donde comenzaron a utilizar la palabra *anesuchia*, que significa sin calma o sin tranquilidad. En la época de Cicerón, los romanos comenzaron a utilizar la palabra *anxietas*, que se le utilizaba cuando se estaba bajo un constante estado de angustia, y por lo general vinculada con la melancolía (Stein y Hollander, 2004).

Para la época de 1600, el léxico psiquiátrico aun no incorporaba a la ansiedad, ya que ese hormigueo en el estómago se lo interpretaba como alteración gástrica, la dificultad para respirar con anomalías pulmonares, y los mareos con un estado de vértigo y problemas en el oído medio, síntomas que ahora son considerados característicos para la ansiedad, así como las palpitaciones y rubefacción; mientras que dentro de los aspectos subjetivos esta la sensación de terror, opresión, fobia, sobresalto, rumiaciones obsesivas, etc. (Stein y Hollander, 2004). Aun así, durante esta época, aun no se menciona el término ansiedad. No fue hasta el siglo XVIII, cuando se comenzó a usar el término de ansiedad en

un ambiente médico, hasta que en 1808 Johann Reil lo acuñó como término psiquiátrico significando “distinción entre reacciones «normales» de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, etc. y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones vitales parecidas” (Stein y Hollander, 2004, p.4). Después de varias contribuciones a través de los años, para el siglo XIX, llega Freud con el cuadro clínico de una neurosis ansiosa: 1) irritabilidad general; b) expectación ansiosa; c) ansiedad que acecha constantemente; d) crisis rudimentarias de ansiedad; e) despertar nocturno con terror; f) vértigo; g) fobias; h) alteraciones digestivas; i) parestesias, y j) estados crónicos (Stein y Hollander, 2004).

En el siglo XX, Freud realizó varias modificaciones a su teoría, mencionando que “ansiedad ya no se media con arreglo a cuantos concretos de energía (mal distribuida) sino que se consideraba más bien como una señal de alarma indicativa de un peligro para el equilibrio y el bienestar” (Stein y Hollander, 2004, p. 10). Los estudios durante este siglo continuaron, donde Jean Delay, gran psicofarmacología, ayudó a entender mejor las correlaciones neuroquímicas de la ansiedad, y con la colaboración de Deniker y Pichot, se validó la independencia entre ansiedad y depresión, por ende entre ansiolíticos y antidepresivos (Stein y Hollander, 2004). Ribot, psicólogo francés experimental (Stein y Hollander, 2004), ayuda a explicar la diferencia entre ansiedad generalizada y fobias específicas; así mismo Skinner, psicólogo conductista (Stein y Hollander, 2004), explicó la ansiedad como una respuesta condicionada a una situación temida. Es decir, que mientras que para los psicoanalista, la ansiedad era considerada una reacción psíquica al peligro que rodea la reactivación de una situación infantil atemorizante, los conductistas la percibían como producto del condicionamiento clásico temprano, moldeamiento u otras formas tempranas de aprendizaje (Durand y Barlow, 2007). Finalmente, para inicios del siglo

XXI, se comienza a entender la correlación biológica de la ansiedad, comorbilidades, etc. (Stein y Hollander, 2004).

Fueron gracias a varios estudios que se encontraron pruebas de que la ansiedad puede ser hereditaria, al igual que la tendencia al pánico. También descubrieron la asociación de la ansiedad con circuitos cerebrales específicos y neurotransmisores (Durand y Barlow, 2007). Por ejemplo, de acuerdo a Durand y Barlow (2007), describen como la reducción de los niveles de GABA, están directamente asociados con el aumento de ansiedad, lo mismo sucede con la corticotropina, que funciona como central en la expresión de ansiedad, y también depresión. De igual forma, los autores mencionan que el área del cerebro que está asociada con la ansiedad es el sistema límbico, que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza (Ortuño, 2009). Es importante entender, sugieren los autores, que el tallo encefálico es el área más primitiva que supervisa y registra los cambios en las funciones corporales y transmite estas señales potencialmente peligrosas a procesos corticales más elevados a través del sistema límbico.

No obstante, la ansiedad tiene su razón de existir. Durand y Barlow (2007), mencionan que la ansiedad es buena para las personas, en cantidades moderadas por supuesto, ya que gracias a los últimos estudios realizados durante este siglo, las personas realizan un mejor desempeño cuando están ansiosos. Es decir, si la persona no siente ansiedad por una prueba, no tendrá la necesidad de estudiar y prepararse para esta, o el ejemplo que dan los autores, una chica está más encantadora, animada, se arregla mejor, porque está ansiosa de su cita con el chico que le gusta. En sí, los autores califican a la ansiedad como ese impulso que mejora el desempeño físico e intelectual, que sin ella lo más seguro es que no se lograría todo lo que hacemos en un día. Vásquez y Ríos (2009), repite de igual forma como el nivel de ansiedad ayuda que mejore el rendimiento y

actividades, sin embargo, cuando este pasa de su umbral, el rendimiento se verá comprometido y puede llevar a consecuencias, como sufrir de algún trastorno ansioso y comorbidos. De igual forma, Ortuño (2009), califica a la ansiedad como una respuesta emocional básica, que tiene como fin el adaptar al sujeto a situaciones nuevas, intensas o peligrosas. Bajo la misma línea, el autor menciona que durante la ansiedad, se produce cambios en cinco niveles: 1) sistema nervioso central, donde se activa el sistema límbico y amígdala, y secundariamente el sistema nervioso autónomo o vegetativo; 2) fisiológico, donde aumenta la secreción de cortisol y catecolaminas, provocando un síndrome vegetativo que se caracteriza por el aumento de tensión arterial, frecuencia cardíaca, sudor, etc.; 3) cognitivo, donde se centra la atención en el peligro o la situación amenazante; 4) conductual, aquí se caracteriza la respuesta de lucha, fuga o bloqueo; y 5) emocional, aquí predomina el miedo o activación (*arousal*) (Ortuño, 2009).

Así mismo Ortuño (2010), explica la diferencia entre ansiedad y el miedo, donde el miedo se debe más a una causa conocida y la respuesta es adecuada y esperada. También está la diferencia entre ansiedad y angustia, donde angustia es más visceral, es decir lo sienten más en el epigástrico, y tiende a la inhibición de la actividad; mientras que la ansiedad es más psíquica, que aumenta su intensidad junto con el temor indefinido ante algo presente y falta de aire. La ansiedad normal, dice el autor, se diferencia de la ansiedad patológica porque esta última es de tipo desproporcionada en intensidad y duración al estímulo, se focaliza en la propia respuesta del individuo ante la amenaza más que en la amenaza en sí, no suele aumentar el rendimiento y puede presentarse sin ningún desencadenante.

Según Solms y Turnbull (2002), guiados más por la teoría cognitiva conductual, presentan un sistema de miedo, que se asemeja a la ansiedad, con la respuesta de huir. Así

mismo menciona que las ventajas evolutivas desde este sistema es que permite escapar o evitar rápidamente de la situación que nos esté causando molestia, en este caso miedo y ansiedad. Los autores también mencionan el sistema de pánico, que de igual forma está asociado a la ansiedad y sentimientos de pérdida y tristeza. Es por esto, que los trastornos psiquiátricos más asociados a la ansiedad son las depresiones, abuso de sustancias tóxicas, somatizaciones, insomnio y algunos trastornos de personalidad (Ortuño, 2010).

Con este breve repaso en la historia y datos curiosos de la ansiedad, se continuará con la clasificación de los trastorno de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2002). De acuerdo al manual, son doce los trastornos de ansiedad. Para la investigación en cuestión se tomará en cuenta tres tipos que de acuerdo a varias referencias son las más comunes dentro de la población investigada. No obstante, los otros nueve trastornos serán descritos brevemente.

Para empezar, el manual, describe dos términos bases para los trastornos de ansiedad, la crisis de angustia o *panic attack* y la agorafobia (APA, 2002):

El ataque de pánico se caracteriza por la aparición repentina de síntomas e aprensión, miedo o terror, acompañado la mayoría de veces por una sensación de muerte inminente, describe el manual. Así mismo, durante la crisis, síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o molestar torácico, asfixia y miedo a volver loco o perder control es muy típico en estas situaciones.

La agorafobia, como lo define la APA (2002), es la aparición de ansiedad o comportamientos para evitar una situación o lugar donde escapar les resulte difícil o vergonzoso, también se puede tratar de miedo a que no aparezca la ayuda necesaria en caso de llegar a necesitarla. La razón por la que estos dos términos son importantes, se debe a que todo trastorno de ansiedad puede presentar una crisis de angustia y agorafobia (APA, 2002). También es necesario diferenciar que la ansiedad característica que se sufre a tener

una crisis de angustia se diferencia de la ansiedad generalizada por “su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica gran intensidad” (APA, 2002, p.479).

Dentro de los trastornos de ansiedad descritos por el DSM-IV (APA, 2002), están:

El trastorno de angustia sin agorafobia, caracterizado por una crisis de angustia inesperada que provoca un estado persistente de preocupación al sujeto.

El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por tener crisis de angustia y agorafobia de forma inesperada y recidivante.

Tercero está la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, que se diferencia por la presencia de agorafobia y síntomas muy parecidos a la angustia en una persona que nunca en su historia previa presentó antecedente de crisis de angustia inesperada.

Siguiente está la fobia específica, que se define por una respuesta ansiosa clínicamente significativa al ser expuesto a una situación u objeto específico que provoca un gran temor, que lleva a que el sujeto tenga comportamientos de evitación.

Trastorno obsesivo-compulsivo se trata de obsesiones y/o compulsiones, que pueden llegar a causar ansiedad y molestar significativo o neutralizar la ansiedad respectivamente.

Otro es el trastorno de estrés posttraumático (APA, 2002), que se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, provocando síntomas ansiosos al aumentar la activación y los comportamientos de evitación hacia los estímulos relacionados con el trauma.

Similar es el trastorno por estrés agudo, que se da inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático (APA, 2002).

Luego está el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, donde existen síntomas ansiosos debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. También está el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, que como su nombre lo dice, los síntomas ansiosos son provocados por efecto de una droga, fármaco o tóxico ingerido.

Finalmente está el trastorno de ansiedad no especificado, que acoge a todos los trastornos ansiosos, pero aun así no reúne los criterios de diagnóstico específicos (APA, 2002).

Como se mencionó, son doce los trastornos de ansiedad, se acaban de describir diez rápidamente. Dentro del estudio se considera, de acuerdo a material revisado previamente, que tanto la fobia social y trastorno de ansiedad generalizada son los más comunes dentro de una comunidad de estudiantes universitarios (Agudelo y cols., 2008). Es necesario recordar, que el estudio no es para diagnosticar, solo evaluar los niveles. A continuación, estos dos últimos trastornos serán descritos más a fondo. En primer lugar está la fobia social, donde sus criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR (APA, 2002, p. 509), son los siguientes:

Criterio A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

Criterio B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

Criterio C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

Criterio D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

Criterio E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

Criterio F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

Criterio G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno disfórico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

Criterio H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa.

Es necesario especificar si es generalizada o no. Esto quiere decir si los síntomas ansiosos, el temor, se presentan en la mayoría de situaciones sociales. Como se ve, son ocho los criterios descritos por el DSM-IV-TR (APA, 2002). Básicamente muestra que la principal característica de la fobia social es el miedo persistente a situaciones sociales y/o evitar estar frente a un público por temor a quedar en ridículo. Para cumplir con el Criterio A, se debe tener una respuesta ansiosa inmediata al estar expuesto a estas situaciones. El Criterio B, describe que es posible presentar una crisis de angustia situacional o determinada. Por lo general, los adolescentes y adultos saben que se trata de un miedo irracional, aun así no pueden evitarlo, según el Criterio C. Es por esto que, de acuerdo al Criterio D prefieren evitar cualquier situación o actuación en público, y si llegasen a participar, su actuación será perjudicada por un terror intenso. De igual forma, debe causar un malestar significativo en la vida diaria de la persona. No debe ser el resultado de una enfermedad médica o efectos de alguna sustancia.

Entre los síntomas ansiosos que pueden llegar a sentir son palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión (APA, 2002). Por supuesto se debe considerar también la historia previa. Es decir, si existe un temor congruente con el contexto del estímulo, por ejemplo, miedo a tomar el examen de química porque no estudie nada, este es miedo racional. También es posible que la persona que sufra de fobia social, pueda comenzar a sentir los síntomas

ansiosos anticipando la situación en su mente. Por lo general, de acuerdo a Ortuño (2010), las personas con fobia social, tienen pobres habilidades sociales y son muy evitativos. El mismo autor menciona, en cuanto a prevalencia, la fobia social se sitúa en torno al 6% en población general, con una frecuencia similar tanto en hombres como mujeres (1.3 hombres, 2.7 mujeres). Así mismo describe Ortuño (2010), como los síntomas suelen aparecer por lo general a finales de la adolescencia, cuando los jóvenes comienzan a preocuparse en la opinión y aceptación de los demás. Vallejo (2006), propone como varios autores sugieren como la fobia social se puede también conectar con el temperamento inhibido infantil, cuando de niño se acostumbra a evitar todo lo novedoso, se podría considerar como una etapa previa.

La evolución de la fobia social, describe Ortuño (2010), tiende a empeorar ya que no suelen buscar ayuda y por ende no se diagnostica. Muchas veces se lo esconde con el consumo de sustancias tóxicas que la persona ingiere para reducir o superar los síntomas ansiosos. La fobia social por lo general se asocia con la personalidad evitativa, abuso de alcohol, ideación autolítica, depresión y agorafobia. Dentro de los posibles tratamientos para este trastorno, el autor sugiere los antidepresivos inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (ISRS) como primera elección, por su mejor tolerancia. Se debe evitar o utilizar con mucho cuidado las benzodiazepinas ya que pueden producir tolerancia y dependencia. Lo mejor es utilizar una combinación de terapia farmacológica junto con psicoterapia. Lo más recomendado, Ortuño (2010) describe, es ayudar al sujeto con habilidades sociales necesarias, desensibilización sistemática, técnicas de exposiciones combinadas con reestructuración cognitiva y entrenamiento de relajación.

Por otro lado, está el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que se lo conoce como un estado persistente ansioso y preocupación excesiva e inespecífica, que no se limita a una circunstancia ambiental desencadenante específica, y su duración es de por lo menos seis meses (Ortuño, 2010). Los criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR (APA, 2002, p. 533), son los siguientes:

Criterio A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

Criterio B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

Criterio C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Criterio D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

Criterio E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterio F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La prevalencia del TAG a lo largo de la vida es de 5%, según Ortuño (2010). El autor también menciona los diferentes factores de riesgo para padecer dicho trastorno. Entre ellos está la edad de inicio, género, ya que afecta más a mujeres que hombres, personas discapacitadas o desempleadas, sujetos divorciados o enviudados, historia familiar de TAG, vivir en un ambiente estresante, antecedentes de traumas, rasgos de personalidad ansiosa y padecer una enfermedad médica crónica. Ortuño (2010), indica que el TAG es altamente comorbido con depresión mayor, que aparece en un 60% de pacientes que lo padecen, seguido por consumo perjudicial de sustancias tóxicas (33%), trastorno de pánico (25%), fobia simple (21-55%) y fobia social (15-59%). En muchos de los casos, el riesgo de suicidio es alto y su predisposición al tabaco también. Bajo el mismo autor, menciona como el curso es crónico y fluctuante, la probabilidad de remisión es baja y las recaídas frecuentes. Si no existe tratamiento, el 80% de pacientes continuarán presentando síntomas al menos 3 años después del inicio, provocando cada vez más deterioro en su vida diaria. Entre los factores que empeoran el pronóstico, está la falta de tratamiento, presencia de agitación, la desrealización, síntomas conversivos e ideas suicidas. Dentro de los tratamientos descritos por Ortuño (2010), es la farmacología, siendo los antidepresivos ISRS los de primera mano, también se puede utilizar

benzodiacepinas, pero con mucho cuidado ya que provocan tolerancia y es potencialmente adictivo. También la terapia psicológica, en especial cognitiva conductual son la más recomendada realizando técnicas de relajación y aprender técnicas de afrontamiento. Se debe explicar al paciente la naturaleza y causa de los síntomas que padece, aclararle el origen de sus preocupaciones específicas. En general, el objetivo del tratamiento es aliviar la ansiedad, reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida mientras se evita cualquier comorbilidad (Stein y Hollander, 2004). Por lo general, es un tratamiento de larga duración.

Hablando nuevamente sobre la ansiedad en general, la prevalencia global es de 2% a 5% de acuerdo a Vallejo (2006). Es él, quien menciona que la edad de inicio suele ser entre los 20 a 40 años, siendo 25 años la edad media. Por lo general, cuando una persona siente alguna molestia o dolor, lo atribuye a una enfermedad, cuando en realidad, solo el 5% de veces una enfermedad es la causante, mientras que el 70% son por razones naturales o ambientales y el 25% a causas psicológicas, siendo la ansiedad una de las primeras en la lista (González, Landero y García, 2009). Dentro de la población universitaria, las principales razones por las que existe ansiedad en estudiantes, es por ensayos, exámenes y otras actividades académicas, así como el cuestionar su pertenencia a la nueva universidad (Cocklye, McClain, Enciso y Martínez, 2012). A esto, Agudelo y cols. (2008), aumenta los diferentes factores psicosociales, edad, procesamientos cognitivos y las características individuales de la personalidad.

En un estudio realizado por Balanza, Morales y Guerrero (2009), en una muestra de 700 estudiantes universitarios, el 47.1% sufrían de algún trastorno ansioso, siendo más alto en mujeres, donde los principales factores eran socio-familiares y académicos. Al

entrevistarlos, los estudiantes describían entre los síntomas somáticos, fuertes dolores de cabeza, alteraciones de sueño, síntomas neurovegetativos, etc.; mientras que entre los síntomas conductuales y cognitivos estaba la irritabilidad, falta de concentración y angustia.

Parade et al. (2010), colocan a la fobia social, como el trastorno ansioso más común durante la transición de colegio a universidad. Es más esta entre el 19% a 33% de los universitarios según los autores. En esto último concuerda Caicedo y Jiménez (2010), que sugieren como los estudiantes de primeros años de universidad tienen mayor probabilidad a sufrir de síntomas ansiosos, ya sea porque es un nuevo ambiente, comenzar a tener nuevas responsabilidades y estilo de vida. De igual forma, los autores mencionan que los estudiantes de último año también sufren el mismo o incluso niveles más altos de ansiedad, ya que sufren la presión de acabar la carrera, así como la indecisión al futuro. Sin embargo, siendo que existen niveles significativamente altos de acuerdo Vallejo (2006), es después de aproximadamente cinco años que por lo general las personas no buscan ayuda a menos de que la severidad haya aumentado drásticamente (Wilson y Deane, 2010). Dentro del estudio realizado por Wilson y Deane (2010), confirma como entre 11.154 alumnos entre 15 y 16 años, que incluso teniendo los niveles más altos y críticos de ansiedad, solo un tercio de ellos buscaba ayuda, lo que lleva nuevamente al estigma y mala reputación que le da la sociedad a la ayuda psicológica. Finalmente, en un país hermano como Colombia, la ansiedad está en 9% de la población de acuerdo al Departamento de Bienestar Universitario, de acuerdo a Agudelo y cols. (2008). Son estos autores que hacen conocer que dentro de la Universidad Pontificia Bolivariana, solo en el mes de Junio y Julio, el 17% de la población consultante fue diagnosticada con rasgos ansiosos, siendo el 75%

estudiantes de psicología. Es por este último estudio que se decidió tomar a la comunidad de psicólogos clínicos de la USFQ.

Tema 3. Instrumentos a utilizarse.

En orden de conseguir el objetivo de la investigación se aplicaran tres pruebas.

Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck, o BDI por sus siglas en inglés (Beck Depression Inventory) fue creado en 1961 por Aaron T. Beck, uno de los pioneros de la terapia cognitiva (Farinde, 2013), con el propósito de evaluar la severidad e intensidad de los niveles de síntomas depresivos (Hayden, Brown y Brennan, 2012). Hasta el momento, existen tres versiones, la primera fue en 1961, donde se necesitaba llenar con ayuda del entrevistador (Farinde, 2013), la primera revisión se la realizó en 1978 llamándose BDI-IA. La segunda revisión fue en 1996, cambiándole a BDI-II (Hayden y colaboradores, 2012), terminando en un inventario auto-aplicable de 21 ítems de opción múltiple (Farinde, 2013). El principal cambio que se hizo es que ahora mide los síntomas depresivos junto con los criterios descritos en el DSM-IV-TR, especialmente los ítems que miden sueño, apetito, peso, sentimientos de agitación y desamparo (Wilson y Blumentritt, 2007). Asimismo, los autores Hayden et al. (2012) y Wilson y Blumentritt (2007), concuerdan que también se quitaron tres ítems innecesarios y se aumentó el tiempo de una semana a dos.

La prueba fue creada para ser utilizada tanto en adolescentes como adultos (Wilson y Blumentritt, 2007), siendo la edad mínima, 13 años (Farinde, 2013). Su uso es tanto valido para la población psiquiátrica como para la población general (Wilson y Blumentritt, 2007). Sus puntos de corte son: 0-13 mínimo, 14-19 leve, 20-28 moderado y 29-63 severo (Farinde, 2013). Debido a que la actual revisión del BDI es uno de los

métodos más utilizados para medir depresión en el mundo, según Wilson y Blumentritt (2007), ha sido altamente estudiado, llevando a presentar una alta confiabilidad y validez. Los mismos autores citan el estudio de Masawi (2001), donde presentan una confiabilidad de test-retest de una semana como buena ($\alpha=.84$) a excelente ($\alpha=.94$). Por otra parte Farinde (2013), menciona que la consistencia interna es de 0.91 y más. Así mismo, el autor menciona que cuando se hizo la traducción del inventario, de inglés a español, su confiabilidad fue aceptada ya que no fue mucha la diferencia (0.91 en español y 0.89 en inglés).

Ahora, dentro de las críticas que ha tenido la prueba según Hayden et al. (2012), es que el BDI sobreestima la prevalencia y severidad de los síntomas depresivos. De igual forma, sugieren que no se debería usar como una medida de evaluación ya que carece de sensibilidad y especificidad, también presenta altos niveles de falso diagnóstico (Sanz, Perdigón, Vázquez, 2003). En este último punto, Farinde (2013), coincide ya que uno de los retos más grandes para el BDI-II es determinar cuando los evaluados están pretendiendo en orden de sacar beneficio, ya que es posible esconder o sobre-reportar síntomas depresivos. Aun así con estas y otras críticas, muchos estudios le han colocado al BDI-II como uno de los mejores test de evaluación en todo el mundo, gracias a su consistencia, validez y confiabilidad (Farinde, 2013).

Inventario de Ansiedad de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck, ya con sus 25 años de existencia, se ha convertido en el test auto-aplicado para medir la gravedad de los síntomas ansiosos más utilizada para la investigación psicológica en el mundo (Sanz, 2013). Beck Anxiety

Inventory (BAI en inglés), fue creado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer (1988, De Lima, Crippa y Laureiro, 2011), siendo en el 2011 su última revisión. Consta de 21 ítems, que toma en cuenta los síntomas cognitivos como nervios, miedo a perder control, etc., y síntomas somáticos como taquicardia, dificultad para respirar y otros; midiendo desde una escala de 0 (nada) a 3 (severamente) de cuanto estos síntomas les molesta (Eack, Singer y Greeno, 2008). El puntaje total es de máximo 63, donde los puntos de corte son: 0-7 mínimo, 8-16 leve, 17-25 moderado y 26-63 severo, según Muriungui y Ndetei (2013). Estos mismos sugieren que el instrumento puede ser aplicado a partir de los 13, tanto en población clínica como general.

Siendo que suele confundirse la depresión con la ansiedad, “el BAI se desarrolló para abordar la necesidad de un instrumento que pudiera discriminar fiablemente” (Sanz, García-Vera y Fortún, p. 564, 2012), entre los dos trastornos. Es por esto, que el BAI es utilizado junto con el DSM-IV-TR (Muriungui y Ndetei, 2013), cubriendo 13 de los 29 síntomas descritos por el manual para cumplir un cuadro ansioso (Sanz y cols., 2012). El instrumento ha sido adaptado en varios idiomas, mostrando una alta consistencia entre sí, de acuerdo a De Lima et al. (2011). Estos mismos autores, mencionan la consistencia interna del BAI como excelente (0.92, test-retest de una semana de 0.75 y validez convergente de <0.65. Dentro de las mayores críticas que tiene el BAI, es similar a las del BDI, la sobreestimación de la prevalencia y severidad de los síntomas ansiosos (Hayden et al., 2012). Sin embargo, su alto uso y estudio ha demostrado su valor dentro de la comunidad científica.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM34).

Ya que no basta solo los informes orales y comunicación no verbal, el CORE-OM34 llega como instrumento para medir el estado psicológico de una persona. De

acuerdo a Feixas y cols. (2011), autores de la estandarización del test en España, informan como originalmente el Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM34 por sus siglas en inglés), fue creado por Core System Group en 1998, como parte de un protocolo de evaluación de los servicios de asistencia psicológica. Es por eso que se lo considera como un instrumento para evaluar el proceso terapéutico de los pacientes, para que sea una retroalimentación del servicio tanto para el terapeuta como para el paciente; también se lo utiliza como evaluación del estado psicológico de una persona. En general resume si existe o no un malestar psicológico en el evaluado (Feixas y cols., 2011).

De igual manera, los autores describen al instrumento como un auto-informe de 34 ítems, que mide cuatro dimensiones: bienestar subjetivo, donde toma en cuenta todo malestar general; problemas/síntomas, refiriéndose a la ansiedad, depresión, traumas y síntomas físicos; funcionamiento general, relaciones íntimas, sociales, nivel de funcionamiento cotidiano; y riesgo, donde se pregunta acerca de intentos de suicidio, autolesiones y agresión a terceros. Cada ítem fue seleccionado cuidadosamente de acuerdo a su importancia clínica y la probabilidad de que este cambie durante un proceso terapéutico, según Skre et al. (2013). Estos mismos citan el estudio de Lyne y colegas (Skre et al., 2013), donde concluyen que los ítems se pueden agrupar en dos grandes grupos, uno que mide el estrés psicológico y los otros ítems de riesgo.

Dentro de las ventajas del CORE-OM34, esta que es rápido, muy sencillo de entender, gratuito y de fácil corrección e interpretación, además de ser de acceso libre, con la única condición de no modificar el contenido o formato, según Feixas y cols. (2011). También puede ser utilizada en población general como clínica. Siendo el CORE-OM34 tan nuevo, este más sus otras versiones, han sido utilizadas en varias investigaciones con el

fin de comprobar la mejora sintomática de los pacientes y evaluar los resultados finales (Feixas y cols., 2011), aun así, otros instrumentos que evalúan lo mismo han demostrado que si no existe una buena organización y comunicación de los datos, no se puede integrar la información entre clínicos, lugares de tratamiento o dimensiones del problema (Froyd, Lambert y Froyd, 1996 en Feixas y cols., 2011). Es por esto que el Sistema CORE, encontró una forma de funcionar integrando todas las evaluaciones de los pacientes, sintomatología diversa y análisis de datos recogidos, de tal forma que demuestre si los procedimientos están causando un impacto positivo en el paciente (Barkha, Mellor-Clark, Connell y Cahill, 2006 en Feixas y cols., 2011).

Un beneficio más que se tiene al utilizar este instrumento, se da gracias a que posee una hoja de medición estandarizada donde rápidamente da los resultados. Su fácil lectura lo logra gracias a sus diferentes puntos de corte, donde muestra las áreas donde hay más estrés psicológico y calificándoles de la siguiente manera: 0-5 saludable, 6-10 leve, 11-15, medio, 16-20 moderado, 21-25 moderado-severo y 26 en adelante severo (Feixas y cols., 2011). La fiabilidad interna del CORE-OM34 es de 0.75 a 0.90, mientras la correlación test-retest se la considera buena (0.87 a .091) (Feixas y cols., 2011). También se ha mencionado que el CORE ha sido traducido a varios idiomas de su escrito original que es en inglés, encontrando que mantiene las mismas propiedades psicométricas, tanto en población psiquiátricas como generales (Skre et al., 2013).

Con esta información, se espera que el lector tenga la base de los temas a tomar en consideración dentro del estudio, ahora se procederá a explicar la metodología y diseño de la investigación.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se orienta a encontrar una correlación entre los niveles de ansiedad y depresión dependiendo del año que este cursando el estudiante de la carrera de Psicología Clínica. Dicho esto, el método a utilizarse es un enfoque cuantitativo, donde se tomó en cuenta las diferentes investigaciones, junto con la revisión de información. De igual forma, el estudio tiene un carácter correlativo, debido a lo mencionado anteriormente, se espera encontrar relación entre el año que el estudiante está cursando y los niveles de ansiedad y/o depresión.

Justificación de la metodología seleccionada

En orden de explicar sobre el enfoque cuantitativo, se basó en el libro de Hernández, Fernández y Baptista (2010), “Metodología de la investigación.” De acuerdo a los autores, el método cuantitativo se basa en un conjunto de procesos, que van estrictamente en orden, con el fin de a partir de una idea, va poco a poco definiéndose para terminar con una pregunta de investigación que podrá ser respondida con información numérica, logrando predecir e incluso generalizar los resultados en el caso de que se quiera replicar el estudio. El objetivo del enfoque, como lo menciona los autores, es el de establecer o comprobar teorías a partir de bases lógicas, estándares de validez y confiabilidad. Con esto en mente, la investigación consta de los puntajes obtenidos en los inventarios aplicados.

Continuando con los autores mencionados, el enfoque correlacional aplicado en el estudio, tiene la función encontrar relación y/o asociación entre las variables establecidas dentro de la investigación. Es decir que ofrecen predicciones, explican la relación entre

variables y cuantifican relaciones entre variables ya sean positivas o negativas (Hernández y cols., 2010). Para el trabajo, se intenta encontrar si existe o no relación entre los niveles de ansiedad, depresión y estado psicológico con el nivel académico y edad de los estudiantes de Psicología Clínica.

Herramienta de investigación utilizada

En fin de cumplir los objetivos estipulados por el estudio, se implementaron tres herramientas de medición.

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

La primera es el Inventario de Depresión de Beck que consiste en un cuestionario de auto-informe de 21 ítems (Muriungui y Ndetei, 2013), que como su nombre lo dice, se encarga de medir la severidad de la depresión dentro de la población general (Haeffel, 2010). El BDI (por sus siglas en inglés), se califica en un rango de 0 a 63, donde un puntaje alto sugiere niveles altos de síntomas depresivos (Haeffel, 2010). El inventario tiene como ventaja su alta consistencia interna, fiabilidad test-retest y validación tanto en una muestra psiquiátrica como normal (Haeffel, 2010). Para el estudio, se utilizó la última versión española de Sanz y Vázquez, actualizada en el 2011 (Agudelo y cols., 2011).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Para medir los niveles de ansiedad, se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Este por su lado consiste de un cuestionario que puede ser auto-aplicado, de 21 ítems que mide la sintomatología ansiosa, así como evaluar las diferentes conductas cognitivas, emocionales, motoras de la persona (Sanz, 2014). Se utilizó la última actualización de la versión española, 2011, sobresaliente por su excelente fiabilidad de

consistencia interna, donde pregunta el grado de molestia que ha sufrido el individuo durante la última semana (Sanz, 2014).

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcomes Measure (CORE-OM34).

Como tercera herramienta en aplicarse es Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM-34), cuestionario de auto-informe creado en 1998 por Core System (Feixas y cols., 2011). El test consta de 34 ítems, que evalúa el estado terapéutico de la persona, así como para evaluar los efectos terapéuticos, la mejora sintomática y resultados finales del paciente (Feixas y cols., 2011). Finalmente, los datos sociodemográficos de los participantes que serán tomados en consideración como parte de la investigación, han sido recogidos y almacenados en una hoja de cálculo digital, siempre guardada bajo clave en la computadora personal de la investigadora principal.

Descripción de participantes

Número, género y edad.

El número de participantes dentro del estudio fueron en total 105 estudiantes. Se tomaron 30 estudiantes de primer año, 15 de segundo, 15 de tercero, 15 de cuarto y 30 de quinto. Como se mencionó al principio del estudio, se tomaron solo estudiantes femeninos, ya que lamentablemente la carrera de Psicología Clínica en la USFQ, tiene pocos estudiantes masculinos, lo cual daría una muestra muy poco significativa o representativa. Las participantes están entre los 17 a 43 años de edad, siendo el promedio en total de 21 años, mientras que por nivel académico es de 19, 20, 23, 22, 24 años respectivamente.

Nivel socioeconómico.

Ya que la muestra fue tomada dentro de la Universidad San Francisco de Quito, se debe tomar en consideración que la institución es privada, perteneciendo a un estrato socioeconómico alto. Sin embargo, cuenta con la posibilidad de que estudiantes de bajos recursos puedan aplicar. La universidad cuenta con diferentes programas de asistencia financiera y becas que pueden ser ajustadas a las necesidades de los futuros estudiantes. Es por esto que dentro de la muestra se considera un nivel socioeconómico promedio.

Características especiales relacionadas con el estudio.

Dentro de la población participante, se encuentra chicas de todo el país, lo que puede significar un cambio de ciudad o incluso vivir solo, lo es importante tomar en consideración como posibles causas externas de aumento en niveles de depresión y ansiedad. Como ya se mencionó previamente, son todas estudiantes de Psicología Clínica, sin embargo, de acuerdo al año que este la estudiante, diferente será el conocimiento sobre las teorías psicológicas, tratamiento, técnicas y uso de las mismas, es por esto, que se espera que haya mucha más apreciación en los primeros años, ya que en los últimos años, son temas ya vistos y estudiados. Así mismo es necesario tomar en cuenta que la población no es clínica, por lo que es posible que no eleven clínicamente los niveles de ansiedad y depresión.

Fuentes y recolección de datos

La información fue obtenida utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario e Ansiedad de Beck (BAI) y Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM-34), aplicando a los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica

de la Universidad San Francisco de Quito, a partir del primer año hasta el quinto año. Se pidió permiso previo a diferentes profesores, de diferentes años de la carrera, para utilizar 15 a 20 minutos de su tiempo, para explicar a las estudiantes sobre el estudio y que respondan a la batería de pruebas. Una vez que hayan terminado, para mantener siempre la confidencialidad y anonimato tanto de la participante como de su prueba, se proporcionó una caja sellada donde cada una se acercaba y la colocaba adentro, de tal forma que se perdía conexión de la prueba con la participante. Este proceso se lo repitió en seis diferentes clases, de diferentes años.

Con los datos obtenidos, se dividió la información por nivel académico, edad, puntaje total en BDI, BAI y CORE-OM34; para luego tabular los datos que sean relevantes para los objetivos establecidos. Esta hoja de datos, se la realizó en una hoja de cálculo de Excel, trabajo que es almacenado en la memoria de la computadora de la investigadora principal, y como respaldo en la nube *Drive* de Google. De igual forma el análisis se lo hizo en el programa Minitab, así mismo guardando el progreso en los sitios ya mencionados.

Prueba piloto.

En este caso, no existe prueba piloto debido a que se está utilizando cuestionarios ya estandarizados.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Toda la información fue recolectada en una base de datos, donde fue procesada y organizada con el fin de cumplir las necesidades para la investigación. Para esto se separó por año, se clasificó edades y calificación de cada instrumento aplicado (BDI, BAI y CORE-OM-34), en una hoja de cálculo del programa Excel, para luego ser procesado en el programa Minitab 15, instalado en la computadora personal de la investigadora, con un sistema operativo Windows 8. De igual forma, para cada operación estadística, así como las interpretaciones de los resultados se siguió los procedimientos, pasos y consejos descritos en el “Manual de Investigación del Comportamiento con Aplicaciones para el Programa Estadístico Minitab” realizado Teresa Borja *Ph.D.*, profesora y coordinadora del Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito. Es importante mencionar que también se pidió ayuda para la organización de datos y uso del programa Minitab a Gustavo Villacreses, Asistente del Departamento de Psicología de la USFQ.

Hipótesis 1

Recordando la hipótesis establecida, encontrar niveles más altos de ansiedad y depresión en las estudiantes de primero y quinto año, a diferencia de los años intermedios, se aplicó un MANOVA, donde la variable independiente es año y BDI y BAI las variables dependientes. Los resultados del Wilk's Lambda indican que el año no es significativo ($F=1,830$; $p=0.073$) en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión. Aun así es prudente mencionar que siendo el valor p cercano a 0.05, es muy cercano a ser significativo, es por eso que se revisó los ANOVA *one way*. Los resultados indican que la diferencia no es significativa ($F=2,44$; $p=0,052$) entre año y ansiedad, pero por muy poco, acercando a la

ansiedad como posiblemente influenciada por el año lectivo que este cursando el estudiante. Lo mismo sucedió, en cuanto a la depresión, el ANOVA *one way* indica la diferencia no significativa ($F=2,24$; $p=0.070$), entre el año, aun así muy cercano a serlo. Lo más probable, es que con una muestra más grande, llegue a ser significativa.

Hipótesis 2

En orden de explorar si el nivel académico influye en el estado psicológico de las estudiantes de Psicología Clínica, se aplicó un ANOVA *one way*. El resultado indica que no hay relación ($F=0.20$; $p=0.891$).

Hipótesis 3

Para explorar la hipótesis tres, si la edad influye en el estado psicológico de las estudiantes de Psicología Clínica, se aplicó un ANOVA *one way*. Los resultados indican que no existe diferencia significativa ($F=1,47$; $p=0,158$), entre la edad y los resultados del instrumento CORE-OM34. Sin embargo, es interesante tomar en cuenta que el valor p muestra que podría llegar a ser significativo si se toman más participantes.

Hipótesis 4

Para explorar la cuarta hipótesis, encontrar si la edad influye en los niveles de ansiedad y depresión de las estudiantes de Psicología Clínica, se utilizó un MANOVA. Los resultados de Wilk's Lambda indican que la edad no es significativa ($F=1,089$; $p=0,362$) en los resultados de ansiedad y depresión. Aun así, yendo más allá, se revisó los resultados ANOVA *one way*, indicando que es importante mencionar que es muy cercana la significancia ($F=1,70$; $p=0,086$) de la edad con los resultados de depresión, a comparación de edad y ansiedad donde así mismo no es significativo ($F=0,99$; $p=0,459$).

Hipótesis 5

Para comprobar si existe en general más ansiedad que depresión entre los participantes, se aplicó un *t-test paired*. Los resultados indican que en efecto, si existe diferencia estadística ($t = -5,91$; $p = 0,000$), siendo el promedio de ansiedad ($x = 14$) mayor que el promedio de depresión ($x = 8$) en toda la muestra.

Importancia del estudio

Los beneficios y posibles contribuciones que este estudio puede dar, es principalmente a la comunidad de la Universidad San Francisco de Quito. Por esto, se refiere desde profesores hasta estudiantes. Muchas veces, los alumnos se quejan de la carga de material en las clases, sobre la ansiedad o incluso depresión que estas les están causando. Si hubiese existido algún indicador de que cierto año provoca más ansiedad y depresión en estudiantes, la identificación temprana siempre es un beneficio, a que no solo minimiza la posibilidad de fracaso académico, si no también reducir en forma sustancial otras conductas de riesgo para la salud de los estudiantes, como consumo de cigarrillo y/o alcohol.

En general, los resultados han demostrado lo contrario, que si existe algún indicio de ansiedad o depresión, se debe más a razones fuera de la universidad. De igual forma, ya que la universidad se encuentra en época de acreditación por la SENESCYT, muchas veces suelen preguntar el estado anímico o psicológico de nuestros estudiantes. Los resultados pueden demostrar que los estudiantes están en condiciones óptimas, es decir, se tiene cuidado no solo del área académica, sino también de su salud mental. Otro importante beneficio es identificar un momento donde haya más estrés psicológico para poder apelar a mayor comprensión y paciencia hacia los estudiantes por parte de los profesores. Entre las

contribuciones, se puede tener un indicio de la ansiedad y depresión en Psicología Clínica, y si se llegase a hacer una réplica del estudio, se puede sacar una prevalencia del mismo.

Ahora, el estudio demuestra un resultado diferente al de las referencias previamente vistas. Siendo que el estudio de Agudelo y colaboradores (2008), fue realizado en Colombia, un país latino, vecino de Ecuador, demostró que estudiantes de la carrera de Psicología Clínica tienen más probabilidad de padecer niveles altos de depresión y ansiedad; el presente estudio demuestra que, dentro del departamento de Psicología Clínica, no existe influencia del año académico con los niveles de ansiedad, depresión y estado psicológico. Es posible presentar rasgos, incluso molestia, aun así los estudiantes de la USFQ de Psicología Clínica son capaces de funcionar productivamente. Finalmente, el considerar los rasgos ansiosos y depresivos dentro de la comunidad de psicólogos clínicos de la USFQ, ayuda a mantener conocimiento en cuanto al estado psicológico de los estudiantes, así como poder tener un estudio modelo para la población ecuatoriana en general, aportando valiosos datos que sean la base de futuras investigaciones relacionadas con este tema.

Es importante valorar la importancia del estudio, como base para futuros estudios, de tal forma que para un segundo estudio, puedan aumentar los participantes, hacerla incluso más específica. De igual forma se puede estudiar otros factores que se dejaron de lado en este estudio, como género los diferentes factores externos que pueden influir en los niveles de ansiedad, depresión y estado psicológico de un estudiante universitario, y finalmente, comparar con otras carreras.

Resumen de sesgos del autor

En orden de cumplir con los objetivos de la investigación, se utilizaron varias medidas preventivas para evitar sesgo por parte de la investigadora. En primer lugar se manejaron los criterios descritos por el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales Revisado en su 4ta edición. De esta forma, no se supuso ninguno de los posibles síntomas que los participantes puedan tener. De igual forma, las herramientas utilizadas, tanto el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, están ya previamente estandarizadas en una comunidad de habla hispana, lo que evita que la traducción evite la pérdida de validez de los mismos. Así mismo, las pruebas que se usaron son las versiones más recientes, revisadas y estandarizadas. Al momento de calificar las pruebas, se utilizó de igual forma hojas de medición previamente estandarizadas, o el método recomendado por los autores de los inventarios.

Uno de los mayores sesgos de la autora, es que siendo actualmente estudiante de Psicología Clínica dentro de la universidad, varios de las compañeras participantes son conocidas, al igual que conoce la carga que la carrera representa. Para evitar la posible contaminación dentro de la investigación, se mantuvo un comportamiento ético. A esto se refiere que se siguió los pasos establecidos por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito. La confidencialidad es uno de los temas más importantes. Para mantener siempre el anonimato de las participantes, el compendio de pruebas no pedía ningún tipo de información o datos que pueda vincular la prueba a la participante. Incluso el consentimiento informado que se utilizó se lo hizo oralmente, de tal modo que el acuerdo era tácito. Finalmente, cuando las participantes terminen de llenar sus pruebas, estas se acercaban a una caja previamente sellada, colocaban los resultados dentro de ella y

eso era el fin de su participación. Un dato importante, es que se dio la oportunidad a las participantes de en caso de querer recibir más información sobre Depresión y/o Ansiedad, o incluso sobre el Servicio de Consultas Psicológicas de la USFQ, podían hacerlo.

Aunque la investigadora sea actualmente estudiante dentro de la universidad, evito cualquier tipo de comentario o comportamiento que ayude o perjudique al estudio. Es importante mencionar que la autora notó cierta resistencia por parte de los participantes al momento de la prueba, el mismo que puede ser causado por incomodidad al hablar de los temas, rechazo a ser identificado al momento de calificar las pruebas o alguna otra razón externa, aun así habiendo todas las medidas éticas posibles para mantener confidencialidad.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

En orden de contestar a las preguntas de investigación propuestas al inicio del estudio, se las mencionara nuevamente, respondiendo a cada una.

Pregunta 1: ¿Cómo y hasta qué punto el año académico que el estudiante de Psicología Clínica está cursando influencia en los niveles de ansiedad y depresión? De acuerdo a los resultados obtenidos, las estudiantes de Psicología Clínica no presentan índices de ansiedad y depresión diferentes, dependiendo del año que estén cursando. Aun así, se encontró que el valor p es muy cercano a ser significativo ($<0,05$), lo que sugiere que posiblemente ansiedad es el más cercano a ser influenciado por el nivel académico. No obstante, los promedios obtenidos tanto de ansiedad y depresión no son lo suficientemente altos como para ser considerado clínicamente relevante. En conclusión, se puede decir que el año no llega a influir en los niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes.

Pregunta 2: ¿Hasta qué punto el año académico influye en el estado psicológico del estudiante de Psicología? El análisis estadístico encontró que no existe relación entre el nivel académico y el estado psicológico de las estudiantes.

Pregunta 3: ¿Cómo y hasta qué punto el estado psicológico del estudiante de Psicología Clínica se ve afectado por su edad? Si se refiere a la edad, algo muy similar sucedió al momento de preguntar si la edad influye en el estado psicológico del estudiante de Psicología. Se encontró que el valor p no es significativo ($p=0,158$), sin embargo, es importante tomar en cuenta que el resultado fue cercano a ser significativo, sugiriendo que es posible una influencia de la edad en el estado psicológico. Aun así, similar a lo que sucedió con los niveles de ansiedad y depresión, los índices siguen siendo no clínicamente

relevantes, ya que el promedio que se obtuvo de toda la muestra es de 10,30, que de acuerdo a los puntos de corte del CORE-OM34, le sitúa como leve. Se puede concluir, una vez revisado la pregunta 2 y 3, que el año académico no influye en el estado psicológico, si no más probable la edad, o incluso el manejo personal, el nivel de perfeccionismo, hasta la propia ansiedad de la persona lo que puede estar causando un leve malestar psicológico en las estudiantes de Psicología Clínica de la USFQ.

Pregunta 4: ¿Hasta qué punto la edad influye en los niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito? Con el procesamiento de datos, no se encontró que la edad influya directamente en los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes femeninos de Psicología Clínica. Aun así, es importante mencionar que dentro de estos resultados, se encontró que la edad está muy cerca a ser significativa en cuanto a los niveles de depresión a diferencia de la ansiedad. No obstante, la ansiedad sigue siendo más fuerte en comparación con la depresión en la muestra total. El puntaje promedio que se obtuvo del BDI es de 8, mientras que el de BAI es de 14. Recordando los puntos de corte de cada instrumento, para BDI, el puntaje 8 está entre lo mínimo, a diferencia de la calificación 14 obtenida en el BAI, que está considerada como sintomatología leve. Se puede concluir que en efecto si existe más ansiedad que depresión en los estudiantes, aun así no es clínicamente significativo, y no es influenciado por la edad.

Pregunta 5: ¿En general, qué experimentan más los estudiantes de Psicología, ansiedad o depresión? De acuerdo a los resultados obtenidos en el programa Minitab, en toda la muestra de 105 estudiantes femeninas de Psicología Clínica, existe un índice más alto de ansiedad a que de depresión. Tomando en cuenta los datos tabulados, el promedio de puntaje que hubo de ansiedad, de acuerdo a la prueba de BAI, las estudiantes tienen 14,

mientras que para depresión, gracias a la prueba de BDI, es de 8. Recordando que 14 está considerado dentro del punto de corte leve y 8 como mínimo. En otras palabras, lo que se puede ver más común en los estudiantes es un pequeño molestar, ya sea palpitaciones, ruboración, sudoración, nervios, estrés, etc., pero todo esto asociado a lo que es esperable dentro de una vida universitaria (Agudelo y cols., 2008).

Discusión

Es interesante encontrar que los resultados demuestran que no existe relación entre el año académico que estén cursando los estudiantes de Psicología Clínica, con los niveles de ansiedad, depresión y estado psicológico. Siendo que existen estudios que soportaban estas hipótesis, en este estudio no se pudo comprobar. Sin embargo, la teoría menciona que la edad si es un factor de vulnerabilidad para padecer tanto Ansiedad, Depresión o algún malestar psicológico (Agudelo y cols., 2008). Dentro de la muestra no se vio completamente influenciado, pero muy cercano a ser significativo.

El hecho de que no se hayan comprobado las hipótesis, siguen indicando un punto positivo para los estudiantes de Psicología Clínica. Es posible de que existan factores que protegen la psiquis de los mismos. El aprender sobre los trastornos, conocer ejemplos, estudiarlos, diferentes técnicas de afrontamiento, detectores, etc., son las posibles causas de que no se elevan los porcentajes de BDI, BAI y CORE-OM-34. Una de las razones más fuertes, es que a partir del cuarto año académico, los estudiantes comienzan a recibir obligatoriamente terapias psicológicas personales, ya sean para resolver sus propios problemas o supervisión para sus propios pacientes, pero cualquiera que fuese la razón, tienen un apoyo más durante su vida universitaria. Tomando en cuenta que la respuesta a la pregunta 2, si el año académico influye en el estado psicológico del estudiante de Psicología Clínica, termino siendo que de hecho no existe relación, muestra que la carga

académica está perfectamente situada de tal modo que exista exigencia, sin embargo no lo suficiente como para causar malestar ya sea psicológico o personal en los estudiantes. Es más si hubiese un problema, se debe más a causas externas, como problemas personales de los estudiantes, llegando a atrasar al estudiante en sus trabajos y fechas de entrega, tema que sería interesante topar en otra ocasión.

Otro punto importante que se vio durante el estudio, fue que así como lo menciona Wilson y Deane (2010), la mayoría de veces, personas evitan pedir ayuda o siquiera información del malestar que puedan estar sufriendo. En efecto, siendo que al momento de aplicar el compendio de pruebas, se les dio la oportunidad de solicitar más información ya sea del Trastorno Depresivo y/o Ansioso, o sobre el Servicio de Consultas Psicológicas de la USFQ, en las estudiantes que tenían puntajes más altos, o de consideración, ninguno pidió información. Esto se lo considera frustrante, especialmente siendo estudiantes de Psicología Clínica, se debería estar abierto a la auto-ayuda, superación y autoconocimiento, en orden de mantener una psiquis saludable. El beneficio de esto último, ya que la muestra es considerada no clínica, no fueron muchos los participantes que presentaron niveles críticos, aun así queda la duda sobre su funcionamiento académico y personal.

Limitaciones del estudio

Esta investigación ha sido realizada dentro de la carrera de Psicología Clínica de la USFQ. Una de las mayores limitaciones, es que la carrera tiene un mayor número de estudiantes femeninos a diferencia de estudiantes masculinos, lo que significa que no se pudo ver la relación entre género y rasgos ansiosos o depresivos. De igual forma, otra de las limitaciones es que siendo que no es una comunidad clínica, los datos no llegan a

elevarse significativamente, siendo poco probable de generalizar los datos. Con esto último en mente, una de los factores más importantes que se olvidó de tomar en cuenta, convirtiéndola en una limitación, es que la muestra fue tomada dentro de una población general. Es decir, al no ser clínica (hospitales, psiquiátricos, centros terapéuticos, etc.), se puede considerar que la muestra es relativamente saludable, al menos psicológicamente hablando. Es por esto, que los niveles nunca se llegaron a elevar críticamente en ningún test. También es importante mencionar, que se tomó las pruebas, cerca de las fechas de exámenes finales, lo que ayudaba a esperar mayores niveles de ansiedad, nuevamente demostrando lo contrario. El beneficio de esto último, indica que los estudiantes aun así pueden manejar sus niveles de ansiedad de forma constructiva.

En general, el estudio no se limita a un número específico de personas, es más, entre más participantes se tenga, y en lo posible de ambos géneros, será más beneficioso. Así mismo, el hecho de que se haya realizado solo en una carrera, no sugiere que no se pueda aplicar en cualquiera de las otras dentro de una universidad del Ecuador. Siendo que tanto la ansiedad y depresión están considerados como los trastornos psicológicos más frecuentes del mundo, no se limita solo a un país, si no aplicable a todos. Lo único que se debe considerar, es que dentro del país, aún existe el estereotipo de que algún problema psicológico es sinónimo de locura, por lo que prefieren falsear pruebas, dando datos no verídicos, perjudicando en las posibles investigaciones.

Recomendaciones para futuros estudios

Aunque la evidencia presentada en el estudio, demuestra que la mayoría de hipótesis fueron nulas, es válida para demostrar que existe la suficiente atención, no solo académica, sino psicológica dentro de la carrera de Psicología Clínica de la USFQ. Mucho

de esto, se debe a la preparación en sí de la carrera, como los diferentes conocimientos que se van adquiriendo durante la vida universitaria. De igual, es importante mencionar que los estudiantes, a partir del cuarto año, reciben terapia personal obligatoria, a diferencia de otras carreras. Es por esto, que una de las recomendaciones, además de interesante, sería comparar a la carrera de Psicología Clínica, con alguna otra, para ver cómo influyen las sesiones terapéuticas en estudiantes, especialmente a partir del cuarto año. Es por esto que sería interesante, para un segundo estudio, investigar los factores preventivos que ayudan a proteger a los estuantes, cual es el más efectivo y encontrar el porqué.

Nuevamente, se debe recordar que la población es considerada no clínica, lo que no eleva los niveles significativos tanto para la ansiedad o depresión. Una recomendación es tomar más participantes, aumentar los promedios entre mujeres y hombres y así poder realizar un meta-análisis, con el fin de obtener un promedio de ansiedad y depresión en estudiantes del Ecuador, datos que no existen hasta el momento, y ayudaría a futuras investigaciones que sean más enfocadas y productivas acerca de la relación que hay entre edad, genero, carrera, nivel académico y salud mental en estudiantes universitarios dentro del país. También sería muy interesante, y se recomendaría realizar un estudio longitudinal. En el caso de este estudio, se compararía como evoluciono tanto la ansiedad, depresión y estado psicológico de los estudiantes e primer año, cuando lleguen a quinto año. Otra recomendación, es tomar en cuenta no solo a la población de pregrado de una universidad, sino a la población de postgrado, estudiantes que están sometidos a condiciones de estrés continuo.

Finalmente, estas recomendaciones, pueden dar inicio a poner objetivos preventivos, como psico-educar tanto a estudiantes dentro de las ramas de salud, así como las que están fuera.

Resumen general

El trabajo inicio con la idea de encontrar una correlación positiva entre el año académico y los niveles de ansiedad y depresión en estudiante de Psicología Clínica de la USFQ. Es importante tomar cuenta, que dentro de la universidad, la carrera de Psicología Clínica tiene un menor porcentaje de estudiantes masculinos, siendo en su mayoría, mujeres dentro de la carrera, por lo que se tomó solo en cuenta a la población femenina para dicho estudio. Se tomó una muestra de 105 estudiantes femeninos entre los 17 a 43 años, de los cinco años de carrera que se debe cumplir para graduarse como Psicóloga Clínica.

Ahora, en orden de preparar la investigación, se tomó en consideración varios estudios realizados en Colombia, esperando un resultado similar, que existe relación entre el año lectivo y los niveles ansiosos y depresivos. Lamentablemente, se encontró que dentro de la carrera de Psicología Clínica de la USFQ, no existe influencia del año académico en los niveles de ansiedad y depresión, sin embargo, los promedios sugieren que aunque estos sean significativos, no son lo suficientemente altos como para ser considerados relevantes clínicamente. Lo mismo sucedió al querer comparar la correlación entre el nivel académico y edad con el estado psicológico de la estudiante. Los resultados demuestran que no existe una correlación significativa entre estas variables, sin embargo, lo más cercano que se acercó, es la edad a ser un factor influyente para tener algún estrés psicológico.

Una vez que se finaliza el estudio, se puede concluir que los estudiantes de Psicología Clínica tienen un factor protector para padecer síntomas ansiosos o depresivos, que es justamente seguir dicha carrera.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Casadiegos, C., Sánchez, D. (2008). Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research*. Vol. 1, No. 1, pp. 34-39.
- APA. (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson S.A.
- APA. (2011). Annual Report of the American Psychological Association 2010. American Psychological Association. Extraído el día 25 de agosto del 2014 desde <http://www.apa.org/pubs/info/reports/2010-report.pdf>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Balanza, S., Morales, I., Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Socio familiares Asociados. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Vol. 20. N.2, pp. 177-187.
- Caicedo, M., Jiménez, M. (2012). Dimensiones Psicopatológicas en Estudiantes Universitarios. *Revista CES Psicología*. Vol.5, N. 1, pp. 65-76.
- CDC. (2011). La depresión afecta a 1 de cada 10 estadounidenses adultos. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Extraído el día 25 de agosto del 2014 desde <http://www.cdc.gov/spanish/datos/depression/>
- Cokley, K., McClain, S., Enciso, A., Martinez, M. (2012). An examination of the Impact of Minority Status Stress and Impostor Feelings on the Mental Health of Diverse Ethnic Minority College Students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*. Vol.41.
- De Lima, F., Cripta, A., Loureiro, S. (2011). Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social Anxiety disorder screening. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 15: 255-262.
- Dox, I., Melloni, J., Eisner, G., Melloni, J. (2007). *Diccionario Medico*. España: Marbán.
- Durand, V., Barlow, D. (2007). *Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Cengage Learning.

- Eack, S., Singer, J., Greeno, C. (2008). Screening for Anxiety and Depression in Community Mental Health: The Beck Anxiety and Depression Inventories. *Journal of Community Mental Health*. 44: 465-474.
- Farinde, A. (2013). The Beck Depression Inventory. *The Pharma Innovation-Journal*. Vol.2, No. 1.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E., López-González, M. (2011). Terapia cognitiva para la depresión unipolar: eficacia de una intervención centrada en dilemas. *Revista de Psicoterapia*. Extraído el día 24 de Noviembre del 2014 desde www.ub.edu/terdep
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw-Hill.
- Ferrel, R., Barros, A., Cantero, O. (2011). Depresión y Factores Socio Demográficos Asociados en Estudiantes Universitarios de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe*. N 27; pp. 40-60.
- González, M., Landero, R., García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamá Salud*. 25(2), pp. 141-145.
- Haefffel, G. (2010). Cognitive Vulnerability to depressive symptoms in college students: a comparison of traditional, weakest-link, and flexibility operationalizations. *University of Notre Dame*. 34: 92-98.
- Hayden, M., Brown, W., Brennan, L., O'Brien, P. (2012). Validity of Beck Depression Inventory as a Screening Tool for a Clinical Mood Disorder in Bariatric Surgery Candidates. *ObesSurg*. 22: 1666-1675.
- Herman, S., Archambeau, O., Deliramich, A., Kim, B., Chiu, P., Freuh, C. (2011). Depressive Symptoms and Mental Health Treatment in an Ethnoracially Diverse College Student Sample. *Journal of American College Health*. Vol. 59, N.8.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Lesser, I., Zisook, S., Gaynes, B., Wisniewski, S., Luther, J., Fava, M., Khan, A., McGrath, P., Warden, D., Rush, A., Trivedi, M. (2011). Effects of Race and

- Ethnicity on Depression Treatment Outcomes: The CO-MED Trial. *Psychiatric Services*. Vol.62, N.10.
- Muriungi, S., Ndeti, D. (2013). Effectiveness of psycho-education on depression, hopelessness, suicidality, anxiety and substance use among basic diploma students at Kenya Medical Training College. *SAJP*. Vol.19. No.2.
- OMS. (2012). La depresión. Organización Mundial de la Salud. Extraído el día 25 de agosto del 2014 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortuño, F. (2009). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Parade, S., Leerkes, E., Blankson, N. (2010). Attachment to parents, social anxiety and close relationships of females students over the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*. 39: 127-137
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*. 25(1), 39-48.
- Sanz, J., García-Vera, M., Fortún, M. (2012). El “inventario de ansiedad de Beck” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology*. Vol. 20, No. 3, pp. 563-583.
- Sanz, J., Perdigón, A., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. Vol. 14, N. 3, pp.249-280.
- Skre, I., Friborg, O., Elgaroy, S., Evans, C., Henrik, L., Lillevoll, K., Sorgaard, K., Hansen, V. (2013). The factor structure and psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) in Norwegian clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*. Vol. 13, No. 99.
- Solms, M., Turnbull, O. (2002). *El cerebro y el mundo interior*. Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Stein, D., Hollander, E. (2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: ARS Medica.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. España: Elsevier Masson.
- Vázquez, C., Ríos, J. (2009). Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de postgrado. *Revista Neurología*. 42(1-4), pp.7-12.

- Wilson, C., Blumentritt, T. (2007). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in a Clinically-Identified Sample of Mexican American Adolescents. *Journal of Child Family Stud.* 16: 789-798.
- Wilson, C., Deane, F. (2010). Help-Negation and Suicidal Ideation: The Role of Depression, Anxiety and Hopelessness. *Journal of Youth and Adolescence.* 39: 291-305.

ANEXO A: HERRAMIENTA DE MEDICIÓN APLICADA

Edad:				
Año (o semestre) que estas cursando:				
1 – 2 semestre 1 año ()	3 – 4 semestre 2 año ()	5 – 6 semestre 3 año ()	7 – 8 semestre 4 año ()	9 – 10 semestre 5 año ()

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación en los últimos siete días incluyendo hoy.

1) ESTADO DE ANIMO

- No se siente triste.
- Se siente triste.
- Se siente triste todo el tiempo y no puede librarse de ello.
- Se siente tan triste o desdichado que no puede soportarlo.

2) PESIMISMO

- No se encuentra particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Se siente desanimado con respecto al futuro.
- Siente que no puede esperar nada del futuro.
- Siente que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) SENTIMIENTOS DE FRACASO

- No se siente fracasado.
- Siente que he fracasado más que una persona normal.
- Cuando mira hacia el pasado lo único que puede ver en su vida es un montón de fracasos.
- Siente que como persona es un fracaso completo.

4) INSATISFACCION

- Sigue obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruta de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada le satisface realmente.
- Todo le aburre o desagrada.

5) SENTIMIENTOS DE CULPA

- No siente ninguna culpa en particular.
- Se siente culpable buena parte del tiempo.
- Se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Se siente culpable todo el tiempo.

6) SENTIMIENTOS DE CASTIGO

- No siente que esté siendo castigado.
- Siente que puede estar siendo castigado.
- Espera ser castigado.
- Siente que está siendo castigado.

7) ODIO A SI MISMO

- No se siente decepcionado en sí mismo.
- Está decepcionado de sí mismo.
- Está harto de sí mismo.
- Se odia a sí mismo.

8) AUTOACUSACION

- No se siente peor que otros.
- Se critica por sus debilidades o errores.
- Se culpa todo el tiempo por sus faltas.
- Se culpa por todas las cosas malas que suceden.

9) IMPULSOS SUICIDAS

- No tiene ninguna idea de hacerse daño.
- Tiene ideas de hacerse daño, pero no las lleva a cabo.
- Siente que familiares estarían mejor si muriera
- Siente que estaría mejor muerto.
- Se mataría si tuviera la oportunidad.

10) PERIODOS DE LLANTO

- No llora más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora llora todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puede llorar nunca aunque quisiera.

11) IRRITABILIDAD

- No se irrita más ahora que antes.
- Se enoja o irrita más fácilmente ahora que antes.
- Se siente irritado todo el tiempo.
- No se irrita para nada con las cosas que solían irritarle.

12) AISLAMIENTO SOCIAL

- No ha perdido interés en otras personas.
- Esta menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- Ha perdido la mayor parte de su interés en los demás.
- Ha perdido todo interés en los demás.

13) INDECISION

- Toma decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tiene mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puede tomar ninguna decisión.

14) IMAGEN CORPORAL

- No cree verse peor que antes.
- Le preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siente que hay cambios permanentes en su apariencia que le hacen parecer inatractivo (a).
- Cree verse horrible.

15) CAPACIDAD LABORAL

- Puede trabajar tan bien como antes.
- Le cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tiene que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puede hacer ningún tipo de trabajo.

16) TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Puede dormir tan bien como antes.
- No duerme tan bien como antes.
- Se despierta 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y le cuesta volver a dormir.
- Se despierta varias horas más temprano de lo habitual y no puede volver a dormir

17) CANSANCIO

- No se cansa más de lo habitual.
- Se cansa más fácilmente de lo que solía cansarse.
- Se cansa al hacer cualquier cosa.
- Está demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18) PERDIDA DE APETITO

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito

19) PERDIDA DE PESO

- Últimamente no ha perdido mucho peso, si es que ha perdido algo.
- Ha perdido más de 2.5 kilos.
- Ha perdido más de 5 kilos.
- Ha perdido más de 7.5 kilos.

20) HIPOCONDRIA

- No está más preocupado por su salud de lo habitual.
- Está preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Está muy preocupado por problemas físicos y le es difícil pensar en otra cosa.
- Está tan preocupado por sus problemas físicos que no puede pensar en nada más.

21) LIBIDO

- No he notado cambio reciente de interés por el sexo.
- Apenas se siente atraído sexualmente.
- Está menos interesado por el sexo que antes
- Ha perdido todo su interés por el sexo

Test - Inventario de Ansiedad de Beck

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem):

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molestó mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapacidad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Temblor de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Temblores generalizados o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CORE-OM34

Instrucciones

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST

A continuación encontrará 34 frases, lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**. Después marque la casilla que mejor lo refleje.

<u>DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE (7) DÍAS...</u>			Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
F	1	Me he sentido muy sola/o y asilada/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	2	Me he sentido tensa/o, ansiosa/o o nerviosa/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	3	He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
W	4	Me he sentido bien conmigo misma/o	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	5	Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	6	He sido violenta/o físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	7	Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	8	He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	9	He pensado en hacerme daño a mi misma/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	10	Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	11	La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	12	Me he sentido satisfecha/o con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	13	Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	14	He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	15	He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	16	He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	17	Me he sentido agobiada/o por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	18	He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	19	He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
P	20	Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	21	He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
R	22	He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	23	Me he sentido desesperada/o o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	24	He pensado que sería mejor que estuviera muerta/o	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	25	Me he sentido criticada/o por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	26	He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	27	Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	28	Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F	29	Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P	30	He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W	31	Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	32	He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
F	33	Me he sentido humillada/o o avergonzada/o por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R	34	Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4