



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Evaluación de Depresión y Habilidades
Sociales en estudiantes universitarios de diferentes
carreras de la FES Iztacala”**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
Norma Rodríguez Cortés**

Directora: Mtra. Ma. Del Refugio Ríos Saldaña

Dictaminadore Dra. Leticia Osornio Castillo

Mtra. Margarita Chávez Becerra



Los Reyes Iztacala, Edo. De Mexico, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado a:

A la vida y a Dios porque me han colocado en los lugares y momentos precisos de los cuales he aprendido y me han forjado como ser humano.

A mi madre, por su apoyo incondicional, creer en mí, por acompañarme, por alentarme y por enseñarme que querer es poder.

A mi padre, porque él representa la fuerza, las ganas de aprender, por impulsarme solo con una palabra y por supuesto su apoyo.

A los dos les agradezco infinitamente, sin ustedes mi estancia en la FESI no sería posible. Y este trabajo está dedicado a ustedes.

A mi hermana y sobrinos porque son un gran motor en mi vida, ella representa la ecuanimidad y la madurez, y ellos me recuerdan lo maravilloso que es ser niño, la inocencia, la jovialidad, la energía y alegría por la vida.

A Fabiola mi mejor amiga y hermana, que siempre tiene palabras motivadoras y para centrarme cuando me siento confundida, gracias por ser parte de mi familia.

A la Mtra. Ma. Refugio, es un excelente ser humano, un ejemplo de vida, fortaleza, inteligencia, alegría. Infinitas gracias maestra, me alienta a ser mejor cada día. Sin su apoyo este trabajo no sería realidad.

A la Mtra. Paty, porque estuvo en el momento preciso, me ayudo, me oriento, me guió. Gracias sinceras.

A mis sinodales, Dra. Lety y Mtra. Margarita, gracias por aceptar ser parte de esta investigación y tomarse el tiempo para revisarla y aprobarla.

Al Programa Universitario México Nación Multicultural, muchas gracias por su apoyo, no solo a través de la beca, reforzaron el orgullo de ser indígena, el respeto a mis raíces y de quererlas más, permitieron ampliar mi visión hacia los pueblos originarios. Gracias.

A la banda, "La banda del 11", chicos no acabaría de nombrarlos, sólo sé que a su lado viví extraordinarias experiencias. Cada uno dejó una marca en mi vida, jamás olvidaré la unión que hubo entre nosotros. Por el momento será un hasta pronto porque es momento de seguir cosechando triunfos.

A todas aquellas personas, familiares, amigos de
antaoño, nuevos amigos y pareja. Quiero
agradecerles por jamás dudar de mí, creer en mi
fortaleza, por alentarme, motivarme y sostenerme.

Gracias.

A todas aquellas personas que lean esta
investigación, solo les puedo sugerir: "No se
rindan, continúen, que se vale caerse pero solo
para levantarse con más fuerza, devórense el
mundo". Hagan de este país y de nuestra Facultad
un lugar mejor.

GRACIAS.

Por mi raza hablará el espíritu.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Contexto de los estudiantes universitarios	4
1.1 Adultez joven	4
1.2 Características de la adultez joven	5
1.3 Situación actual de los jóvenes (salud y educación)	7
1.3.1 Jóvenes y salud	7
1.3.2 Jóvenes y educación	10
1.4 Estudiantes universitarios	11
1.5 Oferta académica de la UNAM	12
1.6 Salud de los estudiantes universitarios	16
Capítulo II. Depresión en los estudiantes universitarios	19
2.1 ¿Qué es depresión?	19
2.1.1 Antecedentes en el estudio de la depresión	21
2.2 Etiología y tratamiento para la depresión	22
2.2.1 Factor Sociológico	22
2.2.2 Factor Biológico	23
2.2.3 Paradigma Psicoanalítico	24
2.2.4 Teoría Conductual	25
2.2.5 Modelo Cognitivo Conductual de Beck	26
2.3 Depresión en estudiantes universitarios	28
Capítulo III. Habilidades sociales y depresión en estudiantes universitarios.	32
3.1 ¿Qué son las habilidades sociales?	32
3.2 Antecedentes de habilidades sociales	35
3.4 Entrenamiento en habilidades sociales	39

Capítulo IV. Reporte de investigación. Evaluación de indicadores depresivos y habilidades sociales en estudiantes universitarios: Diferencias de sexo, carrera y generación.	43
4.1 Objetivo General	45
4.1.1 Objetivos específicos	45
4.2 Metodología	46
4.2.1 Variables	46
4.2.2 Instrumentos de medida	47
4.2.3 Diseño	48
4.3 Método	49
4.3.1. Participantes	49
4.3.2 Materiales	50
4.3.3 Escenario	50
4.3.4 Procedimiento	51
4.4 Resultados	52
4.4.1 Indicadores depresivos	53
4.4.1.1 Depresión; comparación por sexo	53
4.4.1.2 Depresión; comparación entre carreras profesionales	54
4.4.1.3 Depresión; comparaciones por generaciones	56
4.4.2 Indicadores de habilidades sociales	58
4.4.2.1 Habilidades sociales; comparación por sexo	59
4.4.2.2 Habilidades sociales; comparación por carrera profesional	61
4.4.2.3 Habilidades sociales; comparación por generaciones	71

4.4.3 Habilidades sociales y depresión	73
4.4.4. Análisis y conclusión.	73
Capítulo Cinco	81
Propuesta de Intervención para el entrenamiento de habilidades sociales en estudiantes universitarios	
Bibliografía	86

RESUMEN

La depresión está afectando a estudiantes universitarios en diferentes ámbitos, se ha documentado que las habilidades sociales pueden ser un factor protector para esta población. El objetivo de este trabajo fue evaluar la depresión y habilidades sociales en estudiantes universitarios, así como analizar la relación, diferencias de sexo, carrera y generación. En un muestreo aleatorio proporcional se evaluaron 2575 estudiantes (787 hombres y 1746 mujeres) de la FESI de tres generaciones (750 de 2008; 1098 de 2009 y 727 de 2010), de las seis carreras (776 Médico cirujano, 486 Psicología, 158 Optometría, 508 Cirujano dentista, 290 Biología y 348 Enfermería). Se aplicó el Cuestionario de Depresión CES-D de Casullo (1994) adaptado a población mexicana e integrado con 20 ítems que evalúan indicadores depresivos y una escala tipo lickert de cuatro puntos, que van de 0, menos de un día, a 3 de cinco a seis días, y la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Ríos (2002) con 50 ítems agrupados en seis factores de habilidades sociales, que permite detectar la deficiencia en alguna (as) habilidades sociales específicas, a través de una escala tipo lickert que va desde 1= nunca hasta, 5= siempre y con dos preguntas (a) que exploran ante quien o quienes se presenta o no la habilidad y (b) y bajo que contexto ocurre. Todos participaron voluntariamente previa firma de consentimiento informado. Los resultados mostraron presencia de depresión en todas las carreras especialmente en Optometría, Enfermería, Psicología y Cirujano Dentista; y diferencias de género altamente significativas ($p > .001$) con mayor tendencia a las mujeres. Así mismo, se encontraron déficits de H. S. en todas las carreras con diferencias altamente significativas en las de avanzadas, manejo de estrés y expresión de sentimientos ($p > .001$), sin diferencias significativas por sexo. La discusión versa sobre la importancia de analizar tales diferencias y proponer un programa de intervención más acordes a las necesidades de dicha población.

Palabras clave: Depresión, habilidades sociales, estudiantes universitarios, evaluación, programa de intervención.

INTRODUCCIÓN

Durante el proceso de transición del nivel medio superior al superior, el joven empieza a tomar decisiones importantes para su vida, una de ellas es “¿Qué voy a estudiar?” esta pregunta ha sido formulada desde pequeños pero sin mayor relevancia uno podía decir “quiero ser maestro (a), voy a ser doctor (a), voy a ser abogado (a) un sinfín de posibilidades”, sin embargo no tenían hasta cierto punto mayor impacto. Cuando llega el momento de tomar esta decisión el joven empezará a definir el rumbo de su vida. En ocasiones el contexto en el que se desenvuelve no hace fácil esta tarea, las pocas oportunidades laborales, crisis económicas para mantenerse en un nivel superior, rezago académicos, pocas matriculas de estudio, indecisión por la carrera profesional a seguir, suelen ser factores desmotivantes para los jóvenes, quienes pueden llegar a visualizar un futuro no muy prometedor.

Por otra parte, para aquellos que logran ser de los privilegiados y estudiar el nivel superior en la Universidad Nacional Autónoma de México, implica una gran responsabilidad, no solo porque representan a una de las mejores escuelas a nivel Latinoamérica, sino que ahora ellos son parte de una elite. Sus padres, hermanos, amigos y seres cercanos generan una expectativa alrededor de ellos, ¿Realmente los jóvenes están preparados para cubrir esas expectativas?, ¿Cuentan con las herramientas y habilidades necesarias para lograrlo? ¿Cuáles son sus expectativas?

Las presiones, el estrés, la mala alimentación, desvelos, las relaciones interpersonales pobres, pueden entorpecer el desempeño académico, afectar su salud y su estado anímico.

El trastorno de la depresión afecta a la población estudiantil de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; es interesante notar que si bien es cierto, la depresión no es exclusiva de un sector en particular, lo irónico es que los jóvenes dentro de esta institución se están formando para hacer frente a este tipo de problemáticas, se forman futuros psicólogos, médicos, enfermeros etc., que no sólo trabajaran directamente con personas (pacientes) sino que también lo harán de forma multidisciplinaria, conviviendo con colegas. Por ello es importante que los jóvenes estudiantes cuenten con una amplia gama de habilidades sociales que les permitan una convivencia agradable, para hacer frente a situaciones adversas en su vida personal, profesional, sentimental, familiar.

A lo largo de esta investigación se hace un recorrido sobre estas cuestiones. En el capítulo uno, se plasma la situación actual por la que atraviesan los estudiantes universitarios. En el capítulo dos se versa sobre el trastorno de la depresión, vista desde diferentes enfoques, para después documentar la presencia de depresión en esta población que cada vez se hace más presente. En el capítulo tres se retoma la importancia de las habilidades sociales y el papel que juegan para contrarrestar el trastorno de la depresión. En el capítulo cuatro se hallan los resultados obtenidos en esta investigación, para después ser analizados y se concluye este apartado. Finalmente en el capítulo cinco se presenta una propuesta de intervención para la población que fue evaluada, y enseguida se encuentra la bibliografía que sustenta este reporte de investigación.

1. CONTEXTO PSICOSOCIOCULTURAL DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

Los jóvenes, se encuentran en un proceso de maduración permeado por múltiples expectativas y búsqueda de respuestas personales y sociales; muchas veces aún sin estar preparados para hacer frente a todas las responsabilidades y retos que se les demandan. Esta etapa de la vida humana está sujeta a exigencias sociales y familiares, donde se espera que respondan y den solución a las mismas, sin embargo, habría que preguntarse ¿Estos jóvenes están preparados para hacer frente a estas situaciones?, ¿Cuáles son las características de la juventud en la actualidad? En este capítulo se plantea un panorama general de algunas características biopsicosociales y educativas de esta población.

1.1 Adulter Joven

La juventud es una etapa posterior a la adolescencia y previa a la adultez. La etapa de la adolescencia es una época de cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos. Es un proceso de transformaciones biopsicosocioculturales ante las cuales los o las chicas han de desarrollar un amplio repertorio de habilidades y destrezas para hacer frente a tales transformaciones (Ríos-Saldaña, 1986). Los/as adolescentes conforman su identidad modificando y adecuando la ya adquirida, comienzan a definir su identidad formada básicamente por valores, metas y creencias propias.

Ya en la juventud la personalidad va definiéndose cada vez más, hay una búsqueda de independencia, modifican su forma de pensar, adquieren y desarrollan nuevas habilidades que les permite relacionarse con su entorno familiar, escolar y social.

Autores como Aries (1963, citado en Ruiz y Villa, 2000), han mencionado que la importancia del estudio de esta etapa de la vida humana, no era considerada en épocas anteriores a lo que se conoce como modernidad, es decir, no existía una

transición explícitamente demarcada entre la niñez, y la adolescencia, la juventud y adultez. Al respecto Ruiz y Villa, (2000) refieren que la etapa de la juventud no tomó importancia como ciclo vital del desarrollo hasta el siglo XX, y este concepto se ha construido y definido a través del tiempo, así que su definición dependerá del momento histórico en el que se encuentre.

De hecho en la actualidad aún hay divergencias en cuanto al punto de demarcación entre una etapa y otra. De acuerdo con Garay (2004) resulta difícil establecer una definición de juventud, usualmente se recurre a la edad para establecer el inicio y termino de esta etapa.

El concepto de juventud se ha planteado recientemente; aunque ya en las sociedades primitivas eran conocidos como púberes, efebos en la antigua Grecia, mozos en las sociedades campesinas preindustriales y muchachos en la industrialización. En la actualidad, Garay (2004) ha considerado a la juventud como una condición social y cultural con cualidades específicas que se expresan de dos maneras: biológica y social. La cualidad biológica marca la diferencia con el niño y la social establece la distinción con el adulto

Puede decirse que la definición de juventud es un constructo social reciente, que se ha ido construyendo en todo un proceso histórico social y que, al mismo tiempo, ha sido considerada, junto con la adolescencia como una etapa de peligro o un sinónimo de fortaleza, cambio y revolución.

1.2 Características de la adultez joven

Algunos parámetros que se han utilizado para definir a la juventud son sus características físicas, etarias y psicológicas.

La edad ha sido una referencia importante para identificar el inicio de la juventud aunque ésta puede variar de acuerdo a las diferencias culturales nacionales e internacionales, aspecto entre otros que ha dificultado el logro de un consenso

unificado con respecto a la edad en que se marca el comienzo y fin de esta etapa vital; no obstante, por lo general se ubica al inicio de la juventud entre los 18 y 20 años. Hay quienes plantean una edad precisa para su inicio (Lara, Martínez, Pandolfi, Penroz, Perfetti y Pino, 2001) y quienes refieren que la adultez joven o juventud comienza a los 20 años y se extiende hasta los 40 (Papalia, Wendkos y Duskin, 2004), en ese proceso el cuerpo adquiere mayor resistencia física y agilidad mental, y se puede potencializar si se complementa con una buena alimentación, horas de sueño y alguna actividad física, es decir, hay transformaciones físicas propias de esta etapa, así como expectativas sociales.

De manera coincidente la Red Nacional Escolar, RENA (2008) menciona que la sociedad espera que los jóvenes cuya edad oscile entre 18 y 30 años, tengan una personalidad establecida e inicie un proyecto de vida, ingrese al nivel superior, obtenga un trabajo prominente y forme su propia familia (Red Nacional Escolar, RENA (2008). Recuperado el día 6 de octubre de 2010 En: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema7.html>).

Al respecto, el Consejo de Población del Distrito Federal (COPO), retomando la definición de la Organización de Naciones Unidas (ONU), describe a la juventud como un periodo de transición de la niñez a la adultez, pasando por cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales, cuyo rango de edad está entre 15 y 29 años (Consejo de población del distrito federal, COPO. 2007). Recuperado el día 2 de marzo de 2011. En: http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia_inter_juventud.html

No existe pues un criterio unificado con respecto a lo que se entiende como juventud, sin embargo, esto permite considerar la diversidad de características interindividuales y ampliar el panorama que se tiene de ésta. La juventud es una etapa que sigue a la adolescencia y precede a la adultez, donde hay cambios físicos y psicológicos y socioculturales, y éstos pueden estar sujetos al medio en el que se desenvuelve el individuo. Los y las jóvenes tienen peso social, porque

se espera que desarrollen habilidades de diversa índole que los preparé para acceder al mundo del adulto.

1.3. Situación actual de los jóvenes (salud y educación)

En México la población total de jóvenes corresponde al 26.2%, que significa más de la cuarta parte de la población del país. Los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan el 38.5% y los jóvenes cuya edad es de 20 a 24 años representan el 32.8% y aquellos de 25 a 29 años es el 28.7 por ciento. Sin embargo, tales cifras se ven mermadas por los índices de mortalidad en esta población. Al respecto el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, señaló que en el 2008 se registraron 23 mil 365 muertes en varones y 8 mil 167 en mujeres, ambos de edades entre los 15 y 29 años (INEGI, 2011).

1.3.1. Jóvenes y salud.

La población juvenil es el grupo más sano, el que menos utiliza servicios de salud y donde menos se presentan defunciones. Sin embargo es también la etapa en que buscan experimentar con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la ingesta de alimentos poco adecuada y la vida sedentaria de las y los jóvenes puede determinar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas propias de un adulto. El principal problema de salud que se registra en jóvenes son los accidentes y las violencias, que se expresa en los niveles más elevados de utilización de servicios. Los traumatismos y las fracturas representan un alto porcentaje dentro de los motivos de egreso hospitalario (Celis de la Rosa, 2003).

Con respecto a la disfunciones, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) ha reportado que las principales causas de muerte en varones se deben a accidentes de transporte, lesiones autoinfligidas y por el VIH, y en el caso de las mujeres son por accidentes de trabajo, autoagresiones y la diabetes mellitus. (IMJUVE, 2008).

Mientras que la Secretaria de Salud (SSA) en el 2008 reportó las principales causas de mortalidad de la población cuyas edades son de 16 a 64 años son las siguientes:

1. Diabetes mellitus
2. Cirrosis y otras enfermedades del hígado
3. Enfermedades isquémicas del corazón
4. Accidentes de tráfico de vehículo de motor
5. Agresiones (homicidios)
6. Enfermedades cerebrovascular
7. VIH/SIDA
8. Nefritis y nefrosis
9. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
10. Enfermedades hipertensivas

A pesar de no ser una investigación con perspectiva de género, es importante señalar y destacar las enfermedades causantes de muerte en hombres y mujeres para ampliar la visión de lo que aqueja la población juvenil mexicana y como profesionales de la salud prepararse para enfrentarlas. A continuación se mostrarán las diez principales causas de muerte en varones y mujeres:

Tabla 1. Muestra las 10 principales causas de muerte en mujeres y hombres mexicanos en el año 2008. (SSA, 2008).

Principales causas de muerte en mujeres y hombres	
Mujeres	Hombres
1. Diabetes mellitus	1. Diabetes mellitus
2. Enfermedades isquémicas del corazón	2. Enfermedades isquémicas del corazón
3. Enfermedades cerebrovascular	3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4. Enfermedades cerebrovasculares

Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades hipertensivas 2. Infecciones respiratorias agudas bajas 3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 4. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5. Nefritis y nefrosis 6. Tumor maligno de la mama 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Accidentes de tráfico de vehículo de motor 8. Agresiones (homicidios) 9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 10. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 11. Infecciones respiratorias agudas bajas 12. Enfermedades hipertensivas

Se puede notar que el mayor número de decesos en ambos sexos es causado por la diabetes mellitus y enfermedades isquémicas del corazón. Sin embargo, la diferencia es notoria en la tercer posición ya que en las mujeres predominan las enfermedades cerebrovasculares y en los hombres las cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, lo que hace pensar que puede deberse a los altos índices de consumo de alcohol por parte de los hombres, también se destaca los accidentes de tráfico y agresiones como causa de muerte en hombres, difícilmente reportado en mujeres aunque no las hace excluyentes.

De acuerdo con los datos se puede corroborar que la población de adultos jóvenes está padeciendo enfermedades que años atrás fueron exclusivas de adultos, lo cual resulta alarmante ya que cada vez la aparición de estas enfermedades son más frecuentes en personas de menor edad incluyendo a los niños.

1.3.2 Jóvenes y educación

La educación representa un aspecto fundamental para la formación de habilidades y capacidades que aumenten la capacidad productiva de cualquier persona. Sin embargo, no todos tienen las condiciones para una educación formal ya que el 43.8% de los jóvenes entre 12 y 29 años se dedican exclusivamente a las actividades escolares y conforme avanza el grupo de edad esta porción disminuye al 6%, cuyas edades oscilan entre los 25 y 29 años, es decir, sólo 15 de cada 100 jóvenes se encuentra cursando una licenciatura, 1 de cada 100 jóvenes cursa una maestría y 2 de cada 1,000 cursa estudios de doctorado. Los datos demuestran que conforme aumenta el grado de estudios es menor la presencia de los jóvenes en el ámbito educativo, esto puede ser explicado por diversos factores tales como falta de apoyo económico, falta de interés por continuar los estudios y la desmotivación por la falta de oportunidades en el campo laboral (Encuesta Nacional de Juventud, ENJ. (Encuesta Nacional de Juventud, 2005, citado en Instituto Mexicano de la Juventud. Dirección de investigación y estudios sobre juventud. 2008. Recuperado el día 2 de marzo de 2011. En: <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/Perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20México.pdf>)

En México ocho de cada diez jóvenes entre los 18 y 24 años no llegan a la educación superior *“los universitarios son la élite que se ha destacado por su resistencia, permanencia, compromiso, dedicación y habilidad para sobrevivir al sistema educativo”* (p.12). Se dice que son la “élite” porque ser universitario les da un estatus en la sociedad, la familia y entre compañeros de grados previos. Se espera que en el espacio universitario las y los jóvenes adquieran y desarrollen conocimientos y habilidades que les permitan forjarse un futuro con suficiente solvencia económica (Garay, 2004).

Además la experiencia universitaria puede representar un redescubrimiento personal e intelectual en las y los jóvenes (Papalia, et al. 2004) que participan y forman parte una comunidad que les da una identidad, adoptaran prácticas sociales que podrían asociarse con modos y estilos de vida de acuerdo a su generación y contexto.

1.4 Estudiantes Universitarios

Las y los estudiantes universitarios son adultos jóvenes entre los 18 y 25 años, que acceden al nivel superior por medio de un examen de selección o pase automático (aplicable a preparatorias y CCH, en la UNAM). A pesar de ello, no es sencillo ingresar al pregrado, mantenerse y sobretodo culminar exitosamente la carrera, pues las y los estudiantes que logran ingresar a las instancias educativas no consiguen permanecer en el sistema, además los primero semestres son cruciales ya que del 25 al 35 por ciento de los estudiantes deciden abandonar o darse de baja temporalmente de la escuela (Garay, 2004).

Algunos estudiosos (por ejemplo, Soler, 2008) han considerado que la universidad puede ser un espacio de expresividad, disfrute y crecimiento personal, así como la preparación para ingresar al ámbito laboral, además de que en ella también se construyen identidades y se dan los procesos de socialización (Ruiz y Villa, 2000) entre compañeros y maestros, los jóvenes adquieren conocimientos y habilidades cognoscitivas que de acuerdo con Garay (2004) *“llevan a cabo en las prácticas sociales propias de su inserción en un nuevo y desconcertante espacio institucional y universo cultural” (p.10).*

Dentro y fuera de la institución el estudiantado enfrenta circunstancias de las cuales se espera salga avante. En ellos se ha depositado una gran responsabilidad y expectativas que “deben” cumplir. Se les demanda madurez y responsabilidad, algunos ya se encuentran preparados para cubrirlas o han logrado definir las propias, mientras otros aun desconocen lo que esperan y, sobre todo lo que quieren de la vida y de su futuro, en ocasiones pueden tener

miedo a lo que vendrá después de la universidad. Lo que les puede causar angustia, inquietud o depresión.

Por ello se cree que la educación y el desarrollo de habilidades sociales son un factor clave para enfrentarse a los acontecimientos de la vida diaria, es importante que las y los jóvenes se perciban como seres capaces de lograr lo que se propongan y el espacio universitario puede proveerlos de estas habilidades o ser un espacio de redescubrimiento para las y los alumnos. Por todo lo anterior la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), una de las instituciones con mayor renombre en México, procura el desarrollo y formación de sus alumnos a través de diversos espacios educativos y de esparcimiento.

1.5 Oferta académica de la UNAM

La UNAM abre sus puertas ofreciendo una amplia gama de carreras siendo a una institución pública que imparte 82 carreras a nivel licenciatura (¿Qué es la UNAM?, 2008. Recuperado el día 8 de diciembre de 2010. En: http://www.unam.mx/acercaunam/es/pdf/QueEsUNAM_Espaniol.pdf), para ello cuenta con 13 facultades ubicadas en Ciudad Universitaria, 5 Facultades de Estudios Superiores (FES) y 4 escuelas (Portal de Estadística Universitaria. La UNAM en números, 2010. Recuperado el día 8 de diciembre de 2010. En: <http://www.estadistica.unam.mx/numeralia/>).

La población total de estudiantes universitarios de pregrado es de 179, 502, incluidos el Sistema Abierto y Educación a Distancia y Sistema Escolarizado (UNAM, Agenda Estadística, 2010. Recuperado el 8 de Diciembre de 2010. En: <http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/pdf/Agenda2010.pdf>). Estos a su vez se encuentran distribuidos en las cuatro áreas de conocimiento el 40.2% de la población total de estudiantes corresponde al área de Ciencias Sociales, el 29.2%

a las Ciencias Biológicas Químicas y de la Salud, el 20.5% a Ciencias Físico Matemáticas e Ingenierías y finalmente el 10.1% al área de Humanidades y Artes (UNAM, Población escolar por área de conocimiento, 2009-2010 recuperado el día 30 de septiembre de 2010. En: <http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/disco/xls/012.xls>).

Uno de los retos que tuvo que enfrentar la UNAM en los años setenta fue el crecimiento constante de la matrícula estudiantil, para solventar esta situación se crearon cinco dependencias que llevaron por nombre: Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP), construidas en las periferias de la Ciudad de México. En años recientes adoptaron el nombre de Facultades de Estudios Superiores (FES) teniendo una visión más multidisciplinaria. Cada una de estas dependencias alberga a miles de estudiantes:

- FES Acatlán, cuenta con 18,946 estudiantes
- FES Aragón, tiene 16,976 estudiantes
- FES Cuautitlán, 13,322 estudiantes
- FES Iztacala 11,404 estudiantes
- FES Zaragoza 9,755 estudiantes

(UNAM, Población escolar por entidad académica, 2010. Recuperado el 20 de diciembre de 2010. En: www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/disco/xls/017.xls).

La UNAM, tiene como propósito estar al servicio del país teniendo como objetivo facultar egresados que cubran o mitiguen las necesidades de la sociedad mexicana, además organiza y realiza investigaciones, con base en las problemáticas nacionales, (Acerca de la UNAM. 2010. Recuperado el día 28 de diciembre de 2010. En: <http://www.unam.mx/acercaunam/es/>) para ello las autoridades universitarias deben procurar la formación profesional, humana, personal y social del alumnado estando pendiente de sus necesidades.

En cada una de las FES la misión es formar profesionales con un alto compromiso hacia la sociedad, además ofrecen una oferta educativa de acuerdo a su área de conocimiento:

- FES Acatlán a nivel licenciatura prepara a jóvenes estudiantes en las áreas de conocimiento de: humanidades y artes, ciencias físico-matemáticas y de las ingenierías y ciencias sociales (Salcedo, A. 2009. Plan de desarrollo 2009-2013. Recuperado el día 21 de diciembre de 2010. En: <http://www.acatlan.unam.mx/repositorio/general/Institucional/Plan-de-Desarrollo-2009-2013.pdf>)
- FES Aragón, ofrece una formación integral de investigación humanística, científica y tecnológica (Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Aragón. 2010. Recuperado el día 21 de diciembre de 2010. En: http://www.aragon.unam.mx/nuestra_facultad/FES/Aragon/Facultad.html)
- FES Cuautitlán, es la única dependencia que por su diversidad en las licenciaturas participa en los cuatro Consejos Académicos del Área, de las Ciencias Químico Biológicas; de las Ciencias Físico Matemáticas y de las Ingenierías; de las Ciencias Administrativas y Sociales, de las Humanidades y de las Artes (Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán. 2010. Recuperado el día 21 de diciembre de 2010. En: <http://www.cuautitlan.unam.mx/actualidad.html>)
- FES Zaragoza: Imparte educación a nivel en licenciatura y posgrado áreas de ingeniería química, químico biológico, de la salud y del comportamiento. (Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 2010. Recuperado el día 21 de diciembre de 2010. En: http://www.zaragoza.unam.mx/organizacion/direccion/plan_desarrollo_2006_10.pdf)

- FES Iztacala, forma profesionales competentes a nivel licenciatura en el área de la salud, educación y ambiente (Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2010. Recuperado el día 21 de diciembre de 2010. En: http://www.iztacala.unam.mx/fesi_servicios_poredificio/misvisval.html)

De entre las carreras impartidas por la UNAM, son quince las que tienen mayor demanda y dentro de éstas podemos ubicar al área de la salud entre los primeros lugares, Médico Cirujano con 10, 341 y Psicología 9, 467, en el segundo y tercer lugar respectivamente; Cirujano Dentista con 7, 355 en el séptimo, Enfermería y Obstetricia con 5, 174 en el décimo y Biología 4, 778 en el doceavo, (UNAM, Población Escolar, 2009-2010. Recuperado el día 30 de septiembre <http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/disco/xls/018.xls>) cabe mencionar que algunas de estas carreras son impartidas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Con lo anterior se puede inferir que el área de la salud tiene una buena parte de la población estudiantil y que de ellos dependerá el cuidado de la salud de los mexicanos, por cuya razón se considera relevante que su preparación profesional sea vanguardista, actual y eficaz.

En esta ocasión se prestará especial atención a la población estudiantil de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), cuya misión específicamente es, formar profesionales a nivel licenciatura y posgrado, que sean capaces de responder a la demanda de la sociedad mexicana en el ámbito de la salud, educación y ambiental, para ello busca formar recursos humanos en el área de la salud, con una actitud emprendedora e innovadora, con compromiso social y alta calidad humana, con presencia y participación a nivel nacional e internacional (Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2010. Recuperado el día 21 de diciembre de 2010. En: http://www.iztacala.unam.mx/fesi_servicios_poredificio/misvisval.html).

La FESI ha buscado la manera de impulsar a sus jóvenes y hacer de ellos profesionales exitosos, sin embargo, dentro de la institución existen jóvenes estudiantes que tienen cierto rezago académico, es decir, no alcanzan una alta calidad en su formación profesional y hay un gran número de alumnas (os) que desertan o se mantienen con bajo rendimiento escolar a lo largo de todo su proceso académico en el nivel de pregrado, por otra parte algunos estudiantes no están exentos a los factores de riesgo que a la posteridad dañaran su salud mental y física. El rendimiento académico y la eficiencia terminal del estudiantado de pregrado puede verse afectado también por la presencia de alguna enfermedad, es decir por problemas de salud. Resulta entonces paradójico que siendo los futuros profesionales responsables del cuidado y conservación de la salud, en su proceso formativo desarrollen alguna enfermedad que los limite para la conclusión de los estudios o para ser los promotores de la prevención de patologías y conservación del equilibrio saludable.

1.6 Salud de estudiantes universitarios.

El estilo de vida, actitudes hacia la salud y las conductas de riesgo o de protección en los estudiantes universitarios pueden ser factores que propicien o prevengan el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas y trastornos emocionales como ansiedad extrema o depresión. Al respecto de los problemas de salud Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas, y Salazar Quintero (2010), explican que en la etapa del ciclo vital en la que se ubican los estudiantes universitarios, se acentúan los problemas de salud mental (trastornos de estado de ánimo y ansiedad), existentes por una mayor exigencia académica. Por su parte Riveros, Hernández y Rivera (2007), refieren que la depresión es uno de los desordenes clínicos más frecuentes en la población en general, y junto con la ansiedad y estrés están causando más muertes que el cáncer y el sida juntos.

Aunado a lo anterior, el suicidio en adultos jóvenes va a la alza ocupando el cuarto lugar en causas de muerte, tan sólo en el 2006 se suicidaron 4 277, es decir, más de 350 personas por mes, de las cuales 3563 eran hombres y 713, mujeres y más de la mitad de los suicidios son de jóvenes adultos de entre los 14 a los 34 años y la causa más común del suicidio puede ser la depresión. (Hernández, 2009).

También se ha mencionado (Papalia et. al., 2004) que si los jóvenes tiene dificultades para establecer una identidad ocupacional pueden correr el riesgo de involucrarse en conductas riesgosas que atraerán consecuencias negativas a su salud y relaciones personales familiares y escolares. Por lo tanto es importante reforzar sus habilidades para la vida para que enfrenten de manera efectiva dichas dificultades.

En el caso particular de la FESI, se ha reportado (Soriano, Ríos-Saldaña, Treviño y Álvarez, 2009) la existencia de enfermedades crónicas degenerativas como el asma, cáncer, diabetes, epilepsia además de conductas de riesgo tales como vida sedentaria, consumo de tabaco y alcohol, en 636 casos de 1,593 alumnos, que fueron evaluados por medio del Examen Médico Automatizado (EMA), el cual explora diversos aspectos, por ejemplo, problemas de salud general, trastornos alimentarios, problemas visuales y odontológicos, talla, peso, dieta, estilo alimentario, actitud agresiva, indicadores de depresión y estrés, redes sociales de apoyo, relaciones interpersonales, maltrato emocional y físico, abuso sexual, tabaquismo, alcoholismo, entre otros.

Así mismo, se ha documentado (Ríos-Saldaña, 2010) la presencia de diferentes niveles de depresión en los estudiantes de las generaciones 2008 (295 mujeres y 96 varones) casos con depresión moderada y severa (102 mujeres y 41 varones), y en la de 2009 (13 hombres y 68 mujeres) con depresión moderada y 2 hombres y 11 mujeres con depresión severa con mayor presencia de este trastorno en las

mujeres. Sus hallazgos también reportan índices de ideación e intento suicida de estudiantes de las diferentes carreras y generaciones 2004-2007; (en el 2004 fueron 127 casos; en el 2005, 82 casos; en el 2006, 508 casos y en el 2007, 157 casos) y se observó que (Soriano et. al., 2009) la depresión está relacionada con enfermedades pulmonares y cardiovasculares, migraña, asma, fiebre reumática e hipertensión.

Los datos sobre la presencia de depresión e ideación suicida reportados, hacen pensar en la necesidad de vigilar la salud física y psicológica de los alumnos de la FES Iztacala, ya que ellos serán profesionales del área de la salud, encargados de promover y cuidar la salud de su comunidad. Es importante atender esta problemática para que las actividades de las y los jóvenes no se vean mermadas y continúen una vida de esparcimiento y crecimiento personal e intelectual. En el siguiente capítulo se abordará de manera particular el problema de la depresión, tanto en su conceptualización, modelos teóricos subyacentes, así como sus principales características.

2. DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

La depresión es una enfermedad que está afectando a los estudiantes universitarios, las demandas, las exigencias y la inhabilidad para reconocerse como individuos capaces, pueden ser algunos factores que los hagan más propensos a este trastorno. Es común escuchar en el discurso de las personas: “estoy deprimido”, “siento que todo lo que hago está mal”, “no tengo futuro”, “para qué lo hago si la situación jamás va a cambiar”, descuidando sus actividades y relaciones interpersonales. En este capítulo se intentará abordar a grandes rasgos las características de la depresión.

2.1 ¿Qué es la depresión?

La depresión puede interpretarse de diversas maneras, un ejemplo de ello, es que las personas creen estar deprimidas cuando sólo pasan por un periodo corto de tristeza, es decir, se ha confundido la depresión con la tristeza. Por ello se revisarán diferentes conceptualizaciones desde diversas posturas psicológicas, lo que permitirá comprender y tener un panorama más amplio sobre esta noción.

Para empezar la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la depresión es un trastorno mental con un ánimo depresivo, caracterizada por una pérdida de interés o placer, hay sentimientos de culpa, baja autoestima, desorden del sueño, pérdida del apetito, poca energía y concentración en quienes la presentan (OMS, 2007). Mientras que en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) explica que es un trastorno cuya característica principal es una alteración del humor (Pichot, López-Ibor y Valdes, 1995) asimismo se dividen estos trastornos en: trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología, con la finalidad de identificarla y diagnosticarla eficazmente.

Desde el enfoque psicodinámico, Freud (1957, citado en Contreras y Salvador, 2008) propuso que la depresión es una agresión del sujeto hacia él mismo, mientras que el verdadero objeto de sentimientos agresivos es la otra persona. Los trabajos realizados por Freud llevaron a otros estudiosos como Jakobson a ampliar el concepto de depresión, entendiéndola como una alteración del estado anímico por la incongruencia entre el yo y el súper yo.

En el enfoque conductual, (Skinner, 1974; Fester, 1973 y Lewinsohn, 1974; 1975, citados en Vargas-Mendoza 2009) se describe la depresión como un sentimiento producido por la falta o reducción del reforzamiento positivo y/o castigo en las interacciones sociales.

Por su parte, en la teoría cognitivo conductual Beck (1983) define la depresión como un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como la pérdida de espontaneidad, actitudes pesimistas, falta de sueño, pérdida de intereses, mal humor, disminución en la ingesta de alimentos, descuido del arreglo personal, aseos, pérdida o aumento de sueño y usualmente se mantiene por cogniciones negativas de sí mismo, de su entorno y el futuro.

La depresión es un trastorno que puede afectar a casi cualquier persona susceptible a ella, es decir, las personas que no han desarrollado suficientes habilidades para la vida, difícilmente pueden enfrentar situaciones desagradables o adversas de su entorno, además existen otros factores como la baja autoestima, desintegración familiar, necesidad afectiva, miedo a la soledad, poco sentido de pertenecía, escaso interés en actividades recreativas debido al tiempo limitado, crisis económicas, altos índices de delincuencia entre otros que aumentan la posibilidad de entrar en este estado de ánimo.

El interés por la depresión y su estudio no es reciente, este trastorno ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y por ello el hombre ha intentado explicarla.

2.1.1 Antecedentes en el estudio de la depresión

En este apartado se aborda la cronología de la depresión basado en lo propuesto por Calderón (1999), pues se considera que al igual que otros autores, la historia de la evolución del estudio de la depresión es coincidente.

De acuerdo con el autor, durante la época grecorromana, el cuadro patológico de la depresión fue conocida como “melancolía”. Y fue Hipócrates, quien propuso que los humores corporales desencadenantes de este trastorno. Por su parte Soranus Ephesus, sugirió como cuadro clínico de la depresión: la tristeza, los deseos de morir, la tendencia al llanto, la irritabilidad y ocasionalmente la jovialidad.

También menciona que, más tarde en la Edad Media, Sto. Tomas de Aquino responsabilizó a los demonios e influencias astrales como causantes de la “melancolía”. Esta idea fue descartándose a partir de la obra publicada por Robert Burton titulada “Anatomía de la Melancolía” lo que contribuyó a la identificación de estados depresivos.

Añade que más adelante Philippe Pinel, en el siglo XIX, propone que los pensamientos obsesivos son causa de este trastorno, dando paso a las causas psicológicas y posteriormente a la fisiológica. En 1809 Haslam, describió algunos síntomas de la persona depresiva. Más tarde Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniacodepresiva y demencia precoz (esquizofrenia).

En las primeras tres décadas del siglo XX, a partir de los estudios en la genética, se comenzó a creer que los síntomas depresivos eran parte de la psicosis maniacodepresivas, y por lo tanto un paciente deprimido era considerado psicótico.

Calderón señala que en México, durante la época prehispánica la depresión fue conocida como “Sangre Negra”, su tratamiento estuvo a cargo de remedios a base de yerbas, jugos y se sugerían actividades que provocaran alegría como el canto y música, también se recomendaba abstenerse del trato carnal y consumir pulque en mínimas cantidades y sólo con fines medicinales.

Como se puede ver, la depresión no es propia de esta época, además de que existen diferentes factores involucrados en la depresión, y por los cuales las personas se deprimen, por ello se considera importante revisar este constructo desde diferentes posturas, así como los factores causales y tratamientos para la depresión.

2.2 Etiología y tratamientos para la depresión

Para establecer y determinar las causas de la depresión es importante tener en cuenta que el ser humano es una unidad biopsicosocial y que la depresión es multifactorial (Calderón, 1999), para ello se debe tener una visión amplia de la etiología y tratamientos considerados para este trastorno. Por consiguiente en este apartado se hablará brevemente de las causas y tratamientos sugeridos para este trastorno.

2.2.1. Factor Sociológico

La excesiva contaminación del medio ambiente ocasiona daños en la salud. Los problemas de tránsito, el tráfico, vehículos excesivos, accidentes, disminución de ejercicio para desplazarse a pocas distancias, provoca que las personas se vuelvan sedentarias y con ello se deteriore la salud, aunado a la inhabilidad para sobrellevar la frustración, estrés puede agravar la salud de las personas.

Según el sociólogo Ernest Becker (citado en Calderón, 1999) la desintegración familiar, violencia intrafamiliar, disminución de apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos vecinales, delincuencia, pérdida de un ser querido, el augurio de una enfermedad terminal incluso la baja autoestima son motivos sociales por los cuales la depresión se hace presente. Asimismo la pérdida o ruptura de lazos afectivos, la promoción de los medios por el consumismo y la superficialidad, las guerras, el hambre, desastres naturales, falta de oportunidades en el campo laboral, las crisis económicas, la desmotivación, el desinterés académico, cultural y espiritual son agravantes de la depresión, y en el caso de los jóvenes que están en proceso de desarrollo de un plan de vida estas situaciones sociales pueden crear en ellos desesperanza y depresión.

2.2.2. Factor Biológico

El factor biológico también ha sido tomado en cuenta para explicar la causalidad de la depresión. Contreras y Salvador (2008) sugieren que algunas depresiones tienen origen en los factores endógenos y exógenos, las primeras se refieren al origen interno (bioquímicos y genéticos) y las segundas a las circunstancias externas (el contexto social).

La depresión endógena, se debe a un mal funcionamiento de los neurotransmisores (*serotonina*₁, *dopamina*₂ y *norepinefrina*₃) sustancias químicas del cerebro que estimulan o inhiben otras células, generando una escasez de *aminas*₄ provocando la depresión (Den Boer y Sitsen, 1994 citado en Vilchis 1999) que se verán reflejadas en los cambios fisiológicos, es decir, en el aumento de la tensión muscular, aceleración en la tasa cardiaca y la respiración, aumento en la producción hormonal y el *cortisol*₅

Con respecto a la heredabilidad de los trastornos afectivos, Kallmann (citado en Calderón, 1999) en los años 50, confirmó la teoría de que la depresión puede ser transmitida genéticamente, es decir, las personas poseen un gen dominante portador de una vulnerabilidad específica que los hace susceptibles. Y se ha documentado (Vilchis, 1999) mayor frecuencia de trastornos depresivos endógenos en familias.

Este aspecto es de suma importancia ya que como psicólogos no podemos perder de vista dentro de la evaluación la posibilidad de que la depresión en una persona pueda tener origen endógeno y como seres biopsicosociales, el factor biológico no se puede, ni se debe descartarse en la detección de la depresión.

2.2.3. Paradigma Psicoanalítico

Desde un punto de vista psicoanalítico, la depresión en casi cualquier tipo tiene su origen en la infancia, ya que para este enfoque el factor emocional es el más importante porque en esta etapa se constituye la personalidad del individuo.

De acuerdo con este paradigma los patrones neuróticos son derivados de los conflictos y actitudes afectivas que inician en la infancia, causas que son determinantes y otras desencadenantes (Calderón, 1999):

1. Causas determinantes: son conflictos y actitudes afectivas, derivadas de las experiencias en la infancia, se cree que una situación no resuelta durante esta etapa provoca la neurosis en las personas.
2. Causas desencadenantes: Son las causas inmediatas de la neurosis, debido a la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, sexualidad y dependencia, debido a la ausencia o pérdida de:
 - Pérdida de objeto: “pérdida” reciente y real, en el pasado, de afecto o autoestima. Lo más importante no son los hechos sino la actitud de las personas ante las situaciones.

- Durante la infancia: se refiere a la separación del hijo con la madre, la cual puede dejar una secuela en el desarrollo de éste.
- Durante la adolescencia: el crecimiento y la búsqueda de independencia del individuo puede ocasionar una confusión emocional. El adolescente se enfrenta a situaciones difíciles, que si no es capaz de resolver podría llevarlo a la depresión.
- Durante la edad adulta: se trata de la pérdida de un ser querido, trabajo, situación económica desfavorable o el deterioro de salud.

Además esta teoría sugiere que las mujeres tienden a ser más neuróticas respecto a los hombres, debido a que se reprimen más. En resumen la depresión para los psicoanalistas son dolores no resueltos por pérdidas originadas en la niñez, cuando hay sensación de abandono es cuando se vuelca la agresión hacia uno mismo.

2.2.4. Teoría Conductual

Las primeras aportaciones al modelo conductual fueron de Skinner (1953); Fester (1965); Lewinsohn (1974) y Castello (1972). Ellos expusieron que el trastorno de la depresión se debe a la disminución de reforzadores positivos que recibe la persona, permitiéndole controlar el medio en el que se desenvuelve.

La teoría del comportamiento sugiere que la aparición de la depresión se debe a la ausencia de reforzamiento positivo o a la baja tasa de este, después de que la respuesta ha sido emitida. Y los factores estresantes del entorno y la falta de habilidades personales, son las causantes de la depresión, ya que las personas no

saben cómo lidiar con hecho de no obtener reforzadores positivos a su comportamiento.

También se tiene que tomar en cuenta que si las personas se encuentran inmersas en ambientes y situaciones hostiles o de conflicto, y los reforzadores son negativos, éstas pueden aprender que cualquier intento de esfuerzo no valdría la pena, porque lo que obtienen no es satisfactorio para su persona.

Entonces el deceso de reforzadores positivos puede llevar a las personas a creer que no son importantes para su medio ya que sienten que no son tomados en cuenta por las personas que los rodean, manteniendo la depresión.

El modelo conductual ha contribuido en gran medida para la modificación de la conducta de los pacientes depresivos, así como también ha dado pie a modelo cognitivo conductual del cual se hablará en el siguiente apartado.

2.2.5. Modelo Cognitivo Conductual de Beck

Si bien es cierto que la falta de reforzadores tiene consecuencias negativas en la conducta de las personas, también son importantes los pensamientos, los cuales pueden agravar esta situación, por ejemplo la falta de concentración merma las actividades cotidianas del individuo, poco entusiasmo en iniciar una conversación e incluso no querer comunicar sus sentimientos.

Beck, Rush y Emerry (1983), considera que la depresión es un trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en

la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Este autor observó que la persona depresiva “*adopta una visión negativa de sí mismo y sus experiencias en la vida... distorsionando la realidad...sus investigaciones poco a poco validaron la idea de que el paciente distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa, el depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que quedaba expresada en un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas*” (Beck, 1983: 9). Es importante mencionar que las cogniciones son la base de este modelo, así como la modificación de éstas y la conducta del paciente.

Beck señala tres componentes que explican la depresión:

1) *Triada cognitiva*.- Son patrones cognitivos que hablan de 1) la visión distorsionada que el paciente tiene de sí, 2) de su interpretación de las experiencias como negativas y 3) una visión del futuro poco favorable

2) *Organización Estructural del Pensamiento Depresivo*.- Explica el por qué el paciente depresivo mantiene ciertas actitudes que lo lastiman y son poco beneficiosas.

3) *Errores en el Procesamiento de la Información*.- Se refiere a las creencias que mantiene el paciente depresivo y que las valida a pesar de no serlo.

Otro autor que maneja la teoría cognitivo conductual es Ellis (1978, citado en Contreras y Salvador, 2008), que propone que los trastornos emocionales son el resultado de creencias irracionales, y por ende es menester modificar. Al igual que Beck, Ellis sugiere que estas creencias son absolutistas o dogmáticas. Dichas creencias se expresan en términos “tengo que”, “debo”, “estoy obligado (a)”, las cuales impiden la persecución de objetivos o metas. Las creencias racionales permiten vislumbrar posibilidades y formularlas de acuerdo a la realidad que vive la persona. Ellis conceptualiza los problemas a través del esquema ABC, donde “A” son los acontecimientos desencadenantes o antecedentes, “B” lo que la persona cree sobre el acontecimiento (creencias racionales e irracionales) y “C” representan las consecuencias o respuestas emocionales derivadas de las creencias.

Las causas de la depresión pueden ser múltiples y se han revisado diversas teorías que nos permiten vislumbrarlas. Se considera que casi cualquier persona puede padecer depresión, es decir, no se está exento de padecerla. Sin embargo las habilidades para enfrentar situaciones adversas juegan un papel importante así como la manera de resignificar las vivencias, permiten a los individuos continuar con sus actividades a pesar de pérdidas o los acontecimientos negativos vividos.

2.3 Depresión en Estudiantes Universitarios

Los estudiantes universitarios son una población que cada vez reporta mayor índice de depresión y ansiedad, por ejemplo en el año 2003, Amézquita, González, y Zuluaga evaluaron con el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y una encuesta semiestructurada a 625 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de los diferentes programas académicos seleccionados al azar, encontrando una prevalencia del 49.8% para depresión, 58.1% para ansiedad y 41% para ideación suicida. Las asociaciones para depresión y ansiedad que resultaron estadísticamente significativas.

En México la situación no es diferente el periódico *Excélsior* (2011, Mayo 3), publicó una nota intitulada “Ataca depresión a estudiantes universitarios” refiriéndose a la situación actual por la que atraviesan los estudiantes con respecto a este trastorno así como las medidas que ha tomado el gobierno para contrarrestar esta situación. Se aseguró que el estrés en la escuela y las situaciones vividas en casa pueden agravar la situación y que muchos de los jóvenes desconocen que padecen este trastorno. La acción del gobierno fue implementar un programa de prevención para enfermedades de tipo emocional y en cada semestre se realizaran evaluaciones al respecto. Así mismo, se informó que no existen cifras reales sobre los jóvenes que padecen episodios depresivos. Además, se advierte que de no atenderse la situación a la larga puede provocar altos índices de suicidio.

Autores como González, Landero y García (2009) encontraron una relación existente entre la ansiedad, la depresión y síntomas psicósomáticos en estudiantes universitarios del norte de México. Se expuso que la depresión y ansiedad puede afectar en mayor medida la salud de los estudiantes, reflejándose en síntomas psicósomáticos, tales como poca energía, tener dificultad para dormir y padecer dolores de cabeza, menstruales y de espalda, siendo los más frecuentes. Teniendo en cuenta esta información, es de suma importancia atender la salud de la población estudiantil, ya que puede afectar el desempeño académico, actividades propias del estudiante (asistir a clases) así como la actitud, la motivación hacia el estudio, la satisfacción y sensación de logro entre otras.

En el Coloquio de Investigación de Salud celebrado en Toluca, Edo. De México, se presentó una investigación intitulada “Ansiedad, depresión y bienestar psicológico en adolescentes que inician estudios universitarios: diferencias de género” (Ríos, Osornio, Álvarez y Villalobos, 2006), cuyo objetivo fue identificar problemas de ansiedad, indicadores de depresión, el bienestar psicológico y analizar las

diferencias entre varones y mujeres. Utilizando la Escala de Depresión CES-D de Casullo (1994), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Bienestar Psicológico (Díaz et. al. 2006), se encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en mujeres y que la mayoría de los adolescentes reportó tener un nivel de depresión medio. Además existe una relación positiva entre la depresión y ansiedad, y a mayor ansiedad menor bienestar psicológico.

En esa misma tendencia, Rosete Mohedano M. G. (2003, citado en Riveros, et. al. 2007), investigó la relación entre la salud mental y el rendimiento académico de estudiantes de la FES Zaragoza en las áreas de medicina, odontología y psicología; descubriendo un aumento en la tasas de depresión, suicidio y hogares desintegrados que afectan la población estudiantil; además de un alto porcentaje de dificultades emocionales, depresivas y de angustia en los estudiantes con un alto índice de ideas suicidas; elevados índices del bajo desempeño intelectual posiblemente causados por perturbaciones emocionales y falta de madurez emocional de los estudiantes, limitando su desempeño escolar.

La evidencia empírica con respecto a la depresión no sólo ha sido reportada recientemente. Ya Menelic y Ortega-Soto (1995) habían evaluado al 10% de la población de la Escuela Nacional de Profesionalización, Plantel Aragón, UNAM, para detectar casos de depresión en el estudiantado. Los resultados mostraron una alta frecuencia de cuadros depresivos en la población universitaria.

Más recientemente Osornio, Méndez, Jiménez y López (2008) investigaron en población universitaria la relación de la depresión con el bienestar psicológico, la dinámica familiar y las habilidades en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano, en el trabajo llamado "Evaluación de algunos factores asociados a la depresión en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano". Los resultados mostraron que el 47% de los estudiantes presentaron un nivel medio de depresión, y el 12% un nivel alto y una relación negativa significativa entre la

depresión y algunas dimensiones de las actividades hacia el estudio (la organización para el estudio; la cohesión y adaptación familiar; la autoaceptación, el control de situaciones, propósitos en la vida, relaciones positivas con otras y la autonomía).

Por otra parte, Ríos, Álvarez, Ramírez y Guillen (2009) evaluaron y detectaron patógenos conductuales que se relacionan con las enfermedades crónicas degenerativas específicamente en la obesidad, factores emocionales y su relación con el aprovechamiento académico, en una muestra aleatoria de dos generaciones (2008 y 2009). Los resultados de la generación 2008, mostraron un autoconcepto social, emocional y académico bajo, siendo más marcado en mujeres, así como también presencia de depresión y ansiedad, con mayores puntuaciones en las mujeres, aunque esto no descartó la presencia de depresión en ambos sexos. Mientras que en la generación 2009, el autoconcepto fue bajo en todas las áreas evaluadas (social, emocional, familiar y académico) en hombres y mujeres; la depresión y la ansiedad estuvieron presente en un nivel bajo. Además se encontró que a mayor IMC (Índice de Masa Corporal) menor es el rendimiento académico, y viceversa, lo que permite pensar que puede que el índice de masa corporal afecte las relaciones con las personas compañeros y que la estancia en la escuela no sea agradable.

Los resultados reportados muestran la presencia de depresión en estudiantes universitarios, y en aquellos que se están formando en el área de la salud, como es el caso de los estudiantes de la FESI cuyas carreras están orientadas hacia la promoción y cuidado de la salud (Médico Cirujano, Psicología, Optometría, Cirujano Dentista, Biología y Enfermería). Sin embargo, es rescatable el hecho de que el índice de depresión severa aún está en bajos niveles, es decir, que poca población estudiantil presenta este cuadro, por lo que sería idónea y oportuna la intervención preventiva o de primer nivel de atención para esta población, y no esperar a que lo niveles de depresión sean exorbitantes.

3. HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Las habilidades sociales juegan un papel importante en las relaciones interpersonales ya que pueden favorecer la convivencia de las personas.

En el caso de los futuros profesionales de la salud sus destrezas sociales pueden ser fundamentales para promover el seguimiento del tratamiento durante el cuidado o la mejoría de la salud, además de que puede favorecer otras áreas sociales del estudiante. Sin embargo el déficit en las habilidades sociales puede acarrear algunas dificultades por ejemplo al establecer un primer contacto con las personas, no saber afrontar situaciones adversas, manejar el estrés y/o sucumbir ante las presiones de los demás.

Este capítulo inicia abordando de manera general el tema de las habilidades sociales desde su conceptualización hasta las investigaciones que se han realizado con población universitaria y su relación con la depresión, esto permitirá dar una noción amplia del tema.

3.1 ¿Qué son las habilidades sociales?

Para empezar a hablar sobre las habilidades sociales, es necesario homogenizar el lenguaje con el fin de lograr una mejor comprensión. Se ha encontrado que existen diversas conceptualizaciones de este término lo cual impide un único concepto, autores como Butler y Gruson (1998, citado en Vilchis, 1999) refieren

que es difícil contemplar una definición total o parcial de las habilidades sociales, debido a la influencia del contexto en los que se ubican las y los individuos, es decir, las reglas de comportamiento varían de acuerdo al contexto sociocultural y la ubicación geográfica. Así mismo existen otras variables como: el género, la clase social, la educación, las actitudes, las costumbres, los valores y el estilo propio de la interacción, que limitan una conceptualización única y parcial.

Por su parte Agyle (1981, Citado en Vilchis, 1999) sugiere que las habilidades sociales están influenciadas por el grado de madurez y las experiencias de las personas las cuales permiten la emisión o inhibición de la conducta para su proceso adaptativo. Por su parte Wilkison y Canterm (1982, citado en Camacho y Camacho, 2005) explican que el individuo esta permeado por sus propias creencias, valores, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. Lo que hace más difícil la unificación de un término, ya que el individuo cuenta con su propia forma de relacionarse con los demás.

Para poder conciliar estas diferencias, Gil, León y Jarana (1995) proponen buscar las principales características de las habilidades sociales y las más aceptadas por los expertos, para definir las, en vez de buscar una definición única y valida. Entre estas características se encuentran:

- Los comportamientos manifiestos (capacidad de actuación)
- Orientación a objetivos (comportamiento orientado a conseguir objetivos)
- Especificidad situacional (adecuar el comportamiento en función de sus objetivos)
- Componentes de las habilidades (a nivel molar, nivel interno y nivel molecular junto con otros componentes conductuales, tales como elementos no verbales, paralingüísticos y verbales, cognitivos y fisiológicos).

A pesar de conocer estos parámetros aun resulta difícil establecer un concepto universal. Meichenbaum, Butler y Gridson (1981, citados en Caballo, 1993) afirman que es imposible desarrollar una definición parcial de habilidades sociales.

Sin embargo, eso no ha sido una limitante para que algunos autores desde sus investigaciones generen conceptos que permiten comprender la funcionalidad de las destrezas sociales.

Por su parte Vilchis (1999) documenta algunas definiciones de las habilidades sociales propuestas por diversos autores como Kelly (1982) quien sugiere que una habilidad social es el *“conjunto de conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento en su ambiente; Hersen y Bellack (1977) las describen como la “capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social”;* Libert y Lewinson (1973, p. 304) refieren que *“las habilidades sociales, son conductas que se emiten para obtener un reforzamiento positivo o evitar el castigo”*.

De acuerdo con Argyle, Furnahm y Graham (1981, citado en Del Prette y Del Prette, 2002) las habilidades sociales son una suerte de constructo descriptivo en las cuales se desempeña el individuo en una situación interpersonal.

Mientras que Monjas (1999:28, citado en Bermejo y Fernández, 2010) sugiere que una habilidad social, no es un rasgo de personalidad sino que son conjunto de comportamientos aprendidos y destrezas sociales específicas y complejas que el individuo pone en juego durante la interacción social.

Gil y León (1998) exponen que las habilidades sociales son la capacidad de ejecutar conductas aprendidas que cubren la necesidad de comunicación interpersonal y que responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva.

Finalmente Caballo (1993:6) refiere que las habilidades sociales son; *“un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que le permite expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*, se considera que es una de las definiciones más completas y para cumplir los objetivos de esta investigación se hará uso de ésta.

3.2 Antecedentes de las habilidades sociales

Mucho se ha documentado sobre las primeras investigaciones referentes a las habilidades sociales, autores como Gil y García (1995), Caballo (1993) y Del Prette y Del Prette (2002) son ejemplos de esta labor. Dentro de su recopilación se han encontrado coincidencias con respecto al surgimiento de este tema. Así mismo se presenta una breve semblanza sobre su historia.

Las primeras investigaciones en torno a este tema surgen en Norteamérica y se le pueden atribuir propiamente a Salter (1949) quien se apoyo en los trabajos de Pavlov con el reflejo condicionado, es decir, con los métodos de aprendizaje y respuesta para el tratamiento de la neurosis. Este trabajo fue continuado por Wolpe a finales de los años 50, quien trabajo sobre las conductas de expresión, específicamente sentimientos negativos, relacionadas con la ansiedad y la depresión, además fue el primero en acuñar el término asertividad definiéndola como *“la expresión adecuada de cualquier emoción que no fuera la ansiedad con relación a otra”* (Wolpe, 1976, p. 98).

Más tarde Lazarus hará uso de este término promoviendo la expresión de sentimientos positivos, en comparación con Wolpe. Posteriormente Lazarus propuso la denominación *“expresión emocional”*. Así mismo comenzaron a surgir

algunas publicaciones como *Your perfect right* (Alberti y Emmons, 1970) y *Personal effectiveness* (liberman, King, DeRisi y McCann, 1975), entre otros como precursores de la investigaciones en asertividad. Más tarde se retoma la importancia del trabajo cognitivo en la terapia Racional Emotiva comportamental.

En los años 60 algo similar ocurría en Europa, Argyle y otros investigadores comenzaron a difundir el término “habilidades sociales”. De acuerdo con Del Prette y Del Prette (2002) Argyle aplicó el concepto de “habilidades sociales” retomado de la Psicología del Trabajo haciendo una analogía entre el hombre y la maquina a partir de sus características como percepción, decodificación y resolución de problemas.

Para la década de los 80’s las investigaciones e intervenciones sobre el desempeño interpersonal aumentaron especialmente dentro de la psicología ya que empezó a cobrar mayor relevancia. Argyle y Kendon (1967, citado en Gil y García,1995) propusieron un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales. Con el desarrollo de la Terapia Conductual y la elaboración de las Teorías del Aprendizaje Sociales, se establecieron las bases de este enfoque. Así mismo el término de Habilidades Sociales poco a poco fue sustituyendo el concepto de asertividad, más tarde ambos serán retomados como sinónimos.

De acuerdo con Del Prette y Del Prette (2002) la diferencia entre ambos conceptos radica en que en el entrenamiento en Habilidades Sociales se considera como un conjunto de técnicas que se aplican a cualquier tipo de déficit de naturaleza interpersonal independientemente del correlato con la ansiedad. Mientras que el entrenamiento asertivo se interesa por la afirmación de derecho y expresión de sentimientos negativos.

3.3 Modelos teóricos de las habilidades sociales.

Bien continuando con el tema es preciso hablar sobre los modelos que pretenden explicar desde su óptica las causas por las cuales existe un déficit en destrezas sociales, así mismo Hidalgo y Abarca (1990) plantean tres modelos:

- Modelo Cognitivo

El desempeño social está regulado por las habilidades sociocognitivas aprendidas en la interacción. Las personas deben ser capaces de discernir, evaluar y seleccionar sus repertorios conductuales con base a su cultura. Desde este modelo el déficit en habilidades sociales se explica a través de la inhibición mediatizada que se refiere a las creencias o cogniciones distorsionadas que impiden el desenvolvimiento social, por ejemplo las autoverbalizaciones negativas (Schwartz y Gottman, 1976), autoinstrucciones inadecuadas (Meichenbaum, 1977), estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación (Alden y Caple, 1981). En ocasiones creencias absolutistas como “no puedo”, “es difícil”, “jamás aprenderé” “todo siempre me sale mal” pueden ser ejemplos de pensamientos autoderrotistas que impiden ver un panorama amplio y buscar soluciones.

- Modelos de percepción social

Se refiere específicamente a la capacidad de leer o interpretar el contexto social, el individuo debe tener un conocimiento no solo de la respuesta adecuada sino también de cómo y cuándo esa conducta debe emitirse. El error en la lectura puede generar dificultades en el momento de la interacción. En cambio una persona con una buena percepción social aprende a interpretar las señales y mensajes del emisor.

- Modelo de aprendizaje social

El aprendizaje social, observacional, vicario o de imitación, es un aprendizaje basado en una situación social, donde participan dos personas: un modelo y el sujeto que realiza la observación. El modelo tiene que desempeñar la conducta

social para que el observador la pueda imitar o reproducir. En el aprendizaje social el refuerzo lo recibe el modelo de ahí que éste sea un factor motivacional para el observador, hay que mencionar que el comportamiento está mediado por las expectativas sobre los diferentes tipos de consecuencia. La falta de aprendizaje puede deberse a que la persona use respuestas inadecuadas en la interacción social porque no las ha aprendido adecuadamente.

Mientras que Del Prette y Del Prette (2002) además de coincidir con estos autores agregan otros modelos explicativos.

- Modelos de asertividad

Este modelo contempla dos vertientes:

1. Se sitúa en el condicionamiento respondiente; se enfoca en el aprendizaje de la ansiedad a través de la asociación del desempeño social con estímulos aversivos y su papel inhibitor de la emisión de las respuestas asertivas.
2. Con el condicionamiento operante, se considera que las dificultades del desempeño social operan como consecuencia del control inadecuado de estímulos, es decir, las personas no se comportan asertivamente porque no son adecuadamente reforzadas o son castigados en sus desempeños asertivos.

- Modelos de teoría de los roles

Los antecedentes de este modelo se encuentran en la psicología social de Thibaut y Kelley (1959) y el de terapia de rol fijo de Kelly (1955). Este modelo supone que el comportamiento social depende en gran medida de la comprensión del propio rol y el rol del otro en relación social. El modelo contribuye, a) configurar el carácter situacional-cultural; b) identificar problemas en determinados roles; c) examinar factores relacionados con el liderazgo y autoridad. Además esta teoría puede ser vinculada con las terapias psicodramáticas en el Entrenamiento de las Habilidades Sociales (EHS).

Bien se pueden encontrar diversos modelos que dan cuenta de las deficiencias de las habilidades sociales, además se puede notar que las propuestas de los modelos no difieren una de la otra. Así mismo Roth (1986) encuentra que existen dos ejes principales en los modelos explicativos, en primer instancia se ubica el modelo cognitivo y en segunda instancia el modelo conductual.

El modelo cognitivo, parte del supuesto de que el hombre es capaz de moldear su conducta de acuerdo a sus capacidades interpretando su ambiente y no al revés. Mientras que el modelo conductual, refiere que existen conductas específicas, que ante una situación mantienen o disminuyen la probabilidad de que vuelvan a ocurrir, descartando el nivel cognitivo del individuo.

3.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Las personas interactúan constantemente entre sí. El individuo a lo largo de su vida va aprendiendo a relacionarse. En la infancia, los padres son quienes enseñan a los niños a relacionarse. En la adolescencia y edad adulta el individuo pasa por una transición que permite establecer su personalidad. Las habilidades sociales juegan un papel importante, ya que estas pueden permitir una interacción exitosa con las demás personas, además son una suerte de conductas protectoras. Una persona que es hábil socialmente puede enfrentar con mayor éxito situaciones adversas a través de la expresión de sentimientos, defensa de sus derechos, manejo adecuado del estrés, resolver problemas, resistencia a la presión de otras personas, etc.

En el caso de los adultos jóvenes el desarrollo de habilidades más la comprensión de su identidad y satisfacción de sus decisiones pueden ser garantía de un individuo exitoso en los diferentes ámbitos de su vida. En caso contrario el déficit

en habilidades sociales, la confusión de saber quién y qué es lo que quiere en la vida pueden acarrear problemas como alcoholismo o depresión.

Se ha documentado y constatado (Rosa, Inglés, Olivares, Espada, Sánchez, y Méndez 2002) que las dificultades en las relaciones interpersonales están relacionadas con el rendimiento académico y el ámbito social de los jóvenes, en primer instancia se puede mermar las participaciones en clase, aclaración de dudas en el salón de clases, dirigirse a alguna autoridad o inhibirse durante las exposiciones; en segundo, pueden existir fracasos con el sexo opuesto, dificultad en la expresión de sentimientos, sucumbir a la presiones de sus iguales, sentimiento de inferioridad ante sus pares lo que puede repercutir en aislamiento social y sentimientos de soledad.

Así mismo Bermejo y Fernández (2010) sostienen que el aislamiento social se relaciona con el grado de ansiedad, baja autoestima, desajuste emocional, depresión y déficit en habilidades sociales.

De acuerdo con Ríos (2002) el déficit de habilidades sociales acarrearían una serie de problemas conductuales que pueden orillar a la inadaptación social, mientras que Contreras y Salvador (2008) sugieren que la escasa destreza social puede causar depresión y esta a su vez puede entorpecer la práctica de los repertorios conductuales.

Por su parte Caballo (1993) expone que el Entrenamiento en Habilidades Sociales, de ahora en adelante EHS, debe formar parte de los tratamientos conductuales para contrarrestar los efectos de la depresión, aunado a otras técnicas terapéuticas. Ya sea de manera correctiva o preventiva.

Autores como Rosa et al, (2002) realizaron un análisis meta-analítico sobre los programas de EHS en el ámbito educativo, con el objetivo de determinar el estado actual de las intervenciones y explicar la variabilidad de resultados mediante el

análisis de las diferentes características de los diferentes estudios. Se encontró que las técnicas más utilizadas en EHS son: modelos activo participante, gradual en vivo y *coping*. Y que el EHS por si sola es más eficaz que la combinación con otras técnicas.

Por su parte Sánchez, Rivas y Trianes (2006) interesados por la interacción de la persona y su contexto, así como mejorar el clima social entre el profesorado-alumnado y el estudiantado en la resolución de conflictos y mejora la cooperación; evaluaron a dos grupos de intervención, haciendo uso del instrumento de evaluación Escala de Clima Social. Al final del programa de intervención, el cual tuvo una duración de 4 años, se logró mejorar la convivencia, competencia social y las habilidades sociales entre los profesores y estudiantes.

Por ello se considera que el EHS es una excelente opción para contrarrestar problemas conductuales y trastornos como la depresión. Autores como Ríos, Del Prette, Álvarez y Lozano (2004); Contreras y Salvador (2008) analizaron la relación entre indicadores de las H. S. y los de depresión en estudiantes de secundaria, con la diferencia de que los primeros muestran resultados de un programa de EHS y los segundos sólo hacen un comparativo entre escuelas secundarias urbanas y rurales. En ambas investigaciones se apreció la relación negativa existente entre el déficit de habilidades sociales y depresión, siendo recíprocas entre sí.

Por otra parte, Rosete Mohedano M. G. (2003, citado en Riveros, et. al., 2007), investigaron la relación entre la salud mental y el rendimiento académico de estudiantes de la FES Zaragoza en las áreas de medicina, odontología y psicología; encontrando un aumento en la tasas de depresión, suicidio y hogares desintegrados que afectan la población estudiantil y además de un alto porcentaje de dificultades emocionales, depresivas y de angustia en los estudiantes con un alto índice de ideas suicidas, elevados índices de bajo desempeño intelectual; posiblemente causados por perturbaciones emocionales y falta de madurez emocional de los estudiantes, limitando su desempeño escolar.

Mientras que Marín y León (2001) realizaron un EHS con estudiantes de enfermería en Sevilla. Los autores resaltan la importancia de que los profesionales de la salud, deben contar con un buen repertorio conductual para poder generar mayor adherencia terapéutica por parte de los pacientes, así como mayor percepción de confianza hacia el sector salud y por supuesto que éstos sean capaces de enfrentar situaciones estresantes y trabajar con armonía con colegas. Se encontró que después del entrenamiento los estudiantes de enfermería lograron mejorar sus HS.

Se ha encontrado que no sólo un entrenamiento en habilidades sociales puede ser una buena técnica para contrarrestar el trastorno de la depresión, también se ha documentado su importancia en el tratamiento del alcoholismo (Anguiano, Vega, Nava y Soria, 2010); además sugieren que EHS es un factor preventivo.

Lo esgrimido con anterioridad, dio la pauta para considerar en este trabajo de tesis en la modalidad de reporte de investigación, que el EHS puede ser un factor importante a nivel preventivo y correctivo para el trastorno de la depresión en los estudiantes de la FES Iztacala. Ahora se prosigue a dar pie a los resultados que se encontraron en esta investigación.

4. REPORTE DE INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DE INDICADORES DEPRESIVOS Y HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: DIFERENCIAS DE SEXO, CARRERA Y GENERACIÓN

Los estudiantes universitarios pueden adoptar conductas poco favorables para su salud y con ello afectar el rendimiento académico y eficiencia terminal. También pueden presentar trastornos emocionales y alteraciones como la depresión. Al respecto se ha encontrado que el déficit en habilidades sociales, puede ser un factor que influye en la presencia de indicadores depresivos; se ha demostrado (Vilchis, 1999; Ríos, 2002; Contreras et. al. 2008) que el entrenamiento en habilidades sociales puede mermar y prever algunos indicadores depresivos. En el caso de los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), se han llevado a cabo estudios que demuestran la presencia de depresión y la falta de un amplio espectro de habilidades sociales. Este trabajo en modalidad de reporte de investigación, forma parte del Proyecto General denominado: “Patógenos conductuales como factor de riesgo de enfermedades crónico degenerativas en estudiantes de la FESI”, dicho proyecto fue coordinado por la Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña, en la Unidad de Investigación Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y de la Educación (UIICSE), cuyo resumen se presenta a continuación.

En el proyecto mencionado en el párrafo anterior, se plantea que las enfermedades crónicas degenerativas cada vez tienen mayor presencia en la población mexicana, especialmente en jóvenes y niños, esto es inquietante ya que años atrás estas enfermedades (tumores malignos, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, enfermedades del corazón, diabetes, obesidad, cirrosis y enfermedades crónicas del hígados) sólo estaban consideradas para la

población adulta. Por ello en el proyecto general se buscó detectar y evaluar patógenos conductuales en relación con factores de riesgo (biológicos, psicológicos, socioculturales, sistema de asistencia sanitaria y enfermedades crónicas) que se relacionan con las enfermedades crónicas degenerativas, en estudiante de la FESI, dando claridad a la existencia y gravedad del problema en el estudiantado, identificando poblaciones (sana y/o con alguna enfermedad crónica) para la elaboración de paquetes de evaluación psicológica pertinentes, además esto permitirá el diseño de programas de intervención en los niveles preventivos y correctivo; la implementación del plan de trabajo en el orden expuesto, coadyuvará en el rendimiento académico y eficiencia terminal de alumnos identificados con estilos de vida no saludables o enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con ellos.

El interés por la población universitaria de la FESI surge porque siendo ellos futuros profesionales del área de la salud, encargados de promover y cuidar la salud de su comunidad, es necesario que ellos se encuentren en óptimas condiciones para lograrlo, aunado a esto el o la joven tiene una enorme responsabilidad ya que se ubican en una etapa formativa que prepara a los jóvenes a incursionar en el mundo laboral y cubrir las exigencias personales, familiares y sociales, sin embargo, es probable que en algunos casos ellos (as) aún no logren definir su proyecto de vida o tengan conflictos (emocionales o de salud) lo que puede afectar su desempeño escolar y/o social, y en ocasiones desertar de la universidad.

La importancia de evaluar los indicadores depresivos y de habilidades sociales analizando sus relaciones mutuas, estriba en varios aspectos: 1. Los estudiantes universitarios representan a los futuros profesionales, quienes han de ser los encargados de promover la salud y el bienestar en su práctica profesional, especialmente aquellos orientados hacia la salud como es el caso de los de la FES Iztacala; 2. Se atiende a un problema de salud que de acuerdo con Riveros, et. al. (2007), se está volviendo una de las principales causas de muerte en la

población mundial, y la presencia reportada de este problema en los estudiantes de la FESI; 3. Los estudiantes de áreas de la salud se caracterizan por qué están en constante interacción con otras personas durante el desempeño de la profesión y para ello requiere del desarrollo amplio de habilidades sociales; 4. Se busca prevenir o corregir los indicadores depresivos en los estudiantes a través del diseño de un programa de intervención en el entrenamiento de las habilidades sociales, porque se sabe que éstas pueden mermar los indicadores depresivos; 5. Se ampliará el campo de investigación respecto a las habilidades sociales y la depresión en México y en especial en población de estudiantes universitarios; 6. De acuerdo con los resultados derivados del proyecto general, se ha encontrado la presencia de depresión y carencia de habilidades sociales en los estudiantes, ignorarlos puede representar un mayor riesgo en la salud integral y rendimiento académico de esta población.

4.1 Objetivo General

El objetivo general del presente trabajo fue analizar en un estudio retrospectivo los indicadores depresivos, las habilidades sociales y analizar la relación existente entre estas dos variables, así como las diferencias de sexo, entre los estudiantes de las seis carreras profesionales que se imparten en la FES Iztacala, de tres generaciones, con la finalidad de proponer una estrategia preventiva.

4.1.1 Objetivos específicos:

- a) Evaluar y analizar la presencia de indicadores depresivos de los estudiantes; analizar la significación de las diferencias por sexo, carrera (Médico Cirujano, Psicología, Cirujano Dentista, Optometría, Biología y Enfermería) y generación.
- b) Evaluar y analizar las habilidades sociales en los estudiantes; analizar la significación de las diferencias por sexo, carrera (Médico Cirujano,

Psicología, Cirujano Dentista, Optometría, Biología y Enfermería) y generación.

- c) Analizar la relación existente entre las habilidades sociales y los indicadores depresivos.
- d) Diseñar una estrategia preventiva (programa de intervención) y/o correctiva para los estudiantes basada en los resultados obtenidos

4.2 Metodología

4.2.1. Variables

Las variables que se consideraron para este estudio fueron:

- Depresión: De acuerdo con Beck (1983) una persona depresiva es quien *“adopta una visión negativa de sí mismo y sus experiencias en la vida... distorsionando la realidad...sus investigaciones poco a poco validaron la idea de que el paciente distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa, el depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que quedaba expresada en un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas” (p.9).*
- Habilidades Sociales: Conforme a la definición de Caballo (1993:6), es *“un conjunto de conductas emitidas, por un individuo que en un contexto interpersonal expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.*

- Carreras de la FESI: Se refiere a las carreras impartidas dentro de esta institución: Médico Cirujano, Psicología, Optometría, Cirujano Dentista Biología y Enfermería.
- Sexo: Se refiere a la condición de mujer y hombre.

4.2.2. Instrumentos de medida

Para evaluar las variables de interés, cada uno de los alumnos fue evaluado con una batería psicológica cuyo fin fue detectar patógenos conductuales y enfermedades crónicas, en esta se incluye el Cuestionario de Depresión CES-D, de Casullo (1994) adaptado por Ríos, 2008 en población de estudiantes universitarios. El cual consta de 20 ítems, que evalúan indicadores depresivos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que van de 0 menos de un día a 3 de cinco a seis días.

La Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA) de Ríos (2002) para población de adolescentes, y adultos jóvenes, misma que contiene 50 ítems agrupado en seis factores de habilidades sociales, que permiten detectar la deficiencia en alguna (as) habilidades sociales específicas:

- *Habilidades de inicio*: Escuchar iniciar o mantener una conversación, preguntar-agradecer, presentarse, presentar a otros y hacer cumplidos.
- *Habilidades avanzadas*: Pedir ayuda, trabajar en grupo, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse y convencer a otros.
- *Habilidades para manejar sentimientos*: Identificar y conocer los propios sentimientos, entender los sentimientos de otros, mostrar afecto, afrontar el miedo y auto valorarse.

- *Habilidades alternativas a la agresión*: Pedir permiso, lograr un permiso, ofrecer una ayuda, ayudar a otros cuando lo solicitan, negociar, autocontrolarse, defender sus derechos, afrontar la burla, evitar peleas y problemas.
- *Habilidades para encarar el estrés*: Reclamar asertivamente, responder a la queja de otros. Expresión de opiniones honestas ante los logros de otros, afrontar la vergüenza, encarar la frustración, defender a un amigo, resistir a la persuasión, afrontar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, responder ante una acusación, expresar opiniones y resistir la presión de grupo.
- *Habilidades de planeación*: Motivación en actividades nuevas, identificar problemas, lograr una meta, autoconocer sus capacidades, obtener información, establecer prioridades, tomar decisiones y planear antes de actuar.

Estas habilidades específicas son evaluadas a través de una escala tipo Likert que van desde 1. Nunca hasta 5. Siempre y con dos preguntas (a) que exploran ante quién se presenta o no la habilidad y (b) y bajo que contexto ocurre.

4.2.3. Diseño

Esta investigación se realizó desde un diseño *retrospectivo* o *exposfacto* caracterizado por el enfoque no experimental, esto es, una investigación sistemática y empírica en que las variables no son manipuladas y se observa la situación ya existente para después ser analizados, (esto se logró, revisando la base de datos del proyecto general, y especialmente de los dos instrumentos ya mencionados, de las generaciones 2008-2010) y *transeccional* debido a su dimensión temporal en la que se recolectaran los datos, *descriptivo* porque se buscó indagar la incidencia y valores que se manifestaron en las variables (Depresión, H. S., con significación de las diferencias sexo, carreras y generación)

y *correlacional* porque describe la relación determinada en una o más variables, es decir buscando la relación existente entre las Habilidades sociales y la depresión (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

4.3 Método

4.3.1 Participantes

Participaron estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ubicada en la colonia los Reyes, Iztacala, municipio de Tlalnepantla Edo. De México. La mayoría de los estudiantes que asisten a esta institución son de nivel socioeconómico medio. Su edad oscila entre los 18 a 25 años. La base de datos del Proyecto general consta de evaluaciones de cuatro generaciones de estudiantes (2008 a 2011), mismas que fueron realizadas en un muestreo aleatorio proporcional. En este trabajo sólo se tomaron los datos de las tres primeras generaciones. Para el análisis se tomó una muestra de 2548 estudiantes (788 hombres y 1760 mujeres), de las tres generaciones, en la tabla 2, se observan las muestras evaluadas por sexo, carrera y generación:

Tabla 2. Características de la muestra

Generación	Carrera											
	Medico Cirujano		Psicología		Optometría		Cirujano Dentista		Biología		Enfermería	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2008	85	200	30	107	21	45	44	114	8	7	13	69
2009	100	167	56	191	23	30	56	114	74	94	37	145
2010	72	150	33	64	12	27	63	113	47	56	14	67
Total por sexo	257	517	119	362	56	102	163	341	129	157	64	281
Total	774		481		158		504		286		345	

Todos participaron voluntariamente previa firma de consentimiento informado, en los casos de menores de 18 años se solicitó la firma de autorización de los padres y/o tutores.

4.3.2 Materiales

- Batería Psicológica, que contiene el Cuestionario de Depresión CES-D, de Casullo (1994) y La Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para adolescente, EEHSA (Ríos, 2002).
- Lector óptico
- Lápices del número 2 o 2 ½
- Consentimiento informado
- Hojas de respuestas
- Equipo de computo
- Paquete Estadístico SPSS versión 19
- Base de datos generación 2008, 2009 y 2010.

4.3.3. Escenario

Todas las evaluaciones fueron realizadas de manera grupal en los propios salones de los estudiantes y en el auditorio de la Unidad de Biomedicina (UBIMED) de la FES Iztacala. De manera previa los estudiantes firmaron la hoja de consentimiento informado.

La tesista sólo participó en la evaluación de la generación 2011, aunque el interés del trabajo fue analizar en un estudio retrospectivo las tres generaciones ya mencionadas.

4. 3. 4. Procedimiento

Etapa 1 Contacto con el Proyecto General

Antes de comenzar este proyecto de investigación, se tuvo contacto con la Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña, responsable del proyecto general Patógenos Conductuales y Enfermedades Crónico degenerativas en estudiantes universitarios de la FESI, quien explico cómo sería la participación de la sustentante en el proyecto general y como de ahí se podría desprender un proyecto de investigación para lograr el título en la licenciatura de psicología.

Etapa 2. Evaluación

Se colaboró en la aplicación de la batería psicológica de la generación 2011. En primera instancia se invitó a los jóvenes (quienes ya habían sido informados por la dirección de la FESI y Jefatura de Carrera de Psicología) a que participaran en dicha evaluación, se visitaron los salones que aleatoriamente habían sido seleccionados con anterioridad, para informar la fecha y el lugar de la evaluación, y se les entregó el consentimiento informado.

Durante las fechas de la evaluación los jóvenes se presentaron por grupos, quienes tenían 2 horas para contestar la batería, misma que contestaron en dos momentos con un intervalo de 30 minutos de descanso entre el primero y segundo en un horario de 7:00 a.m. a 12 p.m. Ya en la aplicación, se registró la asistencia de los jóvenes y se les entregó el cuadernillo con sus respectivas hojas de

respuesta. Las responsables del proyecto general dieron las instrucciones del llenado de la batería, comenzando por los datos sociodemográficos. Tres personas atendían cualquier duda al contestar cada una de las pruebas.

Conforme terminaban de contestar la batería psicológica se recogían los cuadernillos, se revisaba que hayan contestado todo, y se les informaba que día podían pasar por sus resultados.

Etapa 3. Inicio del proyecto particular

1. Se buscó en la base de datos, derivada del Proyecto general, los valores obtenidos en el CES-D de Casullo, 1994 y en la EEHSA de Ríos, 2002. Así como los datos sociodemográficos, sexo y carrera profesional de los estudiantes de las generaciones 2008-2010.
2. Se analizaron los reactivos del instrumento de depresión y habilidades sociales para conocer los indicadores o puntuaciones obtenidos por el estudiantado de las 6 carreras generaciones 2008-2010.
3. Se buscaron las diferencias significativas entre las variables Depresión y Habilidades Sociales con el sexo, carrera y generación, a través de la Prueba T de Student para grupos independientes y el Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA Oneway).
4. Se analizó la relación existente entre la Depresión y Habilidades sociales, con el Coeficiente de correlación de Pearson.
5. Finalmente se planteó una propuesta de intervención.

4.4 Resultados

Los resultados se presentan en tres apartados principales, en primer lugar lo encontrado en cuanto a los indicadores de depresión, así como la significación de las diferencias por sexo, carrera y generación; en segundo lugar y de manera semejante se presentan los datos sobre las habilidades sociales y en tercer lugar el análisis de la relación entre estas dos variables.

4.4.1 Indicadores depresivos.

De acuerdo con la distribución porcentual de depresión en la muestra total se encontró que el 41% de los alumnos no presentaron depresión, el 38% mostró depresión moderada y el 20% de los estudiantes presentaron depresión severa, es decir, la quinta parte de la población evaluada reportó depresión severa véase figura 1.

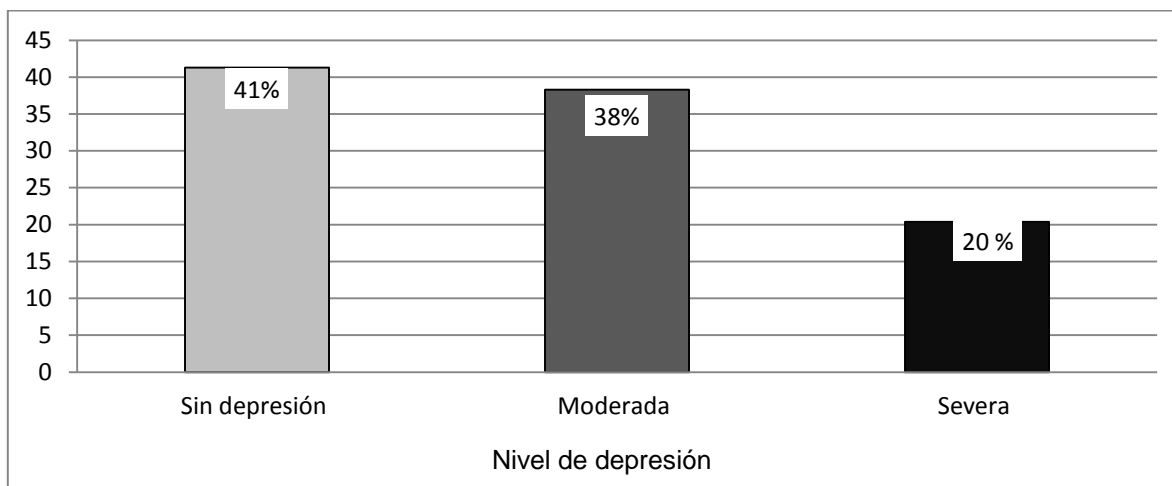


Figura 1. Distribución porcentual de depresión: muestra total.

4.4. 1. 1. Depresión; comparación por sexo.

Con respecto a las variables de depresión y sexo (ver figura 2) se puede apreciar una mayor presencia de depresión en mujeres en los niveles moderada (40%) y severa (23%), con respecto a los varones en ambos niveles 31% y 17% respectivamente.

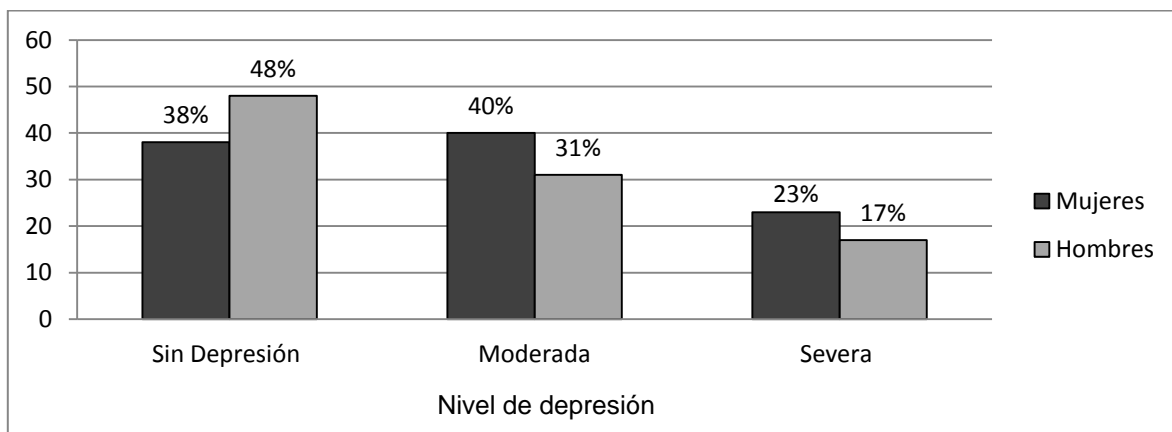


Figura 2. Distribución porcentual de depresión: diferencias de sexo

Mientras que en la tabla 3, se muestran las puntuaciones obtenidas por el alumnado; donde puede observarse que 384 mujeres y 134 hombres presentaron depresión severa y, 704 mujeres y 271 hombres presentaron depresión moderada.

Sexo	Nivel de Depresión		
	Sin depresión	Moderada	Severa
Mujeres	671	704	384
Hombres	383	271	134

Para conocer la significación de las diferencias entre hombres y mujeres se aplicó una prueba T de Student para grupos independientes, estos resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Significación de las diferencias por sexo

	Género al que pertenece el estudiante	Media	t	gl	Sig
Puntaje de Cuestionario CES D de M	Femenino	16.14	5.189	2531	.000
	Masculino	13.96			

Los resultados mostraron diferencias altamente significativas entre mujeres₁ y hombres₂ ($\bar{x}_1= 16.15$ y $\bar{x}_2= 13.95$; $t=5.254$, $gl=2553$, $p<.01$) con respecto a la depresión.

4.1.1. 2. Depresión; comparación entre carreras profesionales

En la figura 3, se ilustran los resultados de los indicadores depresivos en cada una de las carreras profesionales. En ella se observa que todos los estudiantes de las distintas carreras presentaron niveles de depresión moderada y severa. De forma más específica los estudiantes de Optometría, Enfermería y Cirujano Dentista (42%) presentaron un nivel moderado de depresión. Mientras que los de Psicología (22%) y los de Cirujano Dentista (21%) obtuvieron mayor porcentaje en el nivel severo.

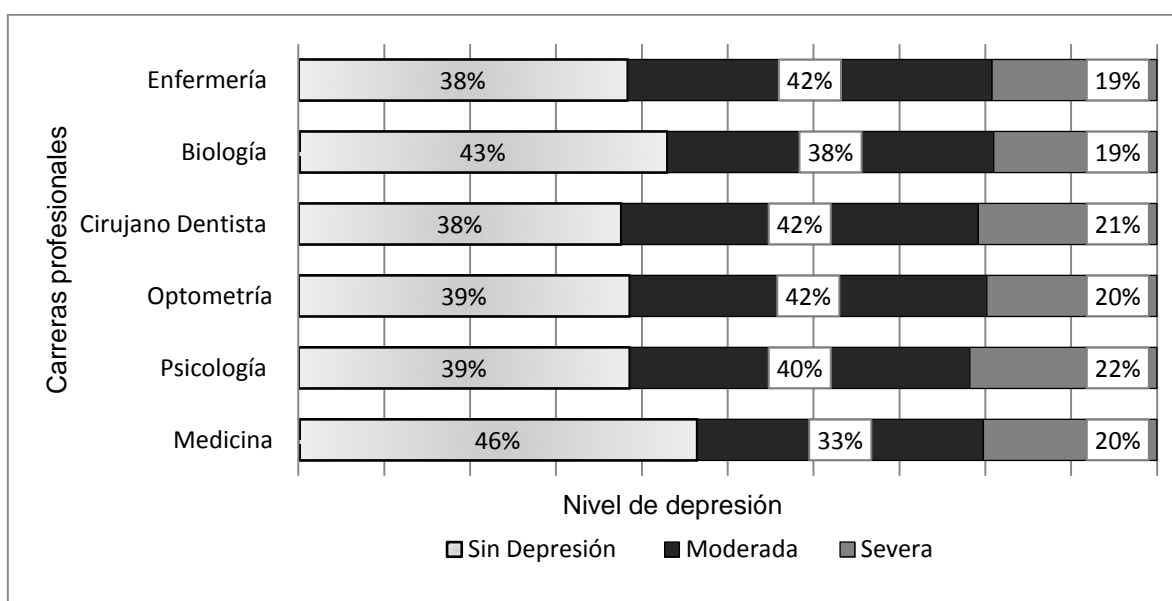


Figura 3. Distribución porcentual de depresión: muestra total diferencias de carreras profesionales

En la tabla 5 se muestran el número de estudiantes sin depresión, depresión moderada y severa en cada una de las carreras profesionales.

Tabla 5. Nivel de depresión por carrera profesional.

Carreras Profesionales	Nivel de depresión			Total de estudiantes evaluados
	Sin depresión	Moderada	Severa	
Medicina	364	255	157	776
Psicología	188	193	105	486
Optometría	61	66	31	158
Cirujano Dentista	192	211	105	508
Biología	124	110	56	290
Enfermería	133	147	68	348

Se observa que existe una mayor población con depresión moderada en los estudiantes de las carreras de Psicología (193), Optometría (66), Cirujano Dentista (211) y Enfermería (147). Aunque también se presenta la depresión severa con mayor número de estudiantes en la carrera de Medicina (157) y en segundo lugar en los de Psicología (105) y Cirujano Dentista (105) y en tercero, cuarto y quinto lugar respectivamente, quedan los estudiantes de Enfermería (68), Biología (56) y Optometría (31).

Además se aplicó un Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA Oneway), para conocer si la depresión difiere significativamente entre los estudiantes de cada una de las carreras, los resultados mostraron que las diferencias no son estadísticamente significativas, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Significación de las diferencias de depresión en las distintas carreras profesionales.

	Sumas de cuadrados	gl	Media	F	Sig.
EntreGrupos	756.986	5	151.397	1.576	.163
IntraGrupos	245934.997	2560	96.068		
Total	246691.983	2565			

4.4. 1.3 Depresión; comparación por generaciones

En la figura 4, se ilustran los resultados obtenidos por los alumnos de las tres generaciones evaluadas. Se puede observar de manera general presencia de depresión moderada y severa en todas las generaciones. Con mayores porcentajes en depresión severa y moderada encontramos el 26% y 20% en las generaciones 2008 y 2010, respectivamente. Mientras que el 59% de alumnos de la generación 2010 y el 42% son de la generación 2008 reportaron depresión moderada y en menor medida los alumnos de la generación 2009 con 21%. La generación que reporto mayor ausencia de este trastorno fue la generación 2009 con el 62%.

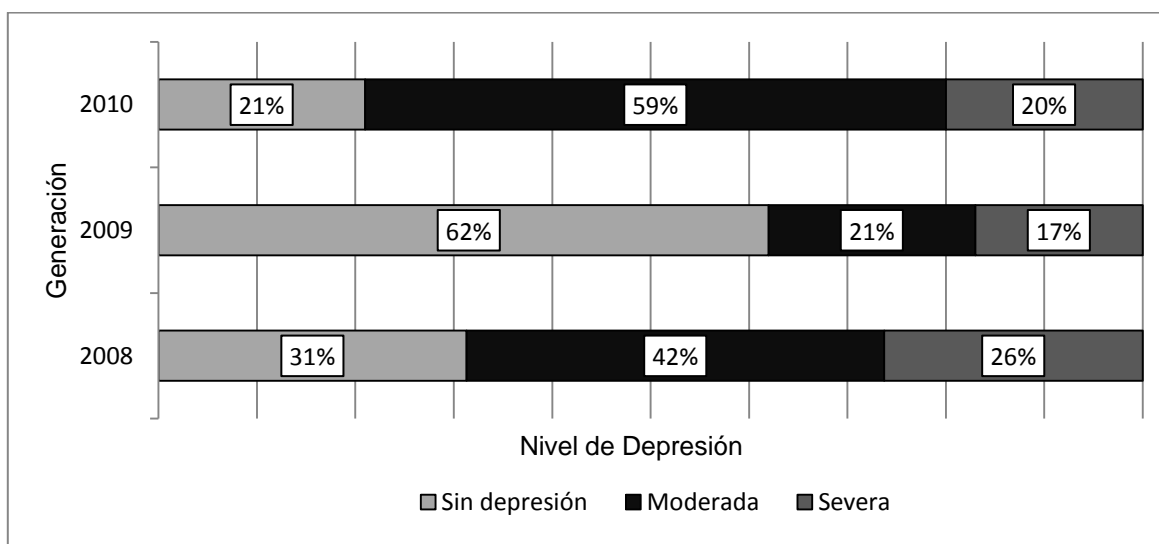


Figura 4. Distribución porcentual de depresión por generación: muestra total.

Continuando con esta tendencia en la tabla 7 se muestran niveles de depresión en las generaciones evaluadas.

Tabla 7. Muestra los niveles de depresión por generación.

Generación	Nivel de depresión			Total de estudiantes evaluados
	Sin depresión	Moderada	Severa	
2008	234	318	198	750
2009	680	236	182	1098
2010	150	432	145	727

Se puede observar mayor presencia de depresión moderada en la generación 2008 (318) y 2010 (432). Mientras que la depresión severa tiene mayor presencia en la generación 2008 (198), seguida por la generación 2009 (182) y 2010 (145).

De acuerdo con el ANOVA Oneway se encontró que existen diferencias altamente significativas ($F=97.291$, $p>0.01$). Encontrándose que los de la generación 2009 tienen menor presencia de depresión con respecto a los de la generación 2008 y 2010.

Tabla 8. Significación de las diferencias de depresión en las generaciones evaluadas (2008-2010).

	Suma de cuadrados	gl	Media	F	Sig.
EntreGrupos	17391.554	2	18.605	97.201	.000
IntraGrupos	229917.301	2570	89.462		
Total	247308.855	2572			

De manera general se puede decir que se encontró mayor presencia de depresión en mujeres con respecto a los hombres cuyas diferencias son altamente significativas ($p > 0.01$). Mientras los estudiantes de las carreras de Optometría, Enfermería, Psicología y Cirujano Dentista, reportaron mayor incidencia en los niveles depresivos moderado y severo, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas. Y los alumnos de las generaciones 2008 y 2010 reportaron mayor presencia de depresión respecto a las generación 2009, cuyas diferencias también resultaron altamente significativas ($p > .001$).

4.4.2 Indicadores de habilidades sociales

En la figura 5, se observa que el 46% de la muestra total presentan déficit en habilidades sociales, el 32% cuenta con un repertorio normal y solamente el 21% de la muestra presentó puntuaciones altas en habilidades sociales.

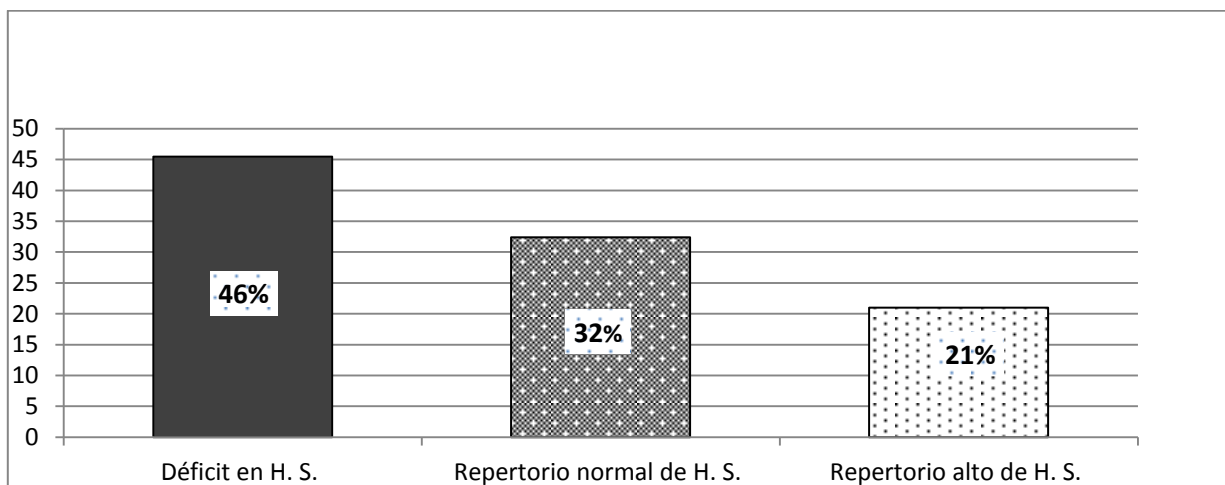


Figura 5. Distribución porcentual de Habilidades sociales: muestra total

4.4.2.1. Habilidades sociales; comparación por sexo

Con respecto a la variable sexo se encontró que mujeres (46%) y hombres (45%) reportaron deficiencias en las destrezas sociales. Mientras que los hombres (24%) reportaron mayores conductas sociales que las mujeres (20%).

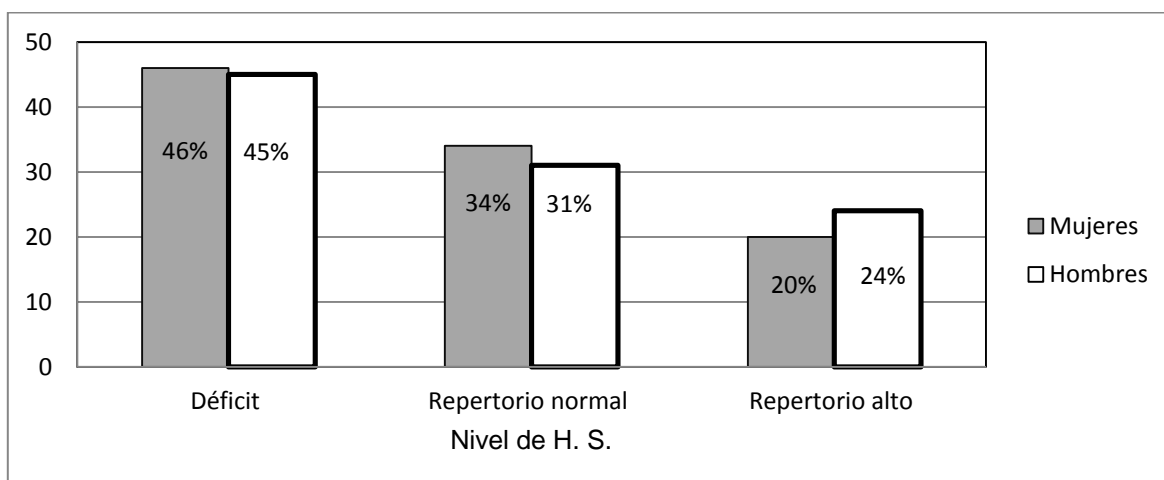


Figura 6. Distribución porcentual de H.S: diferencia de sexo

En la tabla 9, se muestran los resultados de habilidades sociales por sexo, se observó que 810 mujeres y 354 hombres presentaron deficiencias para relacionarse de manera adecuada. Mientras que 352 mujeres y 186 hombres cuentan con un repertorio alto en H.S.

Tabla 9. Nivel de habilidades sociales por sexo.

Sexo	Nivel de habilidades sociales		
	Déficit	Repertorio normal	Repertorio alto
Mujeres	810	598	352
Hombres	354	245	186

En un análisis por factor de las H.S. los resultados mostraron de manera general que la mayoría de los casos reportaron déficit en los repertorios sociales, con mayor tendencia hacia las mujeres, específicamente en los factores; afrontamiento al estrés (873), manejo de sentimientos (868), avanzadas (812), planeación (769), básicas (727) y alternativas a la agresión (719). En el caso de los hombres los factores con mayor deficiencia fueron; manejo de sentimientos (396), afrontar el estrés (375), avanzadas (344), alternativas a la agresión (330), planeación (322) y básicas (308). Véase tabla 10.

Tabla 10. Habilidades sociales por factor: diferencias por sexo

Factores evaluados	Nivel de habilidades sociales					
	Déficit		Repertorio normal		Repertorio alto	
	M	H	M	H	M	H
Básicas	727	308	533	234	484	248
Avanzadas	812	344	442	208	509	239
Manejo de sentimientos	868	396	410	172	486	221
Alternativas a la agresión	719	330	644	250	395	210
Afrontar al estrés	873	375	476	205	407	209
Planeación	769	322	536	230	455	238

Al analizar la significación de las diferencias de las H. S. entre hombres y mujeres, con la prueba T de Student para muestras independientes, dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas como se muestra en la tabla 11

Tabla 11. Significaciones de las diferencias de habilidades sociales y sexo.

	Género	Media	T	gl	Sig.
Puntaje total de H.S.	Femenino	193.84	-1.528	2525	.127
	Masculino	195.18	-1.522		

4.4.2.2. Habilidades sociales; comparación por carrera profesional.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de los factores de H. S. por carreras profesionales. Se encontró de manera general que los estudiantes de las 6 carreras presentaron déficits en las habilidades para el manejo de sentimientos,

estrés y avanzadas, seguidas por las habilidades de alternativas a la agresión, básicas y planeación. (Véase figura 7).

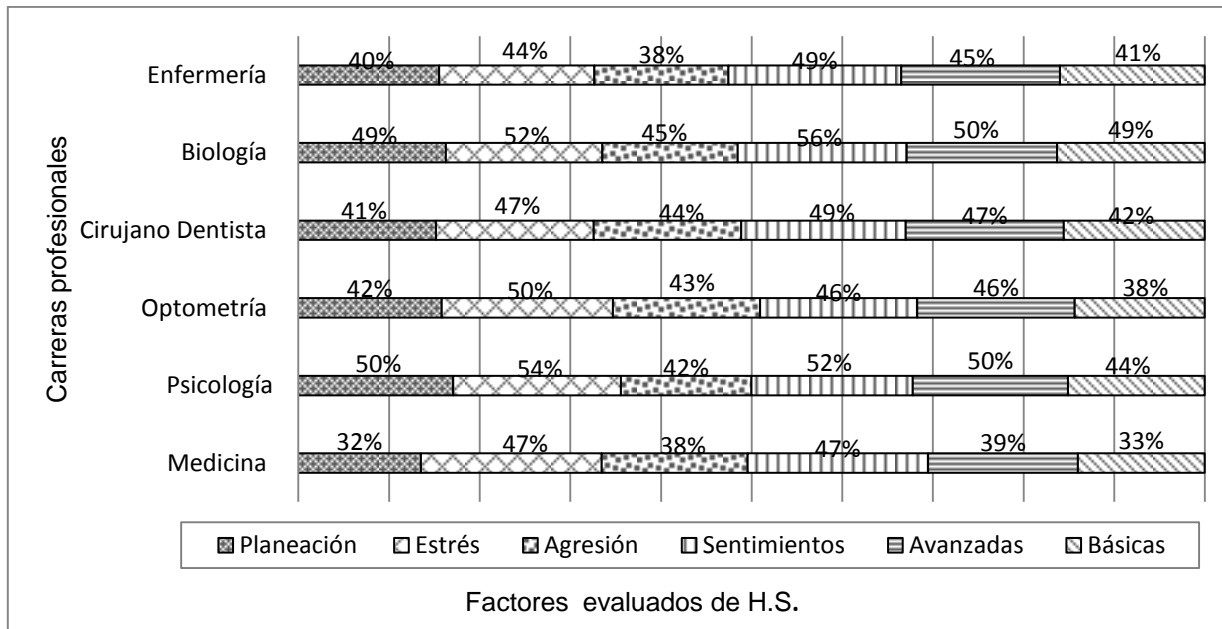


Figura 7. Distribución porcentual de H. S. muestra total: diferencias por carrera

A continuación se presentan los puntajes obtenidos en cada uno de los factores de H. S. y las carreras profesionales. En la figura 8, se observa que los alumnos de las carreras de Biología (49%), Psicología (44%) y Cirujano Dentista (42%) presentan mayor deficiencia en las habilidades *básicas*, es decir, presentan mayor dificultad para escuchar, mantener una conversación, presentarse etc. Y aunque en menor medida, también los alumnos de Enfermería (41%), Optometría (39%) y los de Médicos Cirujanos (33%) presentaron déficit en este factor. (Véase figura 8).

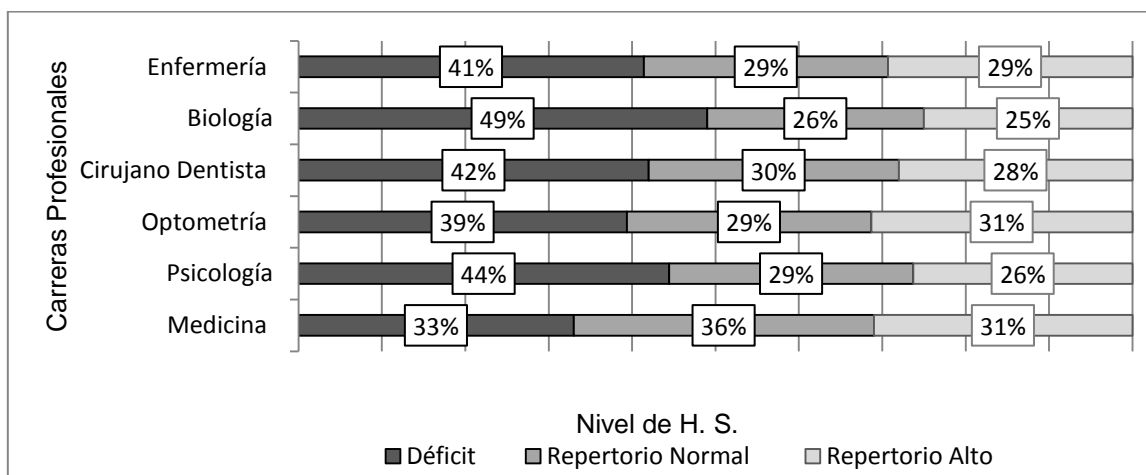


Figura 8. Distribución porcentual H.S. básicas por carrera.

En la tabla 12 se observan el número de estudiantes con habilidades básicas en casa una de las carreras profesionales

Tabla 12. Muestra el número de universitarios en los diferentes niveles de H. Básica

Carreras profesionales	Nivel de H. S. Básicas			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
Medicina	258	275	243	776
Psicología	215	142	128	486
Optometría	61	46	49	158
Cirujano Dentista	215	150	141	506
Biología	142	76	72	290
Enfermería	143	102	102	347

De manera general se puede observar que los alumnos de las distintas carreras presentaron más déficits que los que tienen repertorio alto. Del total de alumnos evaluados en cada carrera, los de Psicología (215), Optometría (61), Biología (142), Enfermería (143) y Cirujano Dentista (215), tienen una mayor población con deficiencias en esta habilidad.

En el factor de las *habilidades avanzadas*, que involucra destrezas sociales tales como: pedir ayuda, trabajar en grupo, dar instrucciones ó seguirlas, disculparse y convencer a otros. Los estudiantes que tienen menor desempeño fueron: los de Psicología (50%), Biología (50%) y los Cirujano Dentista (47%) seguidos por los de Enfermería (46%), Optometría (46%) y los Medicina (39%) respectivamente. Se

puede observar que es mayor la población con deficiencias en este factor. Como se ilustra en la figura 9.

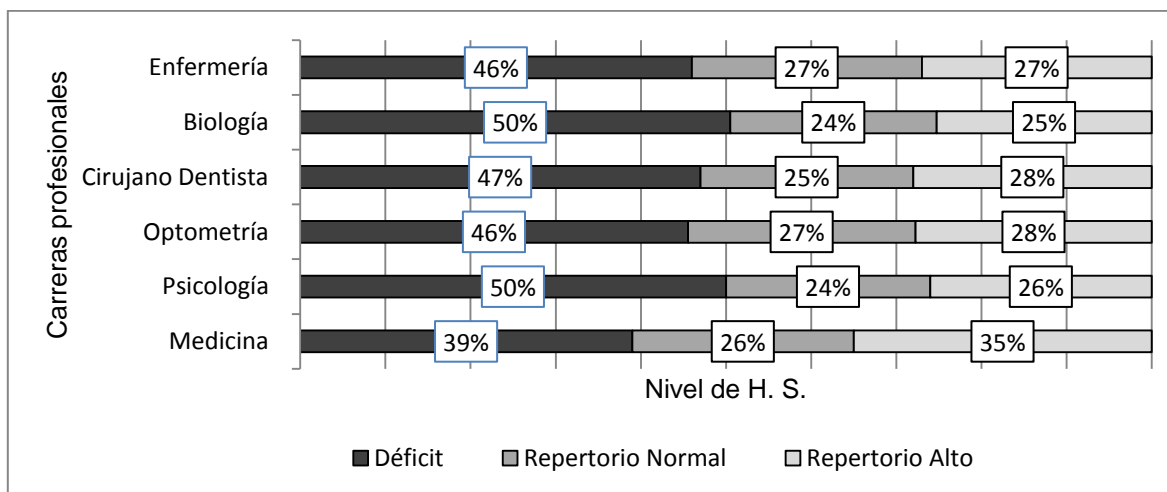


Figura 9. Distribución porcentual de H. S. avanzadas por carrera.

En la tabla 13 se muestra los casos de los estudiantes en los diferentes niveles de habilidades avanzadas en las diferentes carreras profesionales.

Tabla 13. Muestra los casos en los diferentes niveles de H. Avanzadas

Carreras profesionales	Nivel de H. S. Avanzadas			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
Medicina	305	200	271	776
Psicología	243	118	125	486
Optometría	72	42	44	158
Cirujano Dentista	237	127	144	508
Biología	142	76	72	290
Enfermería	143	102	102	347

Teniendo en cuenta el total de los estudiantes evaluados se puede observar que la población reportó mayor déficits en este factor con respecto a los que reportaron un repertorio normal y un repertorio alto. De la población con déficits en habilidades avanzadas se ubican en primer lugar los alumnos de Medicina (305), Psicología (243), Cirujano Dentista (237), seguidos por los de Enfermería (143), los de Biología (142) y Optometría (72).

En las habilidades para el *manejo de los sentimientos*, que se refiere a identificar y conocer los sentimientos propios, entender los de otros, mostrar afecto, afrontar el miedo y autovalorarse. De manera general se encontraron (véase figura 10) deficiencias en el manejo de las habilidades de este factor, sin embargo, los estudiantes con menor destreza fueron los de Biología (55%), Psicología (52%) y Cirujano Dentista (49%), seguidos por los de Enfermería (48%), los de Medicina (47%) y los de Optometría (46%). Solo pocos estudiantes mostraron un repertorio normal y alto en el manejo de sentimientos.

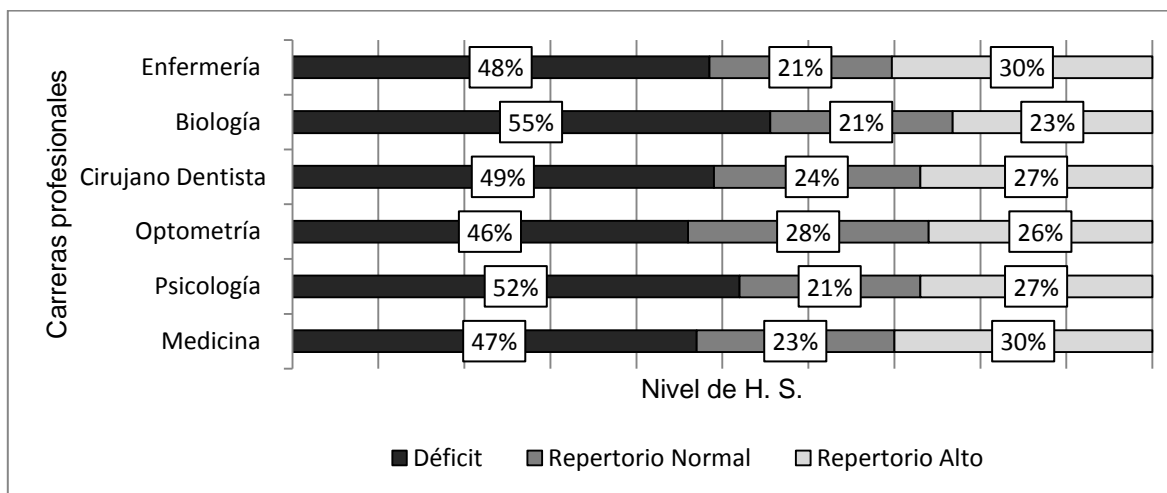


Figura 10. Distribución porcentual de H. S. para el manejo de sentimientos por carrera.

En la tabla 14 se muestran los indicadores reportados por los estudiantes en el factor social de manejo de sentimientos.

Tabla 14. Muestra el número de universitarios en los diferentes niveles de H. para el manejo de sentimientos.

Carreras profesionales	Nivel de H. para manejo de sentimientos			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
Medicina	362	180	233	776
Psicología	254	103	129	486
Optometría	73	44	41	158
Cirujano Dentista	247	124	136	507
Biología	161	62	67	290
Enfermería	169	74	105	348

Se puede notar que del total de estudiantes evaluados en cada una de las carreras profesionales hubo déficits para el manejo de sentimientos, y estos indicadores representan casi la mitad de la población con respecto a que presentaron un repertorio normal y alto de las habilidades de este factor.

Con respecto al factor de *alternativas a la agresión*, que consiste en pedir permiso ó lograrlo, ofrecer una ayuda ó ayudar a otros cuando lo solicitan, negociar, autocontrolarse, defender sus derechos, afrontar la burla, evitar peleas y problemas. Se encontró que los alumnos de las carreras profesionales con menor destreza fueron: los Cirujano Dentista (49%), seguidos por los de Biología (45%), los de Psicología (43%) y los de Optometría (43 %), obtuvieron el mismo porcentaje al igual que los de Médico Cirujano (38%) y los de Enfermería (38%) (Véase figura 11).

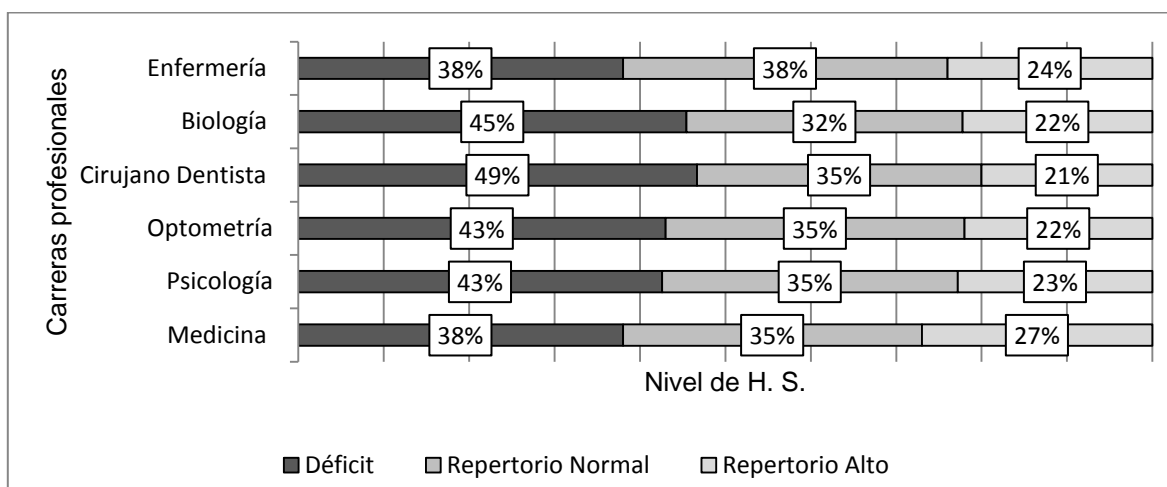


Figura 11. Distribución porcentual de H. alternativas a la agresión por carrera.

Del mismo modo en la tabla 15 se muestran los resultados del factor que evalúa las habilidades *alternativas a la agresión*. Puede observarse que los alumnos de cada una de las carreras reportaron mayores déficits en las habilidades de este factor con respecto a los que presentaron niveles normales y altos.

Tabla 15. Muestra el número de universitarios en los diferentes niveles de H. para la agresión.

Carreras profesionales	Nivel de H. alternativas a la agresión			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
Medicina	292	273	211	776
Psicología	206	166	109	481
Optometría	68	56	34	158
Cirujano Dentista	224	178	106	508
Biología	131	94	65	290
Enfermería	131	131	84	346

. En el caso de los estudiantes de Enfermería y Biología se encontró igual número de casos con déficit (131) y de repertorio normal (131).

En cuanto al factor de *afrentamiento al estrés*, que evalúa las habilidades para expresar opiniones, afrontar la vergüenza, encarar la frustración, resistir la persuasión, afrontar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, entre otras; los alumnos de las carreras que obtuvieron mayor déficit de esta habilidad fueron; los de Psicología (54%), Biología (52%) y Optometría (50%), continuando con los Cirujano Dentista (48%), los de Enfermería (47%) y Medicina (47%). Mientras que los estudiantes que reportaron mayor manejo de estas habilidades fueron; los de Cirujano Dentista (27%), los de Medicina (26%) y Enfermería (24%), como puede observarse en la figura 12.

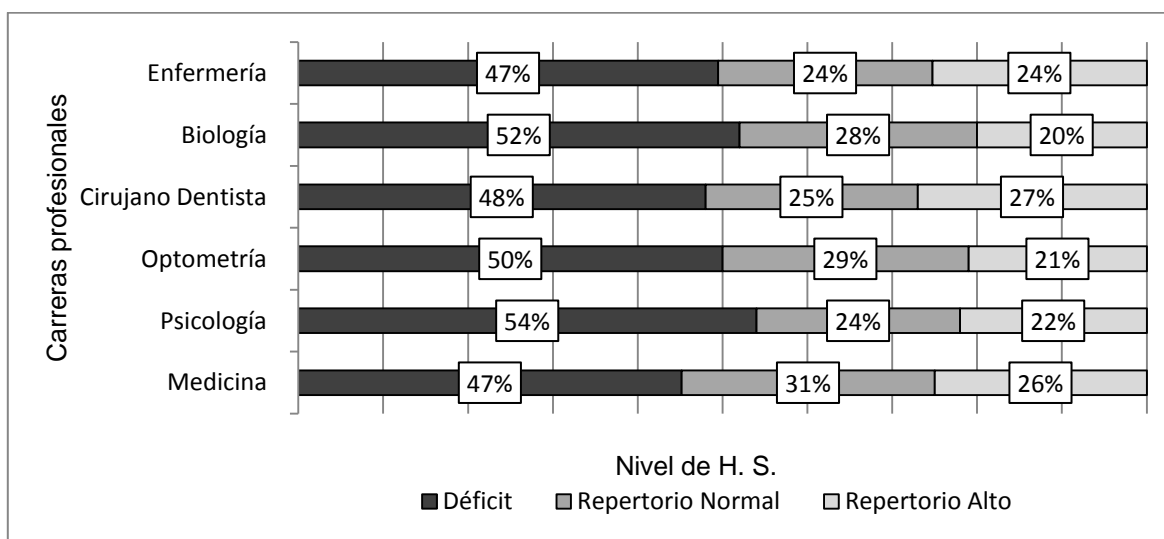


Figura 12. Distribución porcentual, manejo de estrés por carrera.

Así mismo la tabla 16 muestra el número de estudiantes en los diferentes niveles para *afrontar el estrés* por carrera profesional.

Tabla 16. Muestra el número de universitarios en los diferentes niveles de H. para afrontar el estrés.

Carreras profesionales	Nivel de H. afrontamiento al estrés			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
Medicina	361	214	200	775
Psicología	262	115	104	481
Optometría	79	46	33	158
Cirujano Dentista	241	127	139	507
Biología	152	81	57	290
Enfermería	161	100	84	345

Se puede observar que en cada una de las carreras evaluadas todos los estudiantes reportaron déficit para afrontar el estrés de forma ascendente, es decir, hay mayor población con déficit, seguidos por el repertorio normal hasta llegar al repertorio alto, exceptuando los alumnos de Cirujano Dentista que tienen 241 casos en déficits, 127 con repertorio normal y con repertorio alto 139.

Finalmente en el factor de *habilidades de planeación*, que implica realizar nuevas actividades, motivación en nuevas actividades, identificar problemas, lograr una meta, autoconocer sus capacidades, establecer prioridades, tomar decisiones y planear antes de actuar. Se encontró que los alumnos con poca habilidad para llevar a cabo estas actividades fueron: los de Psicología (50%), los de Biología (49%), los de Optometría (42%) y Cirujano Dentista (42%), Enfermería (40%) y Medicina (38%) respectivamente. Mientras que los alumnos que reportaron mayor manejo de estas habilidades fueron los de Medicina (29%), Optometría (29%) y Cirujanos Dentistas (29%) respectivamente (véase figura 13).

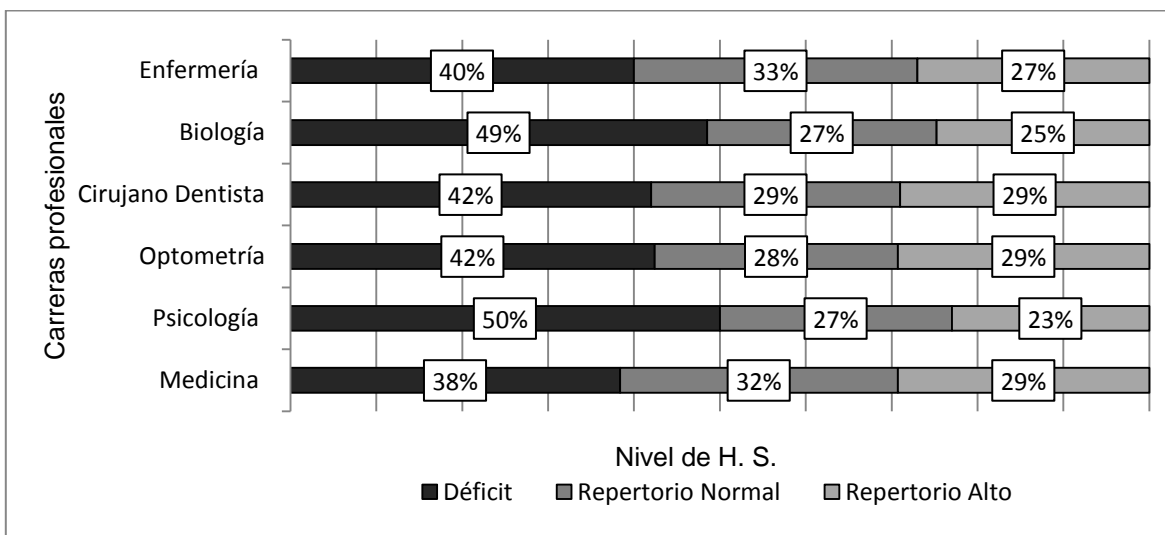


Figura 13. Distribución porcentual de la habilidad de planeación por carrera.

En la tabla 17 se muestra el número de estudiantes en cada uno de los niveles de *habilidades de planeación* por carrera, encontrándose mayores casos con deficiencias en estas habilidades respecto a los repertorios normales y altos.

Tabla 17. Muestra los casos por niveles de H. para la planeación

Carreras profesionales	Nivel de H. para la planeación			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
Medicina	298	250	228	776
Psicología	244	131	111	486
Optometría	67	45	46	158
Cirujano Dentista	210	149	146	505
Biología	141	77	72	290
Enfermería	138	114	94	346

También se aplicó un análisis ANOVA (Oneway) para analizar la significación de las diferencias entre carreras en los factores de habilidades sociales evaluadas, estos resultados se muestran en la tabla 18

Tabla 18. Significación de las diferencias en áreas evaluadas de H.S. y carrera profesional.

		Suma de cuadrados	gl	Medias	F	Sig.
H. Inicio	Inter-Grupos	337.875	5	75.575	5.185	.000
	Intra-grupos	37227.859	2554	14.576		
	Total	37605.734	2559			
H. Avanzada	Inter-Grupos	268.458	5	53.692	5.617	.000
	Intra-grupos	24461.548	2559	9.559		
	Total	24730.005	2564			
H. para manejar sentimientos	Inter-Grupos	132.632	5	26.526	2.057	.068
	Intra-grupos	32983.847	2558	12.894		
	Total	33116.479	2563			
H. Alternativa a la agresión	Inter-Grupos	313.945	5	62.789	2.967	.011
	Intra-grupos	54019.395	2553	21.159		
	Total	54333.340	2558			
H. para afrontar el estrés	Inter-Grupos	522.117	5	104.423	2.715	.019
	Intra-grupos	98060.710	2550	38.455		
	Total	98582.827	2555			
Habilidad de planeación	Inter-Grupos	355.333	5	71.067	3.870	.002
	Intra-grupos	46936.238	2556	18.363		
	Total	47291.571	2561			
Puntaje total de H.S.	Inter-Grupos	9774.769	5	1954.954	4.782	.000
	Intra-grupos	1035052.83	2532	408.789		
	Total	1044827.60	2537			

De acuerdo con los resultados obtenidos se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para las habilidades de inicio ($F= 5.185$, $p>.001$), avanzadas ($F= 5.617$, $p>.001$), alternativas a la agresión ($F= 2.967$, $p>.05$), para afrontar el estrés ($F= 2.715$, $p>.05$) y habilidad de planeación ($F= 3.870$, $p>.001$) y en el puntaje total de habilidades sociales ($F= 4.782$, $p>.001$), exceptuando la habilidad para manejar los sentimientos ya que no se encontraron diferencias significativas en las habilidades sociales de este factor.

En un análisis Post Hoc, se encontró que los estudiantes de Médico Cirujano poseen mayores habilidades de inicio que los alumnos de psicología ($p>.05$) y biología ($p>.05$), así como los de Odontología con respecto a los de biología ($p>.05$). En las habilidades avanzadas, el estudiantado de la carrera de Médico Cirujano tiene mayor destreza social que los alumnos de Psicología ($p>.01$), Odontología ($p>.05$), Biología ($p>.001$) y Enfermería ($p>.05$). De la misma manera los estudiantes de la carrera Médico Cirujano tienen mayor habilidad en alternativas a la agresión y afrontamiento al estrés con respecto a los jóvenes estudiantes de la carrera de Biología ($p>.05$). En el área de planeación Medicina tiene mayor habilidad que Psicología ($p>.05$) y Biología ($p>.05$). Por último en el puntaje total se encontró que la carrera de Medicina tiene mayor destreza social que Psicología ($p>.05$) y Biología ($p>.001$).

4.4.2.3 Habilidades sociales; comparación por generaciones.

Con respecto al análisis por generación de manera general, se pudo observar que casi la mitad de la población evaluada tiene déficits en H. S., siendo los estudiantes de la generación 2009 que reportaron mayor déficit (47%), seguidos por los estudiantes de la generación 2008 (46%) y los de la generación 2010 (45%), ver figura 14.

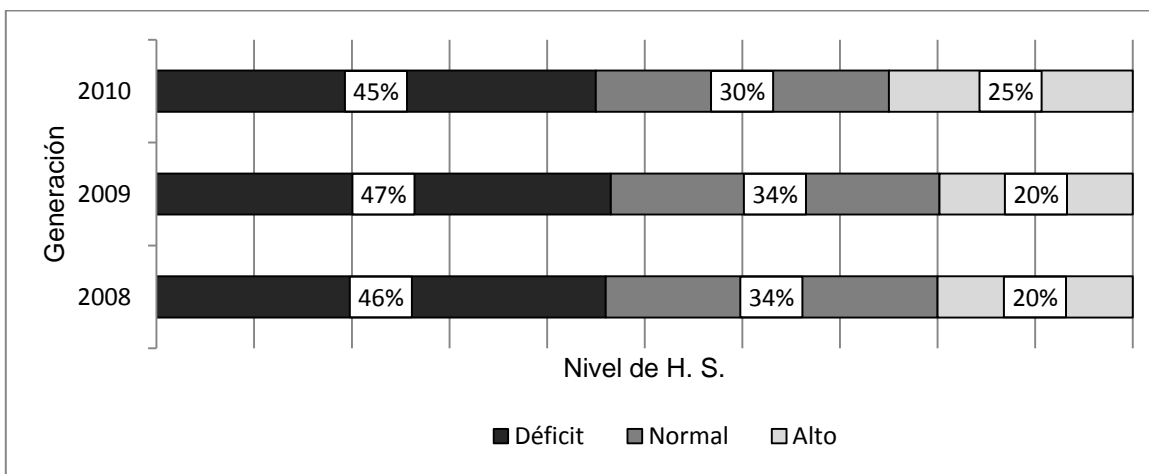


Figura 14. Distribución porcentual de habilidades sociales por generación.

La tabla 19 muestra las frecuencias de casos por generación en cada uno de los niveles de de habilidades sociales

Tabla 19. Muestran los casos por nivel de Habilidades Sociales por generación

Generación	Nivel de habilidades sociales			Total de estudiantes evaluados
	Déficit	Repertorio Normal	Repertorio Alto	
2008	335	244	145	724
2009	512	372	215	1097
2010	325	219	182	726

Se observó que gran parte de la población evaluada tiene dificultades para relacionarse de manera adecuada. Tomando en cuenta el total de estudiantes evaluados se podría decir que los alumnos de la generación 2010 resultan ser ligeramente más hábiles con respecto a los alumnos de la generación 2008.

Un análisis de varianza demostró diferencias significativas entre los factores de H. S. de inicio y para manejar los sentimientos entre generaciones (Véase tabla 20).

Tabla 20. Significación de las diferencias en áreas evaluadas de H. S. y generación.

		Suma de cuadrados	gl	Medias	F	Sig.
Habilidades de inicio	Inter- Grupos	199.871	2	99.936	6.817	.001
	Intra- grupos	37584.872	2564	14.659		
	Total	37784.743	2566			
H. para manejar sentimientos	Inter- Grupos	90.832	2	45.416	3.505	.030
	Intra- grupos	33275.262	2568	12.958		
	Total	33366.094	2570			

Las áreas donde se encontraron las diferencias significativas fueron; habilidades de inicio ($F=6.817$, $p>.01$) y habilidad para manejar sentimientos ($F=3.505$, $p>.05$) en las generaciones evaluadas. Siendo la generación 2010 más hábil que 2008 y 2009, en ambos factores de habilidades sociales.

De manera general se encontró que el déficit en H.S. es mayor en mujeres respecto a los hombres, aunque dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Los estudiantes presentaron menor destreza en manejo de estrés, sentimientos y habilidades avanzadas. Las carreras con menores habilidades fueron Biología, Psicología y Cirujano Dentista, encontrándose diferencias significativas ($p>.05$). Mientras que los resultados por generaciones demostraron que 2010 fue más hábil respecto a 2008 y 2009.

4.4.3 Habilidades sociales y depresión

Finalmente un análisis de la relación de habilidades sociales y depresión a través de la r de Pearson, reveló una relación negativa altamente significativa ($r= -.316$, $p>.01$) entre depresión y el puntaje total de H.S.), así como en cada uno de los

factores; inicio ($r=-.236$, $p>.01$), avanzadas ($r=-.232$, $p>.01$), manejo de sentimientos ($r=-.253$, $p>.01$), alternativas a la agresión ($r=-.260$, $p>.01$), afrontamiento al estrés ($r=-.255$, $p>.01$) y habilidad para planear ($r=-.252$, $p>.01$). Con lo cual se puede afirmar lo enunciado en una de las hipótesis de trabajo la cual mencionaba que a mayores habilidades sociales menores puntuaciones de depresión y viceversa. .

4.4.4. Análisis y conclusión

De acuerdo con el objetivo de la presente investigación; la cual consistió en analizar en un estudio retrospectivo los indicadores depresivos, las habilidades sociales y analizar la relación existente entre estas dos variables, así como las diferencias de sexo, entre los estudiantes de las seis carreras profesionales que se imparten en la FES Iztacala, de tres generaciones, con la finalidad de proponer una estrategia preventiva, y tomando en cuenta los resultados que se mostraron previamente, se puede tomar en cuenta varias consideraciones.

Se identifica de manera general que la población estudiantil de la FES Iztacala, presenta de depresión, moderada y severa. Así como un déficit en habilidades sociales. Lo que resulto estar relacionado significativamente con la depresión, es decir, que a mayor habilidad social menor depresión y a menor habilidad social mayor depresión.

La depresión que sufren los estudiantes universitarios puede ser explicada por las exigencias académicas, familiares y sociales a las que están sometidos. Alrededor de los jóvenes existen expectativas, es decir, se espera que ellos en esta etapa formen un plan de vida y se preparen para ser adultos responsables, económicamente productivos, que obtengan un estatus prominente, sin embargo, en ocasiones existen una discrepancia entre lo que se espera y lo que realmente ocurre con estos estudiantes.

Otras de las posibles causas que se relacionan con la depresión según Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003), son la inestabilidad económica, el diagnóstico de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, separación de los padres. Así mismo los estudiantes con depresión se perciben fracasados, están en descontento consigo mismos, se culpabilizan de lo que ocurre, pocas veces tienen esperanza y confianza en el futuro, les cuesta trabajo empezar algo nuevo, se sienten tristes continuamente y no pueden dejar de estarlo, se sienten irritados continuamente. Además de que los estudiantes con depresión severa en alguna ocasión han intentado suicidarse.

Se ha advertido que la cifra de casos con episodios depresivos puede aumentar (Excélsior, 2011, Mayo 3). El estrés al que son sometidos, su desmotivación e inseguridad son otros factores que se relacionan con la depresión.

Si los jóvenes no cuentan con amplio espectro de habilidades en ocasiones se les puede dificultar definir lo que quieren lograr en su vida, saberse lo suficientemente capaces para lograrlo y que ello les genere una satisfacción. De acuerdo con Velázquez, et. al. (2008, citado en Garrido, Ortega, Escobar, y García, 2010) las habilidades sociales pueden generar vínculos hacia el éxito, ya que desarrollan la habilidad para evaluar las situaciones por las que atraviesan de manera positiva, el manejo adecuado de sus relaciones interpersonales, así como los sentimientos de bienestar contribuyen a la tranquilidad y al desarrollo de estrategias de afrontamiento .

Las habilidades sociales son consecuentes una de otra, desde las habilidades básicas o de inicio, avanzadas hasta las habilidades de planeación. Por ejemplo si no se sabe escuchar (H. Inicio) difícilmente se podrá mantener una conversación (H. Inicio). Si no se sabe planear actividades (H. Planeación) la carga de trabajo puede aumentar, por ende el nivel de ansiedad o estrés puede aumentar, si no se puede lidiar con el estrés (H. Afrontamiento al estrés), se puede generar un estado

agresivo con los demás etc. Las habilidades sociales abarcan muchos factores y por ello se puede dar atención a cada factor para lograr un mayor éxito.

Por otra parte, se observó que las mujeres tienen mayores indicadores depresivos con respecto a los hombres. Lo cual puede explicarse con dos vertientes desde el plano biológico y psicosocial. De acuerdo con un periódico electrónico (Informe 21, Junio 6) las mayores tasas de ansiedad y depresión que se dan entre las mujeres, lo cual podrían tener una base biológica, según un estudio realizado en el Hospital Infantil de Filadelfia, en Estados Unidos. En un experimento realizado en ratas descubrieron que las señales de estrés funcionan de manera diferente en las hembras que en los machos, además de que los machos se adaptan mejor al estrés debido a una proteína importante que logra la internalización en sus células cerebrales, a diferencia de las hembras. Sin embargo en el estudio se argumenta que debido a que los mecanismos biológicos de ratas y en humanos son diferentes y no se puede asegurar que este proceso sea propiamente de la especie humana. Otras hipótesis biológicas plantean la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X y la fisiología endocrina femenina como responsables de la tasa de depresión (Bebbington, 1998; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977). Además se habla de que las mujeres pueden tener mayores episodios depresivos debido a el síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas con la tiroides entre otros.

La teoría psicoanalítica sostiene que las mujeres son más propensas a la depresión ya que tienden a reprimir más emociones (Calderón, 1999). Así mismo se ha documentado que las mujeres expresan sus emociones más libremente que los varones, y sin embargo autores como Mirowsky y Ross (1995, citado en Matud et. al. 2005) refieren que esto no explica las diferencias de género en la depresión. Empero desde la óptica de esta investigación se considera que el hecho de que una mujer pueda hablar más sobre su sentir puede influir para que ellas sean quienes reporten más depresión que hombres.

Así mismo las teorías psicosociales arguyen que los roles de género han influenciado en la socialización de las mujeres ya que han aprendido una suerte de indefensión en pro de la feminidad, lo que genera que ante situaciones estresantes se vean limitadas para hacerles frente. Esto coincide con Matud, Guerrero y Matías (2005) quienes sostienen que la mayor presencia de depresión en las mujeres se explica a partir de roles de género más allá que de factores biológicos.

Si bien es cierto que las mujeres reportaron mayor depresión, tanto mujeres como hombres reportaron deficiencias en habilidades sociales específicamente en los factores para afrontar el estrés, manejo de sentimientos y en habilidades avanzadas. Según Martín (2007) el estrés académico más importante se hace presente en periodos de exámenes, el estudio para preparar los exámenes y trabajos finales. Además de que el rendimiento académico, la motivación para estudiar está relacionado con el estado de salud y bien estar. El estrés académico afecta el estado emocional salud física o las relaciones interpersonales, aumenta el consumo de cafeína, tabaco, tranquilizantes llevando a la aparición del trastornos de salud

Por otra parte, Fernández y Extremera (2007) sugieren que saber identificar y conocer los sentimientos, permite al joven manejarlos y regularlos adecuadamente, expresarlos. Saberse dueño de sus emociones favorece una adaptación más apropiada al ambiente. Así como la atención a los problemas, se forma un juicio acorde con lo que sentimos y en función de los sentimientos se toman perspectivas diferentes. Si los alumnos están felices o tristes, enfadados o eufóricos o hagan o no un uso apropiado de su IE para regular y comprender sus emociones puede incluso, determinar el resultado final de su rendimiento académico y posteriormente a su dedicación profesional. Así también si se reconocen e identifican los sentimientos propios es más fácil lograr una empatía con los familiares, amigos, pareja o incluso en el ámbito profesional.

Una persona con depresión difícilmente logrará enfocar su atención a su entorno, ya que se encuentra inmerso en pensamientos absolutistas y derrotistas, lo que imposibilita visibilizar un futuro agradable. El manejo de las emociones tiene la capacidad para tolerar la frustración, sentirse relajado y alcanzar metas que se contemplan inalcanzables.

Entonces con mayor razón se puede explicar la presencia y prevalencia de la depresión en los estudiantes universitarios, ya que se ha encontrado que el estrés se relaciona con la depresión (Riveros, et. al. 2007) así como la escasa expresión de sentimientos, ya que si no se tiene un conocimiento y manejo de emociones con dificultad podrá proyectarse una mejor calidad de vida. Los alumnos que se sienten ansiosos, enfurecidos o deprimidos no aprenden, ya que no asimilan la información de manera eficaz y no la manejan bien (Casas, 2003). Entonces los alumnos deprimidos no solo ven afectado sus relaciones interpersonales, sino su rendimiento académico. Además si se toma en cuenta que también existe un déficit en las habilidades avanzadas, que implica pedir ayuda también puede dar pie a que los jóvenes con depresión tendrán mayor dificultad en solicitar un apoyo profesional para atender este trastorno.

Los estudiantes de la FES Iztacala están y estarán constantemente interactuando con pacientes, es importante que ellos cuenten con un repertorio amplio de habilidades sociales para poder generar un ambiente de confianza a aquellas personas que recibirán su atención clínica.

Los estudiantes que reportaron mayores deficiencias para expresar sentimientos fueron los alumnos de psicología, odontología y biología. La importancia de saber que carreras profesionales presentan mayor depresión y deficiencias en habilidades sociales es que a partir de estos datos se puede hacer un análisis más detallado y de corte cualitativo a través de una entrevista estructurada que permita indagar qué sucede con los jóvenes estudiantes de la FES Iztacala, cuál es su

sentir, qué pasa en su entorno, qué ocurre dentro de sus aulas, la convivencia con sus maestros, con sus compañeros, amigos parejas sentimentales y familia.

Tener conocimientos sobre el nivel de depresión y habilidades sociales en las generación, es relevante ya que se puede saber un aproximado de cuántos jóvenes estudiantes ingresan a esta institución con depresión. Se considera pertinente empezar a dar atención a los jóvenes que haya reportado depresión así como dar un seguimiento. Además de hacer una evaluación posterior a las generaciones que en su primer momento fueron evaluadas al inicio de la carrera profesional, así como en su egreso, esto con la finalidad de saber si el nivel de depresión aumentó o se mantuvo.

Así mismo se retoma la importancia de que los estudiantes desarrollen y potencialicen su habilidades sociales ya que Friedman y Di Matero (1979, citado en Rubio y Jiménez 1998) refirieron que: “No se trata de que el profesional de la salud trate al usuario como –persona- sino que asuma el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica o fundamental del proceso de curación, y por tanto, parte integrante de los cuidados que presta”. También Rubio y Jiménez (1998) expresaron que los profesionales deben dominar habilidades cognitivas (conocimientos sobre la materia), técnicas (manejar instrumentos) y sobretodo habilidades de comunicación, para poder hacer un ejercicio profesional satisfactorio, lograr una mayor adherencia al tratamiento y el paciente se sienta cómodo al acudir al sector salud.

Desde la perspectiva de esta investigación se considera prioridad que los jóvenes resuelvan situaciones que los aquejan, que trabajen a nivel terapéutico situaciones desagradables que pueden afectar su quehacer profesional. Así mismo el EHS puede ser una alternativa de solución al trastorno de depresión, sin perder de vista que se puede empelar con otras técnicas terapéuticas, por ejemplo Nezu, Maguth,

y Lombardo (2006), sugieren algunas propuestas para el tratamiento de la depresión:

1. Disminuir el pensamiento disfuncional
2. Mejorar la capacidad de resolución de problemas
3. Mejorar las habilidades de autocontrol
4. Mejorar las tasas de refuerzo positivo
5. Aumento de las habilidades sociales e interpersonales

Por ello en esta investigación se hace una propuesta de intervención a los jóvenes estudiantes que fueron evaluados. Además de que este trabajo puede ser una aportación más al campo de las habilidades sociales y depresión en México con población universitaria.

Por otra parte se sugiere la prevención de la depresión a través de talleres, conferencias, asesorías psicológicas individuales, es ahora cuando se puede actuar, no se considera necesario que este trastorno se extienda y sea incontenible para el sector salud.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Presentación del taller

El EHS se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, en este caso la depresión. El EHS se puede definir (Curran, 1985, citado en Caballo, 1993) como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos para mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales.

Las premisas que subyacen al EHS son:

1. Las relaciones interpersonales para el desarrollo y el funcionamiento psicológico.
2. La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
3. Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativas que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.
4. Esos estilos y estrategias pueden especificarse y enseñarse
5. Una vez aprendidos esos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas.
6. La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

Lo que se busca es que la persona descubra, redescubra y potencialice sus habilidades para hacer frente a situaciones de la vida que le genere algún malestar. El EHS implica cuatro objetivos del EHS, que son a) el entrenamiento en habilidades, b) la reducción de ansiedad, c) la reestructuración cognitiva, y d) el entrenamiento en solución de problemas.

Las habilidades sociales también desarrollan el cuidado a sí mismo, a pedir lo que desean a protegerse de peticiones poco razonables y críticas y abrirse a los demás.

Objetivo General:

- Que el alumno adquiera y desarrolle habilidades sociales al final del taller.

Específico:

- Que el alumno aprenda a relajarse y disminuir niveles de ansiedad.
- Que el alumno identifique creencias irracionales
- Que el alumno entrene habilidades específicas de acuerdo a cada factor.

Población:

- Estudiantes universitarios que previamente fueron evaluados para esta investigación

Cupo:

- Limitado a 8 o 12 personas.

Sistema de Trabajo:

El coordinador (a) se presentará antes los participantes y explicará la estructura de trabajo. Para iniciar el taller al EHS primeramente se procederá a evaluar (Pre-Test) el nivel de habilidades sociales, depresión y ansiedad a través de los siguientes instrumentos. Cuestionario de Depresión CES-D, de Casullo (1994) adaptado por Ríos, 2008 para población de estudiantes universitarios y la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA) de Ríos (2002), e ISRA (1997). A partir de las evaluaciones realizadas se logrará identificar

a los participantes que requieren un poco más de atención en el desarrollo del taller y tener en cuenta sus áreas de oportunidad. De acuerdo con Gil y León (1998) se procederá a iniciar el taller con un entrenamiento en relajación que favorecerá la actuación socialmente adecuada, a través de la respiración controlada. Siguiendo con la propuesta que hace Lange, Rimm y Ioxley (1978, citado en Gil y León, 1998) se procederá a informar a los participantes y crear un sistema de creencias que mantengan el respeto por sus derechos, es importante que sepan que tiene derecho a expresarse sin ser agredidos. Así como de las respuestas asertivas, agresivas y pacíficas y las consecuencias de cada una. Posteriormente se abordarán la reestructuración cognitiva, la importancia de identificarlos y como estas afectan a las relaciones interpersonales. Una vez preparados en estas técnicas se procederá al EHS, se retomaran una o dos habilidades de cada factor, por ejemplo, habilidades de inicio, escuchar; habilidades avanzadas, pedir ayuda y disculparse así sucesivamente, lo que se busca es entrenar todos los factores de habilidades sociales destacando, lo que se considera, las habilidades más importantes y que pueden generalizarse más rápido. El procedimiento estará basado en el EHS que propone Caballo (1993) y Ríos (2007) se presentara una situación “problema”, el participante actuará como usualmente respondería a esa situación, posteriormente se procederá al modelado de la conducta, instrucciones para que el participante lleve a cabo la conducta y retroalimentación sobre su desempeño, y las tareas en casa para generalizar las conductas. Hay que señalar que primero se realizarán todas las conductas sin ser entrenadas, y estas serán grabadas, inmediatamente después se procederá a la proyección de las mismas para después pasar al modelado y posteriormente se volverá a grabar el EHS, nuevamente se volverá a proyectar las actividades. Finalmente el coordinador (a) realizará otra evaluación (Post-Test) para conocer el impacto del taller y verificar que los niveles de depresión y ansiedad haya disminuido y que los niveles de HS haya aumentado.

Duración:

- Constará de 9 sesiones de dos horas cada una, siendo un total 18 horas, cabe aclarar que la duración estará a consideración de la institución en donde se realice y las facilidades que pueda proporcionar.

Evaluación general:

- La evaluación será con el 80% de asistencias y el 20% de tareas en casa.

Contenido temáticos:

Sesión No. 1. Pre- Test y Presentación del taller

Sesión No. 2. Derecho a la expresión y relajación

- El alumno conocerá la importancia de expresar sus opiniones, sentimientos etc.
- El alumno será capaz de relajarse

Sesión No. 3. Asertividad y reestructuración cognitiva

- Conocer y diferenciar las respuesta asertivas, agresivas y pacificas
- Identificar las creencias irracionales

Sesión No. 4. Entrenamiento de habilidades de inicio y avanzadas

- El alumno entrenará su habilidad para escuchar
- El alumno entrenará su habilidad para pedir ayuda

Sesión No. 5. Manejo de emociones

- El alumno identificará y conocerá los sentimientos propios
- El alumno entrenará la habilidad para afrontar el miedo

Sesión No. 6. Alternativas a las agresiones

- El alumno entrenará la habilidad para defender sus derechos
- El alumno entrenará la habilidad para afrontar la burla

Sesión No. 7. Encarar el estrés

- El alumno entrenará la habilidad para encarar la frustración
- El alumno entrenará la habilidad para afrontar el fracaso

Sesión No. 8. Habilidades de planeación

- El alumno será capaz de identificar un problema
- El alumno será capaz de lograr una meta

Sesión No. 9 Pos- Test y cierre del taller

Bibliografía sugerida.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España. Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

Del Prete, A., Álvarez, A. y Lozano, L. (2004). *Entrenamiento en habilidades sociales para reducir indicadores depresivos en adolescentes mexicanos*. México. Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria.

Gil, R. F., León R. J. M. y Jarana, E. L. (1995). *Habilidades sociales y Salud*. Madrid. Biblioteca Eudema.

BIBLIOGRAFÍA

- Acerca de la UNAM. (2010). En: <http://www.unam.mx/acercaunam/es/>. Visitado el día 28 de diciembre de 2010.
- Argyle, M. (1981) *The nature of social Skill*. Londres, Methuen (I). En: Vilchis, G. (1999). *Entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes de secundaria como una alternativa para reducción de la depresión: un estudio longitudinal*. Tesis Maestría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amézquita, González, y Zuluaga Amézquita, M., González, R. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión en los estudiantes universitarios: una primera aproximación y algunas aportaciones metodológicas. *Revista colombiana de Psiquiatría XXXII (004)*.
- Anguiano, S. S., Vega, V. C., Nava, Q. C. Y Soria T. R. (2010). Habilidades Sociales en Universitarios, Adolescentes y Alcohólicos en Recuperación de un Grupo de alcohólicos. *LIBERABIT 16(1): 17-26*.
- Argyle, M. y Kendon, A. (1967). *The experimental analysis of social performance*. En: Gil, R. F., León R. J. M. y Jarana, E. L. (1995). *Habilidades sociales y Salud*. Madrid. Biblioteca Eudema.
- Argyle, M. , Furnahm, A. y Graham, J. A. (1981). *Social situations*. Cambridge: Cambridge University Press. En: Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación*; tr. Rios Saldaña- México, Manual Moderno.
- Arrivillaga, Q. M., Cortés, G. C., Goicochea, J. V. y Lozano, O. T. (2003). *Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios*. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 3 (1): 17-26.
- Aries (1963). En Ruiz, G. M. M. y Villa, G. J. D. (2000). *A cada uno le llega su hora*. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Javerino (CEJ).

- Bebbington, P. E. (1998), Nolen-Hoeksema, S. (1990) y Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). En: Matud, M. P. Guerrero, K. y Matías, G. R. (2005). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*. 6 (001), pp. 7-21.
- Bermejo, C. B. & Fernández B. J. M. (2010). Habilidades sociales y resolución de conflictos en centros docentes de Andalucía (España). *Revista Educación Inclusiva*. 3 (2) pp. 65-76.
- Butler y Gruson (1998) En Vilchis, G. (1999). *Entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes de secundaria como una alternativa para reducción de la depresión: un estudio longitudinal*. Tesis Maestría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España. Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Calderón, N. G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Casas, F. (2003). *El aprendizaje y las emociones*. Costa Rica. La nación. pp. 20.
- CES-D de M. M. Casullo (1994). México, 2004.
- Celis de la Rosa, A. (2003). *La salud de adolescentes en cifras*. *Salud Pública de México*. Scielo Public Health 2003; 45 (1). En: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s003636342003000700019&script=sci_arttext
- Contreras, C. (2011) Ataca depresión a estudiantes. El estrés en la escuela y en la casa provoca en los jóvenes trastornos mentales y suicidio. *Excelsior*, 2011, Mayo 3.

- Contreras, B. S. A. & Salvador, M. P. (2008). *Depresión y Habilidades Sociales en adolescentes de secundaria de dos contextos Geográficos: Estatal Vs Urbana*. Tesis Licenciatura Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Consejo de población del distrito federal, COPO. (2007). En: http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia_inter_juventud.html. Visitado el día 2 de marzo de 2011.
- Curra, J. P. (1985) Social skill therapy: A model and treatment. En R. M. Turner y I. M. Asher (comps) Evaluation behavior therapy outcome En: Caballo, 1993 *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España. Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación*; tr. Rios Saldaña- México, Manual Moderno.
- Del Prete, A., Álvarez, A. y Lozano, L. (2004). *Entrenamiento en habilidades sociales para reducir indicadores depresivos en adolescentes mexicanos*. México. Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria.
- Den Boer J. y Ad Sitse.J (1994). Handbook of depression and anxiety. A biological Approach Marcel de Dekker. New York. (I) En Vilchis, G. (1999). *Entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes de secundaria como una alternativa para reducción de la depresión: un estudio longitudinal*. Tesis Maestría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes, EEHSA de Ríos, S. M. R. (2002). Evaluación Psicológica en el área clínica. México. Pax.
- Ellis (1978) En: Contreras, B. S. A. & Salvador, M. P. (2008). *Depresión y Habilidades Sociales en adolescentes de secundaria de dos contextos Geográficos: Estatal Vs Urbana*. Tesis Licenciatura Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Encuesta Nacional de Juventud (2005) citado en Instituto Mexicano de la Juventud. IMJUVE (2008). *Dirección de investigación y estudios sobre juventud*. En: <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/Perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20México.pdf> Visitado el día 2 de marzo de 2011.

Fernández, B. P. y Extremera, P. N. (2007). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *OEI- Revista Iberoamericana de educación*, pp 1-7.

Freud, S. (1957) En: Contreras, B. S. A. & Salvador, M. P. (2008). *Depresión y Habilidades Sociales en adolescentes de secundaria de dos contextos Geográficos: Estatal Vs Urbana*. Tesis Licenciatura Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Friedman y Di Matero (1979) En: León, R., J.M. Y Jiménez, C. (1998). *Psicología de la Salud. Asesoramiento al personal sanitario*. Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. Capítulo 4. *Entrenamientos en habilidades sociales para los profesionales de la salud*.

Garay, S. A. (2004). *Integración de los jóvenes en el sistema universitario. Prácticas sociales, académicas y de consumo cultural*. Barcelona- México: Ediciones Pomares, S. A.

Gil, F. y León, R. J. M. (1998). *Habilidades Sociales. Teoría, Investigación e intervención*. España. Síntesis.

Gil, F y García S. M. (1995). Conceptos y modelos explicativos de las habilidades sociales. En Gil, R. F., León R. J. M. y Jarana, E. L. (1995). *Habilidades sociales y Salud*. Madrid. Biblioteca Eudema.

Gil, R. F., León R. J. M. y Jarana, E. L. (1995). *Habilidades sociales y Salud*. Madrid. Biblioteca Eudema.

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 Panamericana de Salud*. 25 (2).

Gutiérrez, R.J.A., Montoya, V.P.L., Toro, I.B.E., Briñón Z. M. A., Rosas, R. E. & Salazar Quintero L. E. (2010). Depresión de estudiantes universitarios y su asociación con su rendimiento académico. *Ces Medicina* 24 (1) pp.7-17.

Hernández, G. (2009). *En México, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes*. <http://gillher.wordpress.com/2009/07/02/en-mexico-el-suicidio-es-la-segunda-causa-de-muerte-entre-los-jovenes/>. Visitado el día 11 de octubre de 2010.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, Mc Graw Hill.

Hidalgo, G. C. y Abarca, N. (1990). Desarrollo de las habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de psicología*. 22 (002) pp. 265-282.

Informe 21, (Junio, 6, 2010) En: <http://informe21.com/rita-j-valentino/biologia-explica-depresion-afecte-mas-las-mujeres-indico-estudio> . Visitado el 30 de marzo 2011.

Instituto Mexicano de la Juventud, IMJUVE. (2008). *Perspectiva de la juventud en México. Dirección de investigación y estudios sobre juventud*. En: <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/Perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20México.pdf>. Visitado el 2 de marzo de 2011.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2011). En: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.aspx?s=inegi&c=2766&ep=41>. Visitado el día 12 de mayo de 2011.

ISRA, Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (1997). TEA Ediciones. Madrid.

Kallmann (1950) En: Calderón, N. G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.

Lara M. E., Martínez F. C., Pandolfi P. M. P., Penroz C. K., Perfetti M. R. & Pino H. G, (2001). *Adulto Joven*. APSIQUE.

<http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven#intro>. Visitado el 23 de agosto de 2010.

- León, R., J.M. Y Jiménez, C. (1998). *Psicología de la Salud. Asesoramiento al personal sanitario*. Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. Capítulo 4. Entrenamientos en habilidades sociales para los profesionales de la salud.
- Matud, M. P. Guerrero, K. y Matías, G. R. (2005). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*. 6 (001), pp. 7-21.
- Marín, S. M. y León R. J. M. (2001). Entrenamiento de habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar la habilidad de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*.13 (2) pp. 247-251.
- Martín, M. M. I. (2007) Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*. 25 (1) pp. 87-99.
- Menelic, R. H. & Ortega, S. H. A. (1995). *La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón*. En: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=158836&indexSearch=ID>.
Revisado el 22 de agosto de 2010.
- Meichenbaum, Butler y Gridson (1981) En: Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España. Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1995) sex Differences In distress: Real o Artifact American Sociological Behavior, 37, 362-380. En: Matud, M. P. Guerrero, K. y Matías, G. R. (2005). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*. 6 (001), pp. 7-21.

- Monjas, C. M. (1999). Programa de enseñanza de habilidades sociales de interacción social (PEHIS) para niños y niñas de edad escolar. Madrid, CEPE. En: Bermejo, C. B. & Fernández B. J. M. (2010) Habilidades sociales y resolución de conflictos en centros docentes de Andalucía. *Revista Educación Inclusiva*. 3 (2) pp. 65-76.
- Nezu, A., Maguth, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos Cognitivos-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México. Manual Moderno. 63- 83.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2007). *Depresión*. En http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Visitado el 9 de agosto de 2010.
- Osornio, Méndez, Jiménez y López (2008). “*Evaluación de algunos factores asociados a la depresión en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano*” Coloquio de Investigación XXVIII de la FES Iztacala.
- Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Aragón. (2010). En: http://www.aragon.unam.mx/nuestra_facultad/FES/Aragon/Facultad.html. Visitado el día 21 de diciembre de 2010.
- Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán. (2010). En: <http://www.cuautitlan.unam.mx/actualidad.html>. Visitado el día 21 de diciembre de 2010.
- Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2010). En: http://www.zaragoza.unam.mx/organizacion/direccion/plan_desarrollo_2006_10.pdf. Visitado el día 21 de diciembre de 2010.
- Página Oficial de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (2010). En: http://www.iztacala.unam.mx/fesi_servicios_poredificio/misvisval.html. Visitado el día 21 de diciembre de 2010.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin R. (2004). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill. pp. 504-542.

- Pichot, P. López-Ibor, J. & Valdes, M. (1995) *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. México: Ed. Masson. pp.279-399.
- Portal de Estadística Universitaria. (2010). *La UNAM en números* En: <http://www.estadistica.unam.mx/numeralia/>). Visitado el día 8 de diciembre de 2010.
- Rosa, A. I., Inglés, J. C., Olivares, J., Espada J. P., Sánchez-Meca y Méndez, X. (2002). Eficacia del Entrenamiento de Habilidades sociales con adolescentes de menos a más. *Psicología Conductual*. 10 (3) pp. 543-561.
- Red Nacional Escolar, RENA (2008). En: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema7.html> Visitado el día 6 de octubre de 2010.
- Rios-Saldaña, M. R. (1986). *Detección y evaluación de los problemas del adolescente, la delincuencia como un ejemplo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ríos, S. M. R. (2010). *XXIX Coloquio de Investigación*. Celebrado en la FES Iztacala, del 25 al 27 de agosto de 2010.
- Ríos, S. M. R. (2002) Evaluación de habilidades sociales. En: Aragón, L. E. y Silva, A. (2002). *Evaluación psicológica*. México, Pax México. pp. 49 94
- Ríos, Osornio, Álvarez & Villalobos. (2006) *“Ansiedad, depresión y bienestar psicológico en adolescentes que inician estudios universitarios: diferencias de género”*. Coloquio celebrado en Toluca, Edo. De México.
- Rios, S. M. R. (2007). Manual de entrenamiento de habilidades sociales, intervención psicológica para adolescente: Ámbito clínico y de la salud. Cap. 24 Desarrollo de habilidades sociales y planeación. PSICOM editores.
- Rios, S. M. R., Osornio, C. L., Álvarez, G. M. A., Ramírez, G. A. I. y Guillen, C. D. M. (2009). *Perfil emocional, obesidad percibida e IMC en estudiantes universitarios: diferencias entre hombres y mujeres*. XXVIII Coloquio de investigación educativa.

- Riveros, Q. M., Hernández, V. H. & Rivera B. J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Faculta de Psicología*. UNMSM. 10 (1). pp. 91-102.
- Rosete Mohedano M. G. (2003) En: Riveros, Q. M., Hernández, V. H. & Rivera B. J. (2007). *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. *Faculta de Psicología*. UNMSM. 10 (1). pp. 91-102.
- Roth, U. E. (1986). *Cap. 3 Competencia social: El cambio del comportamiento y la comunidad*. México. Trillas.
- Rubio L. J. M. Y Jiménez, C. (1998) *Psicología de salud. Asesoramiento al personal sanitario*. Sevilla.
- Ruiz, G. M. M. & Villa, G. J. D. (2000). *A cada uno le llega su hora*. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Javeriano (CEJ).
- Salcedo, A. (2009). *Plan de desarrollo 2009-2013*. En: <http://www.acatlan.unam.mx/repositorio/general/Institucional/Plan-de-Desarrollo-2009-2013.pdf>. Visitado el día 21 de diciembre de 2010.
- Sánchez, A. M. Rivas, T. M. y Trianes, M. V. (2006). Eficacia de un programa de intervención para la mejores del clima escolar algunos resultados. *Revista Electrónica Psicoeducativa*. 9 (4) pp. 353-370.
- Secretaría de Salud, SSA. (2008) *Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS*. En: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>. Visitado el día 22 de mayo de 2011.
- Skinner (1953); Fester (1965); Lewinsohn (1974) y Castello (1972). En: Vargas-Mendoza, J. E. (2009). *Depresión Modelos Conductuales: México. Aplicación Oaxaqueña de Psicología A. C.* En: http://www.conductitlan.net/depresion_modelos_conductuales.ppt#29. Visitado el día 27 de agosto de 2010.
- Skinner, B. F. (1974), Fester, C. B. (1973) y Lewinsohn, P. M. (1974) En: Vargas-Mendoza, J. E. (2009). *Depresión Modelos Conductuales: México*.

Aplicación Oaxaqueña de Psicología A. C. En:
http://www.conductitlan.net/depresion_modelos_conductuales.ppt#29.
 Visitado el día 27 de agosto de 2010.

Soler, J. I. (2008). *El estudiante universitario: un perfil heterogéneo y un compromiso flexible*. @tic. revista d'innovació educativa, 2009; 2
<http://ojs.uv.es/index.php/attic/article/view/125/109>. Visitado el 5 de marzo de 2010.

Soriano R. N. Y., Ríos, S, M. R., Treviño, L. L R. y Álvarez, G. M. A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 14. (2) pp 245-260.

UNAM, *Población Escolar*. (2009-2010).
<http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/disco/xls/018.xls>. Visitado el día 30 de septiembre 2010.

UNAM, *Agenda Estadística*. (2010). En:
<http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/pdf/Agenda2010.pdf>.
 Visitado el 8 de Diciembre de 2010.

UNAM, *Población escolar por área de conocimiento* (2009-2010). En:
<http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/disco/xls/012.xls>). Visitado el día 30 de septiembre de 2010.

UNAM, *Población escolar por entidad académica*. (2010). En:
www.planeacion.unam.mx/Agenda/2010/disco/xls/017.xls). Visitado el 20 de diciembre de 2010.

Vargas-Mendoza, J. M. (2009) *Depresión: Modelos Conductuales*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología, A. C. En:
http://www.conductitlan.net/depresion_modelos_conductuales.ppt Visitado el día 27 de agosto de 2010.

Velázquez, C., Montgomery, U., Montero, M., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., Araki, R. y Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología*, 11, 139 – 152. En: Garrido, E., Ortega N., Escobar, J. y García R. (2010). Evaluación de la asertividad en estudiantes universitarios, con bajo rendimiento académico. *Revista Electrónica de Psicología*. 9.

Vilchis,G. (1999). *Entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes de secundaria como una alternativa para reducción de la depresión: un estudio longitudinal*. Tesis Maestría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Wilkison y Canterm (1982) En: Camacho, G. C. & Camacho, C. M. (2005) *Habilidades Sociales en adolescencia: Un programa de intervención*. *Revista Profesional de terapia Cognitivo- Conductual*. 1 (27) pp 1-27.

¿Qué es la UNAM? (2008) En:
http://www.unam.mx/acercaunam/es/pdf/QueEsUNAM_Espanol.pdf.
Visitado el día 8 de diciembre de 2010.