



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES
DE INGENIERÍA DE LA UNAM

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

AUGUSTO MAZATL BONILLA GARCÍA

DIRECTORA: DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

REVISOR: DR. JOSE ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

SINODALES

MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA

MTRA. NATALIA GALAN LOPEZ

MTRA. MARIA EUGENIA GUTIERREZ ORDOÑEZ



CIUDAD DE MÉXICO

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

*Si he logrado ver más lejos, es porque
he subido a hombros de gigantes.*

Isaac Newton

Quiero agradecer primero que nadie a mi madre, a quien dedico este trabajo. Una vez estando en tu propio examen profesional dijiste que llegaría el día en que yo estaría ahí enfrente y parece que ese día al fin ha llegado. No me cabe duda de que todo lo que soy te lo debo a ti. Tu amor, tu esfuerzo, tu determinación, tu carácter y tu compasión me motivan a convertirme en la mejor persona que puedo ser y confío que en el futuro serás para mí la mejor guía en este trayecto que llamamos vida. Siempre te llevo conmigo a donde quiera que voy, y eso, ni el tiempo ni las circunstancias podrán cambiarlo.

Agradezco también a mi familia por haberme brindado su amor, su paciencia y su ejemplo. Mis abuelos, mis tíos y mis primos son como un refugio en el que puedo guarecerme de las tormentas, son un bálsamo en tiempos de dolor y son una compañía inigualable cuando la felicidad hace presencia. A ellos debo tantas cosas que ni siquiera mi mejor esfuerzo por abarcar todas sus consideraciones hacia mí, puede hacerles justicia. Gracias por todo y espero devolverles algún día, aunque sea solo un poco de lo mucho que he recibido de ustedes.

También agradezco a la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez por su guía, su conocimiento y su paciencia (particularmente por su infinita paciencia), cualidades sin las cuales este trabajo quizás nunca se hubiera concretado. Lo digo en serio.

A mis amigos de la carrera Atenea, Axler, Betty y Gaby, cuya amistad siempre atesoraré. Ellos me enseñaron el valor de la compañía, de la tolerancia, de la conversación espontánea y de las palabras de aliento. El tiempo nos ha dispersado, pero a veces no puedo evitar repasar en mi mente todos aquellos momentos divertidos (y complicados también) que surgieron entre nosotros. Ustedes forman parte de mí y los abrazo en donde quiera que estén.

Quiero honrar también a Ailyn, Emma y Leonel mis amigos del INJUVE, quienes me han ayudado a encontrar mi lugar en esta complicada etapa de vida que llamamos adultez. De ellos he aprendido la importancia de la espontaneidad, de los paseos por calles desconocidas, la búsqueda de la belleza en los lugares insospechados y la calidez de un mensaje en un día difícil. Ustedes son las mejores personas que he podido conocer.

Por último, quiero agradecer a David por el todo el tiempo que compartimos. La despedida que tuvimos no fue la que hubiera deseado, y me disculpo por ello. Creo que hay personas que te ayudan a convertirte en la persona que terminas siendo y puedes estar agradecido, aunque no sigan siendo parte de tu vida para siempre. Me siento agradecido de haberte conocido y siempre te reconoceré como el mejor amigo que haya tenido. Donde quiera que vayas y en quien sea que te conviertas, yo te deseo lo mejor.

Niveles de Ansiedad y Depresión en estudiantes de Ingeniería de la UNAM

Índice:

Resumen.....	Pág. 3
Introducción.....	Pág. 4
Capítulo I: Depresión.....	Pág. 6
Capítulo II: Ansiedad.....	Pág. 33
Método.....	Pág. 64
Resultados.....	Pág. 70
Discusión y Conclusiones.....	Pág. 79
Referencias.....	Pág. 86

Resumen

El objetivo de esta investigación fue indagar a los estudiantes de Ingeniería respecto a dos trastornos emocionales: la depresión y la ansiedad. Para ello, se obtuvo una muestra no probabilística de 269 estudiantes de segundo semestre de la Facultad de Ingeniería de la UNAM en el campus de Ciudad Universitaria a quienes se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck. De los 269 participantes que cumplieron los criterios de inclusión, se determinó que el 58% puntuaba en un nivel patológico de ansiedad, y el 21% para un nivel clínico de depresión, siendo más proclives a estos padecimientos las mujeres (37.2% en cuanto a depresión y 70.2% en el caso de la ansiedad) y los originarios de la Ciudad de México (22,5% en el caso de la depresión y 61.1% en el caso de la ansiedad). Se concluyó que hay presencia de sintomatología de estos padecimientos entre la población universitaria de la Facultad de Ingeniería. **Palabras Clave:** Depresión, Ansiedad, Estudiantes Universitarios.

Abstract: The purpose of this research was to investigate Engineering students about two emotional disorders: depression and anxiety. To this end, a non-probabilistic sample was obtained of 269 second-semester students from the UNAM School of Engineering on the University City campus to whom Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory were applied. Of the 269 participants who met the inclusion criteria, it was determined that 58% scored at a pathological level of anxiety, and 21% for a clinical level of depression, with women being more prone to these conditions (37.2% in terms of depression and 70.2% in depression the case of anxiety) and those native to Mexico City (22.5% for depression and 61.1% for anxiety). It was concluded that there is presence of symptomatology of these conditions among the university population of the Faculty of Engineering. **Key Words:** Depression, Anxiety, University Students.

Introducción

A nivel mundial, la depresión ha sido descrita como la principal causa de discapacidad mundial y considerada a su vez como la principal causa de baja laboral, siendo afectadas alrededor de 300 millones de personas en el mundo por este trastorno (OMS, 2018). En cuanto a la ansiedad, la OMS considera que alrededor de 260 millones de personas padecen algún trastorno de ansiedad (OMS, 2017).

El presente trabajo pretende indagar en la situación de los estudiantes de Ingeniería en la UNAM, respecto a estos dos trastornos psicológicos. A partir de esta premisa, se intentará obtener información sobre la proporción del estudiantado que pudiera estar afectado, la magnitud que tiene el problema, cual población es más vulnerable y brindar posibles explicaciones sobre los resultados obtenidos.

La importancia del presente trabajo radica en diversos aspectos. En primer lugar, existen pocos trabajos que hayan descrito la presencia de depresión o ansiedad en la población de universitarios. Los pocos estudios que se han encontrado al respecto suelen ser concernientes a otras universidades u otros estados, por lo que es importante que se conozca el estado existente de la población universitaria de la UNAM respecto a este problema. Para la UNAM conocer esta información es de vital importancia porque la incidencia de estos trastornos puede afectar el desempeño de los estudiantes en su carrera disminuyendo su desempeño académico, retrasando su egreso o incluso llegando a ser causa de deserción de la carrera. Con esta información, la Universidad podría llevar a cabo programas de apoyo psicológico que se enfoquen en atacar estos problemas o mejorar los programas existentes y disminuir así las consecuencias indeseables que conllevan. A la sociedad le beneficiaría conocer en qué momento y de qué manera se manifiestan estos trastornos en una etapa temprana de la vida adulta, ya que es sabido que,

aunque la aparición de estos trastornos puede surgir en una etapa más temprana del desarrollo, con frecuencia surge en la juventud y la persona afectada puede tardar años en acudir a un profesional, agravándose los síntomas y acercando al afectado a situaciones más graves como las adicciones o el suicidio.

En el primer capítulo de este trabajo se hablará sobre la depresión, comenzando con los antecedentes de su estudio, sus definiciones, los síntomas y criterios de diagnóstico, así como otras generalidades; concluyendo con las diversas teorías cognitivas y conductuales que han tratado de explicar su origen y evolución. En el capítulo dos se tratará de manera similar al anterior el tema de la ansiedad, finalizando con las teorías que han tratado de explicarla (cognitivas y conductuales). A continuación, se abordará el método para llevar a cabo el estudio, la población seleccionada y el diseño de la investigación que se siguió. Posteriormente se profundizará en los resultados obtenidos que se auxiliará con tablas que ayuden a comprender mejor. Para concluir, se discutirán los resultados obtenidos, se elaborarán conclusiones y se dará recomendaciones para los estudios que más adelante busquen profundizar en el tema.

Capítulo I: Depresión

La depresión fue descrita en la antigüedad con el nombre de *Melancolía*. La primera mención de este término fue realizada por Hipócrates alrededor del siglo IV a. de C., quien la utilizó en su teoría de los 4 humores, una de las primeras clasificaciones de la personalidad que se realizaron en la historia. Según Hipócrates, existen cuatro humores en el cuerpo humano (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y la abundancia o carencia de cada uno de estos provocaría diferentes enfermedades en las personas, llegando incluso a modificar el temperamento. Hipócrates atribuyó al exceso de bilis negra el carácter abatido y triste que se conoce como melancólico. La influencia de la teoría de los humores perduraría por siglos hasta la llegada de la medicina moderna; sin embargo, con el tiempo el término melancolía perdería su significado original. Ya a principios del siglo XIX la palabra melancolía era un término genérico que se utilizaba para nombrar a una serie de problemas mentales que tenían en común la presencia de delirios, muy probablemente relacionados con la esquizofrenia. La tristeza y el estado de ánimo bajo que hoy entendemos como trastorno depresivo mayor hubiese sido llamado con otros varios términos como son *vapores*, *spleen*, *hipocondría* o *neurosis* (Berrios, 2008). Pero con la llegada de la psiquiatría moderna se retomaría el significado original de la melancolía.

Sigmund Freud, en su artículo *Duelo y melancolía*, estableció una diferencia entre ambos términos. Considera que la melancolía:

(...) se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo(...). (Freud, 1917, pág. 278)

En cambio, el duelo es por regla general: “ (...) la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, pág. 278). Freud concluye que, en el duelo, el mundo se ha vuelto pobre y vacío; en la melancolía, eso mismo le ocurre al yo.

La palabra depresión tiene su origen en el latín *depressus*, que significa abatido o derribado. Su uso en la psiquiatría proviene de la cardiología, en donde se utilizaba para describir una disminución de las funciones cardíacas. Los médicos de la época empezaron a utilizarlo en vez del anterior porque hacía entender que dicho abatimiento tenía una causa fisiológica. Para finales del siglo XIX, los manuales de psiquiatría empezaron a definirla como “una condición caracterizada por el abatimiento anímico, la falta de valor o de iniciativa y una tendencia a albergar pensamientos tristes” (Berrios, 2008, pág. 287).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud considera a la depresión como “un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de preocupación” (OMS, 2018). La misma institución afirma que la depresión es la principal causa de baja laboral, afectando no solo el estado de ánimo, sino también el bienestar económico y social de quien lo padece. Según la OMS actualmente unos 300 millones de personas alrededor del mundo padecen de depresión, lo que lo convierte en la principal causa de discapacidad. También considera que alrededor de la mitad de los afectados no reciben tratamiento, siendo posible que en algunos países este porcentaje se eleve hasta el 90 % (OMS, 2018).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada en el 2003, aproximadamente el 2% de los hombres y el 4.5% de las mujeres entre 18 y 65 años padecen

depresión en algún momento de su vida, siendo en promedio los 26 años la edad de la primera aparición (Medina-Mora et al, 2003).

Los síntomas de la depresión son muy variados y abarcan diferentes aspectos. Sin embargo, pueden ser clasificados en cuatro categorías: emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos.

Los síntomas emocionales pueden ser (Egozcue, 2005, págs. 172-173):

- Accesos de llanto.
- Aflicción excesiva.
- Angustia por temores o miedos a menudo infundados.
- Apatía.
- Autodesprecio y devaluación de uno mismo.
- Desamparo y soledad.
- Desesperanza.
- Enojo con los demás. Esta puede ser explícita (a través de quejas y recriminaciones) o de forma sutil al entristecer la vida de los demás.
- Temor por perder el afecto de aquellos a quienes ama.
- Incapacidad de sentir placer ante estímulos que antes eran placenteros.
- Frustración, impotencia y pesimismo.
- Infelicidad.
- Ira reprimida. La ira puede no sólo dirigirse hacia los demás, sino también hacia sí mismo, lo que puede ocultar un sentimiento de culpa o decepción.
- Irritabilidad.
- Melancolía.

- Necesidad apremiante de afecto y aprobación.
- Pérdida de la capacidad de amar.
- Preocupación, inquietud y nerviosismo.
- Sentimiento sobrecogedor de culpa.
- Sentimiento de que la vida carece de sentido y valor.
- Sentimiento de Inutilidad.
- Temor al rechazo y al fracaso.
- Tristeza.

En el plano cognitivo, la persona con depresión experimenta:

- Dificultad o incapacidad para tomar decisiones.
- Disminución de la autoestima.
- Evitación de las responsabilidades.
- Ideas de culpa y auto denigración.
- Opiniones o creencias desfavorables de uno mismo.
- Perfeccionismo en uno mismo y los demás. El deprimido a menudo critica su desempeño y el de los demás, por lo que al no cumplir con sus elevadas expectativas puede sentirse avergonzado o culpable.
- Pérdida del interés y carencia de motivación.
- Pesimismo respecto al futuro.
- Rumiación de los eventos de fracaso y la inutilidad.

Respecto a la conducta, a menudo en el depresivo puede observarse:

- Actitudes autodestructivas o antisociales, con los que intenta justificar las ideas de inutilidad, pesimismo en el futuro o de un mundo cruel.

- Aislamiento emocional y de las personas.
- Dependencia de otros.
- Descuido de la apariencia personal.
- Habla lenta, reducida o inaudible.
- Paralización o dejar de actuar.
- Productividad disminuida o bajo rendimiento.
- Retardo de las funciones motoras o aletargamiento.

La persona con depresión también experimenta algunos efectos en su cuerpo como son:

- Aumento o disminución del apetito.
- Aumento o disminución del peso corporal
- Debilidad general o fatiga extrema.
- Disminución o pérdida del impulso sexual.
- Dispepsia, náuseas o vómitos.
- Dolor de cabeza o cefalea.
- Insomnio o hipersomnia
- Taquicardia o palpitaciones.
- Trastornos menstruales

Dentro del DSM-5 (2014) la depresión está englobada dentro de la categoría de los trastornos depresivos y aunque el término también podría aplicarse a otros padecimientos como el Trastorno depresivo persistente (distimia), en este trabajo se usará específicamente para referirse al Trastorno de depresión mayor. Los criterios para diagnosticarlo según el DSM-5 son:

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer:
- i. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas. Nota: en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
 - ii. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (a partir de información subjetiva o de la observación).
 - iii. Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento del peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - iv. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - v. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
 - vi. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - vii. Sentimiento de inutilidad y/o culpabilidad excesiva o inapropiada, casi todos los días.
 - viii. Disminución de la capacidad por pensar o concentrarse y/o para tomar decisiones, casi todos los días.
 - ix. Pensamientos de muerte recurrentes (y no solo el miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro no especificado.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 160-161).

El DSM-5 ha establecido que existe comorbilidad entre el Trastorno de depresión mayor con otros trastornos, como es el caso del Trastorno de ansiedad generalizada, el Trastorno de pánico, trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia, además del Trastorno límite de personalidad (AAP, 2014). Se enfatiza que el riesgo de suicidio está presente todo el tiempo que persista el Trastorno de depresión mayor y que entre las características que aumentan la probabilidad de consumar el suicidio están el ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos pensamientos de desesperanza. La presencia del Trastorno límite de personalidad también aumenta la posibilidad de cometer suicidio (AAP, 2014).

Respecto a la duración del Trastorno de depresión mayor, un estudio encontró que su duración promedio en la población general es de tres meses, aunque en una quinta parte de los afectados puede durar una media de dos años (Üstün y Kessler, 2002 citado en Feixas y Compañ, 2015).

El DSM-5 especifica que conforme mayor es el lapso de la remisión, es menos probable que se presente una recaída, pero que el riesgo de recaída se incrementa si los síntomas depresivos fueron graves, la persona afectada era joven o si se han presentado recaídas anteriormente (AAP, 2014).

La depresión no afecta de igual manera a hombres y mujeres. Se ha comprobado que afecta a casi el doble de mujeres en comparación con los hombres, debido en parte a factores hormonales; particularmente por los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. A esto hay que agregar las cargas sociales asignadas al género como son el cuidado de los hijos o la doble jornada laboral que describe la carga asociada a las mujeres de mantener el hogar y un empleo al mismo tiempo (Aros, 2005) Claudio Aros (2005) también plantea que la razón de la disparidad de casos de depresión entre hombres y mujeres debe buscarse en factores culturales ligados al género:

(...) las mujeres están más acostumbradas a tratar con sus sentimientos y pueden reconocer los síntomas de una depresión más temprano. Los hombres, en cambio, están "programados" desde la infancia para ser fuertes y por mucho que las nuevas generaciones hayan intentado igualar los roles, lo cierto es que los sentimientos siguen siendo territorio de las mujeres (...). (pág. 79)

También se ha propuesto que la edad de aparición por primera vez puede ser distinta por género, ya que en las mujeres suele experimentarse entre los 20 y los 29 años, mientras que en los hombres suele aparecer de forma más tardía entre los 40 y los 49 años (Rorsman et al, 1990 citado en Sarason y Sarason, 2006).

En el hombre, aunque la proporción de casos con depresión es menor comparada con la mujer, el diagnóstico de depresión suele ser más difícil ya que a menudo se niegan a recibir tratamiento o son incapaces de detectar las señales de alerta. El psicólogo Claudio Aros (2005) estima que alrededor de un 11.5% de los hombres padecerá depresión en algún momento de su vida, afirmando además que las proporciones de depresión entre hombres y mujeres se igualan cuando desempeñan roles similares como, por ejemplo, en el periodo escolar. Se estima que la tasa de

suicidios es cuatro veces mayor en hombres en comparación con las mujeres, y que esta aumenta a partir de los 70 años alcanzando su punto álgido a los 85 años. También se menciona que, a menudo, "padecer de depresión es visto como un síntoma de feminidad o debilidad, dando como resultado que, los hombres incluso estando bajo tratamiento, se niegan a sí mismos y a otros sufrir de depresión " (Aros, 2005, pág. 96).

El estado civil que tiene una persona también puede afectar su predisposición a padecer de depresión. En una revisión de estudios que realizó García-Toro (2014) encontró que las personas casadas suelen tener menos casos de depresión en comparación con solteros, divorciados o viudos. Los primeros 5 años de casados parecen ser los de menor propensión, aunque con el tiempo se igualan a los de la población general, siendo lo contrario en el caso de divorciados y viudos para quienes los primeros años son los difíciles, y con el tiempo logran estabilizarse. También el ser la cabeza de la familia tiene un impacto diferente dependiendo del sexo, pues en el caso de los hombres es un factor de protección, mientras que cuando una mujer lidera una familia el riesgo de depresión aumenta, siendo esto último atribuible a factores culturales (García-Toro, 2014).

Se ha sugerido también que determinadas profesiones son más susceptibles a padecer de depresión, como son aquellas en las que confluyen una alta exigencia y un escaso reconocimiento social, características que se pueden encontrar en profesores, médicos y enfermeras (Bosqued, 2005).

Asimismo, se ha hablado de que determinadas situaciones también llamadas *experienciales vitales* podrían desencadenar un episodio depresivo. Entre las más comunes se encuentran (Bosqued, 2005):

- El fallecimiento de un ser querido desencadena una reacción denominada "duelo" que, aunque es un proceso diferente y saludable, presenta algunas semejanzas con la depresión. Sin embargo, si el duelo no se desarrolla correctamente o si se niega la realidad de la pérdida podría convertirse en un trastorno depresivo.
- Ser desempleado, ya sea porque se está despedido o se alcanza la jubilación afecta particularmente a los hombres, quienes ven en esta actividad no solo una fuente de remuneración económica, sino también como una satisfacción, reconocimiento y fuente de relaciones sociales.
- Las personas a cuyo cuidado están personas imposibilitadas de sostenerse como es el caso de aquellos que cuidan ancianos o personas discapacitadas, que con el paso del tiempo suelen desarrollar síntomas depresivos, un proceso que comúnmente se le denomina "síndrome del cuidador" que podría propiciar un proceso depresivo.
- Enfrentarse a una enfermedad crónica o de larga agonía deteriora la capacidad del enfermo para sobreponerse a ella, lo que la hace susceptible de deprimirse.

Algunos autores han propuesto que determinadas características de la personalidad podrían volver susceptible a una persona de padecer depresión. Por ejemplo, el *neuroticismo* que es definido como "un rasgo de personalidad estable y heredable que supone una sensibilidad temperamental hacia los estímulos negativos" (Butcher, Mineka, y Hooley, 2007, pág. 230), ha sido propuesto como una variable que predispone a la depresión y también a otras emociones desagradables como la ansiedad, la ira y la culpa; además de que quienes lo presentan suelen tener un peor pronóstico de la depresión. Otra característica de personalidad que se ha propuesto como predisponente a la depresión es la *introversión*. Se ha encontrado que las personas

introvertidas a menudo suelen sentirse poco motivadas, decaídas, tediosas y con rutinas repetitivas, lo que a largo plazo puede hacerlas vulnerables al trastorno (Butcher et al, 2007). También se ha investigado la ocurrencia de ciertos acontecimientos vitales ocurridos en la infancia como factores predisponentes. Un ejemplo es un estudio clásico de Brown y Harris de 1978 (citado en Butcher et al, 2007) llevado a cabo en mujeres londinenses que buscaba pruebas relacionando la pérdida de un padre a una edad temprana con una tendencia a la depresión. Dicho estudio encontró que las mujeres eran tres veces más proclives a desarrollar depresión si durante la niñez habían perdido a su madre antes de los once años. Brown y Harris también encontraron que la forma en que se había perdido a la madre era determinante para pronosticar la gravedad del trastorno, pues aquellas que la perdieron debido a su fallecimiento eran más proclives a desarrollar una depresión más grave y con rasgos psicóticos que aquellas que la habían perdido por divorcio o separación que desarrollaban una depresión más moderada. Sin embargo, estudios posteriores no lograron replicar los resultados encontrados por estos autores. Otros estudios han propuesto que, si la pérdida va acompañada de un cuidado constante y no se producen alteraciones en el ambiente del niño, no se produce la vulnerabilidad hacia la depresión (Goodman y Brand, 2002).

Además de los factores que hemos revisado anteriormente también se han propuesto como elementos que pueden predisponer a la depresión:

- Antecedentes psicopatológicos por parte de la familia o personales.
- Baja autoestima.
- Tendencia a culpabilizarse, particularmente si se practica de forma continua.
- Pocas habilidades sociales o de asertividad.
- Visión pesimista de la realidad.

- Enfrentamiento de situaciones estresantes, es decir, aquellos en los que se produce una pérdida, una amenaza o un cambio significativo en la vida de la persona, con las dificultades para adaptarse que conlleva.
- Problemas de salud, ya sea físicas o psicológicas.
- Carecer de una red social de apoyo.
- Mantener una mala relación de pareja.
- Dificultades financieras e insatisfacción laboral (Bosqued, 2005).

También se ha sugerido que el *estilo de atribución interna* (donde la persona se siente capaz de controlar los hechos y situaciones a través de su conducta), es un factor de protección ante la depresión (Bosqued, 2005).

Anteriormente, se han realizado estudios sobre la presencia de sintomatología depresiva entre los jóvenes universitarios. Uno de esos estudios fue el realizado en 2007 en la Facultad de estudios superiores de Iztacala, específicamente en la Facultad de Psicología donde 80 participantes con edades comprendidas entre los 16 y los 28 años, de los semestres primero, tercero, quinto y séptimo se les administraron el Inventario de depresión de Beck y el Test de Hamilton para la ansiedad. Cada semestre tenía 20 participantes con una proporción de 10 participantes hombres y mujeres. Los resultados mostraron que ninguno de los grupos mostró niveles clínicos de ansiedad o depresión, aunque si encontraron que las mujeres eran más proclives a reportar síntomas de ambos trastornos. También encontraron que la depresión y ansiedad se correlacionaban en un 39% (Jimenez, Perez, Ramirez y Vega, 2007).

Serrano, Rojas y Ruggero (2013) también realizaron un estudio evaluando la relación entre los síntomas depresivos, ansiosos y el rendimiento académico. Aplicaron el Inventario de síntomas de depresión y ansiedad (IDAS por sus siglas en ingles) en 218 estudiantes de carreras como

psicología, educación y trabajo social de la Universidad Autónoma del Estado de México, mujeres en su mayoría y con edades que comprendían entre los 19 y los 25 años. La puntuación obtenida en el IDAS fue posteriormente correlacionada con el promedio general obtenido en el historial académico de los participantes a través de la prueba de Spearman. Encontraron que en 57% de los casos, la depresión estaba relacionada al bajo rendimiento escolar. Los autores concluyen que "las correlaciones entre depresión y rendimiento académico indican que, en la población de la Facultad de Ciencias de la Conducta, la depresión es significativa, ya sea como causa o como efecto de los aspectos académicos" (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013). Los resultados de este estudio en cuanto a la ansiedad, se discutirán en el capítulo dedicado a la ansiedad.

En otro estudio llevado a cabo el mismo año (Fouilloux et al, 2013), pero esta vez en estudiantes de primer año de la carrera de médico cirujano en la Facultad de medicina de la UNAM, se buscó evaluar si la presencia de síntomas depresivos estaba relacionado con un bajo rendimiento académico. Para ello contaron con la participación de 774 estudiantes, siendo el 66% mujeres y el 33% restante hombres que tenían un promedio de edad de 18.6 años. Utilizando el Inventario de Depresión de Beck y la subescala de depresión del SCL-90 (Symptom check list por sus siglas en inglés) encontraron que el 23% de los participantes puntuaba con síntomas depresivos en ambas pruebas, a la vez que las mujeres presentaban una probabilidad 2.8 veces mayor de presentar síntomas de depresión comparadas con los hombres. Al comparar los resultados de las pruebas con el promedio de calificaciones de los exámenes de ese semestre, obtuvieron que de los estudiantes con presencia de sintomatología depresiva el 68% había reprobado, en contraste, los participantes sin sintomatología tuvieron un porcentaje de reprobación del 46%, siendo 2.4 veces mayor el riesgo de reprobación en quienes tienen sintomatología depresiva. Los autores

concluyen que la presencia de sintomas depresivos es "un factor importante para reprobar o tener un promedio bajo de calificaciones" (Fouilloux et al, 2013).

Por ultimo es necesario señalar el estudio de Coffin, Álvarez y Marin realizado en el 2011, que es el unico trabajo encontrado que cuenta con participantes de 6 carreras diferentes. El estudio fue realizado en la Facultad de estudios superiores de Iztacala contando con la participacion de 251 estudiantes, de los cuales el 35.5% eran hombres y el 64.5% mujeres. Los participantes provenian de las carreras de psicologia (15.9%), odontologia (8%), medicina (25,9%), optometria (19.1%), biologia (19.5%) y enfermeria (11.4%); teniendo edades entre los 19 y los 35 años, con un promedio de 24.2 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario de Depresion de Beck y el Inventario de Orientaciones Suicidas de Casullo. El estudio no encontró diferencias estadisticamente significativas en los niveles de depresion o intencionalidad suicida entre hombres y mujeres, ni entre aquellos que tienen un promedio bajo de aquellos que tenian promedio alto. En cambio, los resultados encontraron que los estudiantes de medicina y biologia presentaban mayores niveles de depresion e intencionalidad suicida que el resto de las carreras. Dado que la presencia de sintomatologia depresiva o de intencionalidad suicida no se correlaciona con un rendimiento escolar bajo, los autores concluyen que "es probable que otras variables de tipo personal estan influyendo en el estado emocional, tales como las economicas, adicciones, habitos de estudio, etc" (Coffin, Álvarez y Marin, 2011)

A continuación, se expondrán algunos modelos que han intentado darle una explicación al surgimiento de la depresión.

Modelo cognitivo de Beck

Dentro de la corriente cognitiva la primera explicación que se formuló fue el modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck que fue propuesto originalmente en 1978, teoría que hasta la

fecha mantiene vigencia y se considera parteaguas en la comprensión de este trastorno. Beck ha definido la depresión como “una alteración específica del estado de ánimo, que es acompañado de autorreproches y autoinculpación, un concepto negativo de sí mismo, deseos de autocastigo, trastornos vegetativos (falta de apetito, insomnio y pérdida del deseo sexual) y cambios en la actividad motora (retardo o agitación)” (Beck, 1976, pág. 6).

El modelo de Beck está integrado por tres componentes: 1) la tríada cognitiva, 2) el modelo de los esquemas y 3) errores en el procesamiento de la información (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

El primer componente, la triada cognitiva, está conformada a su vez por tres elementos. El primer elemento es la visión negativa que tiene el paciente de sí mismo. La persona se percibe como desgraciada, torpe, enferma, inútil y/o sin valor. Tiende a atribuir sus experiencias negativas a un defecto suyo, que puede ser físico, mental o moral y asentarse en la realidad o en una percepción. Suele menospreciar sus cualidades y tiende a una crítica excesiva de sí mismo. Como consecuencia de esto, considera que carece de lo necesario para ser feliz, o incluso puede considerar que no debe vivir.

El segundo elemento de la tríada es la tendencia de la persona con depresión a interpretar sus experiencias de una forma negativa. Le parece que el mundo le pide cosas que están fuera de su control o que no puede realizar, ya que existen obstáculos insuperables. El depresivo al hablar de su relación con el medio que lo rodea habla sobre sus derrotas y la frustración que conlleva. Esto se hace particularmente evidente cuando se distingue como el sujeto habla forzosamente de lo que le sucede en un tono pesimista, aunque haya formas más neutrales de entenderlas. Al principio la persona deprimida podrá reflexionar en explicaciones alternativas a lo que le

acontece, pero a medida que se agraven sus síntomas le será más difícil salir de este patrón de pensamiento.

El último elemento es la visión negativa del futuro. Cuando la persona con depresión visualiza el futuro, exagera las dificultades, imagina obstáculos insalvables o cree que el sufrimiento actual se prolongará indefinidamente. Esto trae como resultado que el depresivo no pueda ver en su futuro más que fracaso y desesperanza.

El resto de los síntomas y signos de la depresión debe considerarse como el resultado de uno o más de los elementos anteriores. Por ejemplo, la falta de motivación es una consecuencia de los patrones cognitivos negativos (Soy un inútil→No puedo hacerlo→No vale la pena intentarlo). A su vez, los deseos o intentos suicidas deben considerarse como una expresión del deseo de escapar de una situación considerada como insoportable o irresoluble. El enfermo también puede verse a sí mismo como una carga para la familia y concluir que sería mejor para todos que se suicidara.

El segundo componente de esta teoría es el modelo de esquemas que sirve para explicar el mantenimiento del paciente de posturas que le hacen sufrir y que son contradictorias con la evidencia empírica. Por *esquema*, Beck se refiere a "ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones" (Beck et al, 2010, pág. 21).

Una situación cualquiera trae consigo una serie de características que pueden interpretarse de una variedad de formas, dependiendo de quién las perciba. Sin embargo, una persona tiende a mantener de forma sostenida su comportamiento ante situaciones similares. Son precisamente estos patrones de conducta que permanecen estables en el tiempo ante una cierta cantidad de situaciones que comparten una serie de elementos a lo que se refiere Beck como esquemas. Beck

especifica que estos esquemas pueden surgir a edades muy tempranas y permanecer latentes, hasta que una situación activadora los hace resurgir, como es el caso de situaciones estresantes. Es entonces cuando el sujeto utiliza dichos esquemas para analizar, interpretar y responder ante la situación estresante. Beck también aclara que la situación enfrentada puede distorsionarse de tal forma que encaje a los esquemas previos del individuo. Con el tiempo, el mismo esquema puede generalizarse a situaciones que nadie tienen que ver con el contexto original, sobreviniendo o agravando la depresión.

En los episodios depresivos, el pensamiento del sujeto estará dominado por pensamientos negativos, repetitivos, inhibidores de estímulos externos o que le incapacitan para llevar a cabo una actividad. Si la depresión es leve este razonamiento podrá ser visto con alguna neutralidad; pero al agravarse la depresión, será difícil para el sujeto ver de forma alternativa la situación que experimenta.

El último componente de la teoría de Beck sobre la depresión son los errores en el procesamiento de la información. Estos se definirán como errores sistemáticos que mantienen los esquemas cognitivos, esto a pesar de que se encuentre evidencia contraria. Los errores del procesamiento más comunes son (Beck et al, 2010):

- **Inferencia arbitraria:** El deprimido adelantará conclusiones sobre sus acciones aún sin evidencia de ello, o a pesar de que exista evidencia de lo contrario.
- **Abstracción selectiva:** Se enfocará en los detalles que confirmen sus conclusiones negativas, ignorando aquellos detalles que las descarten y modifiquen el contexto de la situación.

- **Generalización excesiva:** Los deprimidos elaboran conclusiones a partir de hechos aislados, las cuales después aplican a situaciones que no están relacionadas con el evento original.
- **Maximizar y minimizar:** Relacionado con las distorsiones que los deprimidos hacen de los eventos que enfrentan, pueden exagerar o minusvalorar el significado y la importancia de los eventos que experimentan.
- **Personalización:** Es común que el deprimido se atribuya a sí mismo fenómenos con lo que no tiene conexión, aún si no existe evidencia para tal inferencia.
- **Pensamiento dicotómico:** El razonamiento del sujeto depresivo a menudo clasifica los eventos que experimenta en categorías opuestas y que no dejan lugar a puntos de vista intermedios como por ej. bueno y malo, puro y sucio o santo y pecador. Usualmente el depresivo utilizará los elementos negativos para describirse a sí mismo o a las situaciones que enfrenta.

Beck expone que el pensamiento que parece ponderar en el paciente depresivo es de tipo primitivo, es decir, que realizan juicios globales respecto a los acontecimientos que ocurren en su vida, lo que incrementa la probabilidad de que sean extremos, negativos y absolutistas; lo que tiene como consecuencia que su propia respuesta emocional sea negativa y extrema. Por el contrario, en una persona no depresiva, un pensamiento más maduro hace que evalúen las situaciones de forma multidimensional, en términos relativos y que sean más capaces de aprender modos de afrontarlas (Beck et al, 2010).

Por último, Beck sugiere que experiencias tempranas en el desarrollo del niño pueden formar conceptos sobre uno mismo, el mundo o el futuro que sirvan de base para posteriores depresiones. Tales conceptos permanecerán latentes hasta que un acontecimiento externo los

active. Sin embargo, no debe pensarse que un suceso adverso, por extremo que sea, necesariamente concluirá en individuos con depresión. Beck señala que un sistema social de apoyo puede servir de defensa ante tales eventos si proporciona amor, respeto y afecto (Beck et al, 2010).

Modelo de la terapia racional emotiva de Ellis

Otro modelo que pretende explicar el surgimiento de la depresión desde la corriente cognitiva es el modelo de la terapia racional emotiva propuesto por Albert Ellis, donde se propone que la depresión es originada por un juicio irracional, poco práctico y sin evidencia que realiza el individuo sobre una situación. Este juicio es realizado a través de exigencias absolutistas denominadas *creencias irracionales*, que proyecta el individuo sobre sí mismo, los demás o el mundo en general con las cuales crea expectativas poco realistas (Ellis y McLaren, 2004). Cuando estas expectativas no se cumplen, generan emociones y conductas que bloquean al afectado. Las creencias irracionales tienen como características: a) ser dogmáticas, b) ilógicas, c) incoherentes con la realidad y d) impiden el desarrollo personal y la supervivencia; además pueden ser identificadas a través de los "debo de" o "tengo que" expresadas en forma demandante.

Las demandas irracionales del paciente conllevan tres tipos de inferencia:

- Catastrofismo: Existe una exageración de las características negativas de un evento. Su origen estaría en demandas del tipo "esto no debería ser tan malo como es".
- Insoportabilidad: Se magnifica lo insoportable de una situación. Esto va aunado a demandas como "esto no debería estar pasando; por lo tanto, es insoportable".
- Condenación: Se condena a uno mismo o a los demás por haber cometido un acto malvado o haber fallado en la consecución de un objetivo. Esto cuestiona el valor de la

persona. Por ejemplo; no debí haber fallado, por lo que soy una mala persona (págs. 35-39).

Aunque en la depresión podrían presentarse cualquiera de las 3 inferencias anteriores, suele ser más común la última. Ellis asegura que, si la depresión se presenta como resultado de la tercera inferencia, el afectado podría mostrar a su vez ansiedad, algo de lo que se hablará más a profundidad en el capítulo dedicado a la ansiedad.

Modelo trifactorial de Hauck

Otra aportación surgida desde la psicología cognitiva es el modelo trifactorial de Hauck, en donde la depresión puede formarse por cualquiera de 3 factores a) la autoinculpción, b) la autocompasión y, c) la compasión de otros (Hauck y McKeegan, 1997). Cada uno de estos factores está sustentado en ideas irracionales que tiene el deprimido. Por ejemplo, la autoinculpción surge del siguiente patrón de pensamiento:

- 1) He fracasado, pecado o herido accidentalmente a otro.
- 2) Debería ser perfecto y no hacer cosas malas.
- 3) En consecuencia, soy una mala persona y merezco un castigo.

Hauck acepta que la primera conclusión podría en dado caso ser cierta; sin embargo, la segunda refleja una demanda absolutista poco realista que tiene por consecuencia una conclusión sin evidencia que da comienzo a la depresión. Asimismo, la autocompasión tiene el siguiente patrón:

- 1) Se me ha impedido conseguir lo que quiero.
- 2) Debo lograr lo que deseo.
- 3) Es terrible que no lo consiga.

En esta cadena de pensamiento se puede observar de igual forma una demanda absolutista que interfiere en una interpretación neutral de un suceso desagradable, y que es el origen de una sensación trágica de lo ocurrido.

Por último, la compasión ajena tiene también un patrón claramente definido:

- 1) Alguien ha sufrido una desgracia grave.
- 2) Las cosas malas no deberían de suceder a las personas que no se las merecen.
- 3) El mundo es un lugar horrible por permitir que sucedan tales cosas.

Hauck elabora su modelo a partir de una reinterpretación de los modelos de Beck y Ellis, señalando que con este modelo es más fácil elaborar un diagnóstico y ser comprendido por los pacientes. También afirma que la autoinculpación es la causa más común de depresión.

Teoría de la autoeficacia de Bandura

Otra propuesta desde el modelo cognitivo fue la teoría de la autoeficacia que planteó Albert Bandura en donde la depresión es consecuencia de tener tres actitudes (Bosqued, 2005):

- Bajas expectativas de autoeficacia: El deprimido no cree en su capacidad para conseguir éxito en la actividad requerida.
- Altas expectativas de resultado: la persona cree que una determinada conducta conducirá necesariamente a un determinado resultado.
- Alta valoración de los resultados esperados: Hay una exagerada necesidad de conseguir éxito en la actividad.

El resultado de estas actitudes será que el individuo mantendrá el pensamiento de que los resultados que espera solo se pueden llevar a cabo por medio de actividades en las que no tiene competencia alguna. Esta incapacidad puede ser generalizada a otras actividades que el deprimido aprecia, resultando en una sensación de desesperanza con poco o ningún fundamento.

Modelo de la indefensión aprendida de Seligman

Hasta ahora hemos revisado los modelos cognitivos de la depresión, sin embargo, también hay explicaciones dentro del modelo conductual. Por ejemplo, el modelo de la indefensión aprendida de Seligman surge a partir de observaciones en animales de laboratorio y propone que los sujetos aprenden a sentirse indefensos o impotentes ante situaciones en que no pueden obtener los resultados deseados. Con el tiempo, el individuo deprimido da por sentado que la situación desagradable se da sin que él pueda predecirla o controlarla, concluyendo que "no merece la pena que intente nada, no tengo control, no puedo hacer nada para cambiarlo" (Seligman, 1998 citado en Bosqued, 2005).

Seligman (1998, citado en Bosqued, 2005) también propuso un patrón de personalidad que es particularmente susceptible a padecer de depresión, al que llamó *estilo atribucional depresivo*.

Asegura que las atribuciones que realiza un individuo pueden dividirse en tres categorías:

- Personalización (internas o externas): Los fenómenos pueden atribuirse a uno mismo, y por lo tanto ser responsable de ellas; o deberse a circunstancias externas como la suerte, el destino, un accidente, etc.
- Permanencia (estable o inestable): El acontecimiento se debe siempre a una misma causa o su origen es imprevisible.
- Amplitud (global o específica): Las situaciones se atribuyen al propio comportamiento siempre o solo en determinadas ocasiones que no se pueden generalizar.

El estilo atribucional depresivo se caracteriza por un estilo interno-estable-global en situaciones adversas, a la par que externo-inestable-específico en situaciones favorables, tendrían una mayor vulnerabilidad para experimentar una depresión en algún momento de sus vidas, debido a que han aprendido una pauta pesimista para explicarse los acontecimientos de la vida (Seligman

1998 citado en Bosqued, 2005). Seligman también señala que este estilo de atribución puede desaprenderse, si el individuo es capaz de recuperar la sensación de control que tiene de las circunstancias.

Modelo de Ferster

Charles B. Ferster postuló que la depresión se caracteriza por una reducción de determinados tipos de actividad y por el incremento de otros (Fester, 1973). Se interesó particularmente por el incremento de las conductas de huida y evitación, a raíz de ello sugirió que los individuos depresivos recibían menos refuerzos positivos por sus actividades. Las razones con las que respalda este argumento son:

- 1) Existe la posibilidad que las personas depresivas no realicen actividades productivas con frecuencia, lo cual reduce la efectividad del refuerzo en dichas actividades.
- 2) Los individuos adoptan conductas motivadas por intentos de librarse de sentimientos de aversión que evitaban conductas reforzadas positivamente.

En otras palabras, las acciones sirven al propósito de reducir un estado de aversión más que al propósito de permitir que el individuo participe del entorno de tal manera que la conducta sea recompensada de forma natural y reforzada positivamente.

Ferster también propone que los modos de interacción limitada con el entorno por parte del depresivo pueden dar como resultado poca habilidad para aprender de las contingencias, es decir, de las consecuencias de la conducta.

Teoría del refuerzo positivo de Lewinsohn

Por su parte, Peter Lewinsohn propone en su teoría del refuerzo positivo que la depresión "es el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente".

(Lewinsohn, 1975 citado en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Este refuerzo positivo es consecuencia de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) la cantidad de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar, y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p. ej. las habilidades sociales) para poder reforzar sus conductas provenientes del entorno.

Para Lewinsohn los aspectos cognitivos de la depresión como la baja autoestima, la culpabilidad, el pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el individuo acerca de su propio estado de ánimo.

Posteriormente en 1985, Lewinsohn y sus colaboradores replantean sus teorías. Propone un modelo en el que se plantea que el surgimiento de la depresión se a partir de factores ambientales y disposiciones por igual; la depresión es el "resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones" (Lewinsohn, 1985 citado en Vázquez et al, 2000).

Postula que en la depresión surge una *secuenciación de conexiones causales*, que comienza cuando aparece un acontecimiento predisponente a la depresión, el cual interfiere en el patrón de conducta usual del individuo, produciendo una menor tasa de refuerzo positivo y/o un mayor número de experiencias aversivas. Todo esto da como resultado un aumento de la conciencia de uno mismo, la autocrítica y las expectativas negativas, lo cual conduce a la depresión.

Sobre estos acontecimientos predisponentes, Lewinsohn propone que son el ser mujer, tener entre 20 y 40 años, un historial previo de depresión, susceptibilidad frente a los acontecimientos adversos, un bajo estatus económico, baja autoestima y el tener hijos menores de 7 años.

También propone una serie de factores de protección como son la capacidad de iniciativa, tener una buena competencia social, exposición a un mayor número de acontecimientos positivos ya fueran reales o percibidos, y un mayor apoyo social. (Lewinsohn, 1985 citado en Vázquez et al, 2000)

Modelo de autocontrol de Rehm

En 1977, Lynn P. Rehm propuso su modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó unir aspectos cognitivos y conductuales. Rehm entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol resalta la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Propone que las personas depresivas tienen una tendencia al perfeccionismo, se ponen metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se auto refuerzan poco positivamente mientras que constantemente se autocastigan.

Esta teoría no intentó disminuir el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren esporádicamente debido a sesgos cognitivos y una disminución de las estrategias de autocontrol. Estos sesgos cognitivos son básicamente expectativas erróneas, la retención y el enfoque de los acontecimientos negativos y estrategias equivocadas de autoevaluación; todo lo anterior aumenta el riesgo de autocastigarse (Rehm, 1977 citado en Vázquez et al, 2000).

Modelo de resolución de problemas de Nezu

Arthur M. Nezu propuso en 1989 junto a sus colaboradores, un modelo donde el déficit o la ineficacia de las habilidades de resolución de problemas son el factor central para el comienzo o el mantenimiento de la depresión. Basándose en la revisión de trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la resolución de problemas y los síntomas depresivos concluyó que la capacidad eficaz de solucionar problemas actúa como amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. También indicó que la habilidad de solucionar problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

Nezu explica que la depresión podría ser el resultado de las carencias en cualquiera de los siguientes cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema, 2) definición y formulación del problema, 3) generación de soluciones alternativas, 4) toma de decisiones y, 5) puesta en práctica de la solución y verificación (Nezu et al, 1989 citado en Vázquez et al, 2000).

Teoría interpersonal de Coyne

Por último, es necesario enunciar una teoría que ha enfatizado el entorno social de la persona para explicar el surgimiento de la depresión. Se trata de la teoría interpersonal de la depresión, que fue desarrollada por James Coyne en 1976 (citado en Caballo, 2007). El autor propone que la depresión debe entenderse en parte, como un efecto a las respuestas negativas que recibe el afectado ante sus síntomas lo que ayuda al mantenimiento del trastorno. Esta teoría explica que cuando la persona deprimida experimenta los primeros síntomas de la ansiedad (como la tristeza por ej.) en respuesta a una situación estresante, las personas que viven alrededor del afectado responden en un principio de forma rápida con interés y preocupación. Entonces el deprimido actúa de manera exigente, solicitando más apoyo o externando constantemente quejas respecto a sus síntomas. En consecuencia, dicho comportamiento resulta molesto a los demás, quienes pueden responder con frustración y enojo. Esto también puede generar sentimientos de culpa en las personas, lo que puede impedirles expresar libremente sus sentimientos de enojo, por lo cual son incapaces de externar su aversión de forma abierta. Esta mezcla de sentimientos produce que las personas que rodean al deprimido reaccionen con actitudes de rechazo y falso apoyo, quien percibe las señales de alejamiento y en consecuencia actúa con más síntomas depresivos en una solicitud de auténtico apoyo. Este ciclo se perpetúa con el tiempo, manteniéndose así la depresión, siendo las únicas salidas a este círculo sin fin que las personas retiren completamente

las interacciones con el deprimido o bien, que el deprimido se retire del medio a través de la hospitalización. Es claro que esta teoría resalta la importancia del entorno social en la permanencia de la depresión, y es por eso por lo que a pesar de no ser una teoría de la corriente cognitivo-conductual es importante mencionarla en este trabajo, pues podría explicar en parte la importancia del núcleo familiar como un factor a considerar en la formación de la depresión.

Capítulo II: Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que hacía referencia a un estado de inquietud y agitación. A pesar de que la ansiedad ha estado presente desde tiempos inmemoriales, no fue sino hasta el siglo XIX que se utilizaron diferentes términos como *panaphobia*, *vértigo*, *palpitatio*, *suspirium*, *oscitatio* y *neurosis de motilidad* que hacían alusión a síntomas que los médicos de la época consideraban de origen fisiológico y no de un componente emocional. A principios del siglo XIX, el médico francés Landré Beauvais fue el primero en utilizar el término que conocemos hoy definiéndolo como “cierto malestar, desasosiego y agitación excesiva” (citado en Berrios, 2008, pág. 253). Pero fue hasta 1865 que los médicos franceses Littré y Robin en su *Dictionnaire de Médecine de Chirurgie de Pharmacie* vieron la ansiedad como “un estado afligido y agitado, con sensación de dificultad respiratoria y presión sobre la región precordial” (citado en Berrios, 2008, pág. 253), sugiriendo por primera vez una relación entre los síntomas físicos y el estado mental.

Ya en la década de 1890 la ansiedad se encontraba englobada junto con otras enfermedades como las fobias y las obsesiones con el término *neurastenia*. Fue Sigmund Freud quien en 1894 publicó un artículo llamado *La justificación para separar de la neurastenia un síndrome particular: la neurosis de ansiedad* (citado en Berrios, 2008) en donde explicaba las razones teóricas para excluirla de tal categoría. En dicho artículo, Freud aseguraba que los síntomas como la irritabilidad, palpitaciones, sudoración, temblores, estremecimientos, temores y vértigo debían ser considerados como una nueva enfermedad a la que llamó *ansiedad morbosa*. Tales síntomas podían presentarse en grados diversos y eran originados por “una grave corrupción hereditaria o una desviación de la excitación sexual somática al campo psíquico y al uso desviado de esta, causado por tal desviación” (pág. 259). En un artículo posterior denominado A

propósito de las críticas a la neurosis de ansiedad (1895, citado en Berríos, 2008, pág. 260)

Freud considera a la ansiedad como una enfermedad del sistema nervioso: "El sistema nervioso reacciona a una fuente interna de excitación como a una neurosis, tal como reacciona a otra fuente análoga externa, como a una emoción correspondiente". También aclara en dicho artículo que la ansiedad debe considerarse como una enfermedad adquirida y no como una consecuencia a los sucesos de la infancia.

Entre las definiciones que se han elaborado de la ansiedad encontramos la de Enrique Rojas (2001) quien considera que la ansiedad es "una emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios" (pág. 29). Sin embargo, comparte con el temor la sensación de indefensión y vulnerabilidad. Pero mientras que en el miedo este se produce por algo concreto e identificable, en la ansiedad no hay algo específico a que temer.

Rojas agrega que la ansiedad es básicamente una manifestación afectiva aunada a un estado de activación neurológica, que desemboca en una hipervigilancia; es decir, una defensa organizada a cualquier estímulo que pudiera romper el equilibrio fisiológico (Rojas, 2001, pág. 26). Es razonable suponer entonces que la ansiedad se trata de una defensa adaptativa, ya que permite enfrentarse a ciertos eventos y requerimientos de la vida cotidiana. Sin embargo, cuando esta es abierta y poco focalizada, promueve respuestas de evitación e inhibición lo que mantiene al individuo en un estado de alerta prolongado, que se vuelve insostenible con el tiempo.

En la ansiedad se pueden diferenciar desencadenantes externos que son aquellos eventos y situaciones que son experimentados como una amenaza por el individuo (por ej. un desastre natural) y desencadenantes internos como recuerdos, ideas, pensamientos, fantasías, etc., que actúan como estímulos y pueden ser controlados. Es debido a esto que a menudo se habla de dos tipos de ansiedad: la exógena, que es aquel estado de amenaza inquietante producido por

estímulos externos como son conflictos agudos, súbitos e inesperados; situaciones de tensión emocional, crisis de identidad personal y problemas derivados del medio ambiente. En cambio, la ansiedad endógena proviene de sentimientos vitales que son activados por diferentes pensamientos o creencias. Estos son experimentados como una amenaza y provocan una reacción de alerta.

La ansiedad tiene distintos síntomas que pueden ser clasificados según el área en que se manifiestan son (Egozcue, 2005):

Fisiológicos:

- Aturdimiento o asfixia.
- Debilidad, mareos o inestabilidad.
- Desmayos.
- Dolor de cabeza.
- Enrojecimiento de la piel.
- Estremecimientos.
- Hipertensión arterial.
- Hiperventilación o respiración entrecortada.
- Disfunción eréctil o anorgasmia.
- Náuseas y dolor estomacal.
- Opresión en el pecho.
- Rigidez y tensión en los músculos.
- Sensación de asfixia.
- Sensación de resequedad en la boca.
- Sensación de vacío en el estómago.

- Sudores y escalofríos.
- Taquicardia y palpitaciones.
- Temblores incontrolables de brazos, piernas o manos.
- Tics involuntarios en el rostro.
- Voz entrecortada
- Zumbidos

Cognitivos:

- Anticipación de acontecimientos desagradables.
- Aprehensión y preocupación constante.
- Deseos de escapar de situaciones o personas.
- Despersonalización (o sensación de que no se es uno mismo).
- Dificultad en el razonamiento y/o pérdida de la objetividad.
- Falta de concentración, confusión o distracción.
- Hipervigilancia hacia la amenaza.
- Incapacidad de concentrarse.
- Incapacidad de controlar los pensamientos negativos.
- Miedo a enloquecer.
- Miedo a la desaprobación de los demás.
- Miedo a perder el control o no ser capaz de afrontarlo.
- Miedo al daño físico o a la muerte.
- Pensamientos, imágenes o recuerdos perturbadores.
- Percepción de irrealidad.
- Poca memoria o dificultad para recordar acontecimientos.

Conductuales:

- Búsqueda de seguridad y reafirmación.
- Dificultad en el habla.
- Evitación de las posibles amenazas.
- Evitación del contacto ocular.
- Huida o alejamiento.
- Inquietud o agitación.
- Insomnio.
- Parálisis.

Emocionales:

- Dificultad para relajarse.
- Frustración.
- Impaciencia.
- Inseguridad.
- Irritabilidad.
- Miedo.
- Nerviosismo.
- Sensación de vulnerabilidad o de malestar general.

Dentro del DSM-5 (2014), la ansiedad está englobada dentro de los Trastornos de ansiedad, y aunque forma parte integral de varios trastornos como el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad por separación o la agorafobia, en este trabajo nos centraremos específicamente en el Trastorno de ansiedad generalizada. Para el diagnóstico de este trastorno es necesario cubrir los siguientes criterios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 222):

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en el trabajo o en la escuela).
- B. Al individuo le cuesta controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los siguientes seis síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses) Nota: en los niños solo se necesita un síntoma.
 - i. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - ii. Fácilmente fatigado.
 - iii. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - iv. Irritabilidad.
 - v. Tensión muscular.
 - vi. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

El DSM-5 (2014) especifica que muchas personas reportan haber padecido del Trastorno de ansiedad generalizada toda la vida, y aunque la edad media de inicio suele ser a los 30 años, el comienzo de este trastorno puede darse prácticamente en cualquier momento de la vida,

presentándose con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres. Algunos autores sugieren también que cuanto más precoz es el inicio del trastorno es mayor la probabilidad de que se presente con una mayor intensidad y que haya comorbilidad con otros trastornos (Bados, 2015).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Epidemiología realizada en el 2003, establece que aproximadamente el 0.7% de los hombres y el 1.6% de las mujeres entre 18 y 65 años padecen ansiedad en algún momento de su vida, siendo en promedio los 25 años la edad de la primera aparición (Medina-Mora et al, 2003).

En cuanto a su desarrollo, el DSM-5 sostiene que los síntomas del Trastorno de ansiedad generalizada suelen ser oscilantes y crónicos, y que las tasas de remisión completas suelen ser muy bajas (AAP, 2014).

En relación a la comorbilidad del Trastorno de ansiedad generalizada con otros trastornos, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente Muñiz" en 2014 encontró en una muestra de 113 participantes que al menos el 86% de los afectados con el Trastorno de ansiedad generalizada presentaron comorbilidad con otro trastorno, el 60% presentó solo un diagnóstico adicional, el 17.7% presentaron dos diagnósticos adicionales y el 8% tres o más diagnósticos; siendo el trastorno más frecuente el trastorno depresivo mayor con el 71.7% de los casos. Otros trastornos que también se encontraron en dicho estudio fueron el trastorno de angustia con el 11,5% de los casos, la agorafobia con el 8% y la distimia con el 5.3%. Además, el 17.6% presentó también abuso de sustancias (López de la Parra et al, 2014).

El DSM-5 afirma que, la comorbilidad con otros trastornos suele diferir por sexos. En las mujeres es más probable que se presenten otros trastornos de ansiedad, mientras que en los hombres es habitual el abuso de sustancias (AAP, 2013).

También se ha observado que existen enfermedades físicas que tienen una gran incidencia con la ansiedad, como es el síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica, úlceras, diarrea, gases, cefaleas, hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, insomnio, síndrome temporomandibular e inclusive el cáncer (Bados, 2015). Estas enfermedades podrían encontrar explicación en los efectos fisiológicos que tiene la ansiedad cuando permanece demasiado tiempo en el organismo. Bados también menciona que, en su revisión de estudios de enfermedades relacionadas a la ansiedad, la mayoría de los estudios coinciden en que padecer ansiedad eleva el riesgo de morir prematuramente, especialmente por enfermedades cardíacas. Entre las consecuencias en la calidad de vida que nombra Beck en su revisión bibliográfica de trabajos sobre la ansiedad están (Clark y Beck, 2012):

- Los pacientes con ansiedad pierden más días de trabajo y permanecen más días en suspensión de actividades.
- Son más propensos a depender económicamente de ayudas por discapacidad, desempleo o ayudas sociales.
- Acuden con más frecuencia a centros de salud por urgencias médicas.
- Las pérdidas económicas reportadas son comparables a las del resfriado común y la neumonía y superiores a las de la esquizofrenia.

Entre los factores de riesgo para el surgimiento de este trastorno el DSM-5 (AAP, 2014) señala:

- Genéticos: Un tercio del riesgo de padecer el Trastorno de ansiedad generalizada tiene un origen genético, particularmente si se ha presentado en los parientes de primer grado.
- Temperamentales: Características de la personalidad como la inhibición de conducta, el neuroticismo y la evitación de conflictos se han relacionado con el Trastorno de ansiedad generalizada.

- Ambientales: Se ha asociado el Trastorno de ansiedad generalizada con experiencias traumáticas en la infancia y con la sobreprotección de los padres.

Entre los trabajos que han estudiado la presencia de la ansiedad en los estudiantes universitarios, recordamos el trabajo ya mencionado en el capítulo de depresión de Serrano et al (2013) quienes no encontraron una relación significativa entre la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico. Sin embargo, puntualizan que la ansiedad “puede entremezclarse o llegar a ser puramente un factor que se relacione con el rendimiento académico, debido a las exigencias del actual sistema educativo dentro del marco referente a las competencias” (Serrano et al, 2013). Por otra parte, el estudio de Ocampo et al (2007) sobre los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de la carrera de psicología en la FES Iztacala no encontró que los participantes mostraran niveles clínicos de sintomatología ansiosa, así como tampoco halló diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre mujeres y hombres.

A continuación, se expondrán algunas teorías que han intentado darle una explicación al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad.

Modelo cognitivo de Beck

Dentro de las teorías cognitivas alrededor de la ansiedad se destaca el modelo cognitivo de la ansiedad, en donde Aaron T. Beck define la ansiedad como “una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de la vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales” (Clark y Beck, 2012, pág. 72). Beck también realiza una diferenciación entre la ansiedad y el miedo señalando que la ansiedad es “un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles o incontrolables que

potencialmente podrían amenazar los intereses del individuo” (Clark y Beck, 2012, pág. 23), mientras que el miedo es “la valoración del peligro”, la ansiedad es en cambio “el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck, Emery y Greenberg, 1985 citado en Clark y Beck, 2012, pág. 22).

Derivado de la definición anterior sobre ansiedad, es necesario aclarar que la sensación de vulnerabilidad se exagera debido a un sistema defectuoso en el procesamiento de la información. Debe entenderse por vulnerabilidad como “la percepción de peligros internos y externos sobre los que se carece de control o este es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad” (Beck et al, 1985 citado en Clark y Beck, 2012, pág. 69). Este aumento de la sensación de vulnerabilidad hace que la persona ansiosa evalúe como peligrosos estímulos que no lo son en absoluto. A esta primera valoración la denomina *valoración primaria de la amenaza*. En una segunda revisión de la amenaza, las personas ansiosas evalúan sus propias capacidades de afrontamiento y recursos de seguridad, una etapa denominada *revaloración elaborativa secundaria*. La intensidad de la ansiedad dependerá del equilibrio entre estas dos valoraciones.

La ansiedad movilizará los recursos del individuo para hacer frente a la amenaza, ya sea luchando o huyendo, pero también solicitando ayuda, adoptando una postura defensiva, negociando para minimizar los riesgos o inclusive, quedando paralizado.

En el modelo cognitivo de Beck sobre la ansiedad se presentan varios procesos relacionados entre sí que darían como consecuencia un estado de ansiedad, los cuales se explican a continuación. Beck enfatiza que dichos procesos ocurren casi simultáneamente y se retroalimentan mutuamente (Clark y Beck, 2012):

Situación o estímulo activador.

La cantidad de situaciones que pueden provocar la ansiedad son muy variadas, pero todas tienen en común que son percibidas como amenazantes a la seguridad, la integridad e inclusive la vida del individuo. La amenaza puede ser meramente imaginaria o ser percibida como real. Estas situaciones pueden abarcar distintos aspectos de la vida del individuo como puede ser los intereses personales (como es el éxito, el dinero o la salud), o sus relaciones con los demás (los aspectos laborales, familiares y de pareja). En cualquier caso, Beck aclara que una situación solo puede percibirse como amenazante "si es capaz de interferir o impedir la satisfacción de metas o esfuerzos personales valiosos, incluso aún peor: si puede conllevar a un estado personalmente negativo y doloroso" (Clark y Beck, 2012, pág. 86)

Modo de orientación.

Beck definió al modo de orientación como "(...) un sistema de detección precoz de alerta que identifica los estímulos y les asigna una prioridad inicial de procesamiento" (Clark y Beck, 2012, pág. 88). Este procesamiento inicial ocurriría de forma muy rápida, involuntaria y no consciente por el individuo; evaluando de manera generalizada los estímulos y valorando el riesgo de amenaza hacia el individuo. En un trastorno de ansiedad este modo de orientación estaría particularmente predispuesto a interpretar los estímulos como un peligro al individuo.

Activación del modo primal de amenaza.

Una vez detectada una amenaza al organismo se activarán una serie de estructuras diferentes con la finalidad de que aseguran la seguridad del individuo. Estas estructuras tendrán en común que ocuparán la mayor parte de la atención del individuo y dominan de tal forma el procesamiento de información que impedirán que otros tipos de pensamientos más lentos y reflexivos se lleven a cabo. Entre dichas estructuras estarán:

- i. **Cognitivo-conceptual:** Dentro de esta estructura encontramos las creencias, reglas y suposiciones que sean importantes para la interpretación de la amenaza, así como aquellas relacionadas a la vulnerabilidad de la persona y la percepción de peligro en experiencias pasadas.
- ii. **Conductuales:** Se refiere al espectro de comportamiento que permite una reacción defensiva a la amenaza y que en gran parte estará determinado por experiencias tempranas. Dentro de esto encontraremos las respuestas típicas de huida y lucha, pero también la inmovilización y la solicitud de ayuda a otros. Aquellas que permitan la reducción de la amenaza o en su defecto la reducción de la ansiedad percibida, perdurarán para experiencias futuras.
- iii. **Fisiológico:** Aquí encontraremos todo aquello relacionado las respuestas autónomas del organismo y las sensaciones físicas que se perciban; por ejemplo, en la ansiedad son comunes las sensaciones de aumento de la presión y el ritmo cardíaco, el dolor en el pecho y la falta de respiración, los cuales podrían considerarse como una confirmación de la amenaza percibida.
- iv. **Motivacional:** En esta estructura encontraremos creencias y reglas concernientes a las motivaciones y objetivos del individuo respecto a la amenaza como por ejemplo el alejarse de la amenaza para disminuir la amenaza, el deseo de mantener el control de la situación o la incomodidad que surge de la persistencia del evento amenazante.
- v. **Afectivo:** Abarca el aspecto emocional de la experiencia y su percepción subjetiva. Esta estructura es importante porque el aspecto emocional de la experiencia garantiza que la atención se centre en la amenaza y se realicen acciones preventivas. Por lo tanto, sería

responsable del nerviosismo, agitación y la sensación de estar experimentando una situación en extremo intolerable.

Como resultado de la activación del modo primal de amenaza se llevan a cabo cuatro procesos paralelos que podrían mantener o inclusive aumentar el estado de activación primal. Una característica de estos procesos es que se ejecutarán de forma automática e involuntaria. Entre estos procesos se encuentran (Clark & Beck, 2012):

- **Mayor activación autónoma:** En el apartado fisiológico de las estructuras del modo primal de amenaza se explicó que a menudo los individuos con ansiedad experimentan una serie de reacciones fisiológicas, como el aumento de la frecuencia cardiaca o el dolor de pecho como resultado de la percepción de amenaza. En efecto, dichas sensaciones pueden interpretarse como una confirmación de la amenaza percibida, aumentando asimismo la ansiedad.
- **Respuestas defensivas inhibitorias:** Ante la detección de la amenaza se pondrán en acción respuestas protectoras con el fin de aliviar la ansiedad. Estas respuestas suelen ser muy rápidas e instintivas como son la huida, la lucha, el quedar paralizado o desmayarse. Este tipo de respuestas no son muy elaboradas o razonadas, lo que puede tener como consecuencia el aumento de la amenaza y por consiguiente el mantenimiento o elevación del estado ansioso.
- **Errores del procesamiento cognitivo:** Como se mencionó anteriormente, en el modo primal de amenaza el nivel de procesamiento de la información se lleva a cabo de forma automática e involuntaria, lo que hace que las señales de amenaza se amplifiquen y se dé menos importancia a las señales de seguridad que podrían disminuir la sensación de amenaza. Esto da como resultado que se lleven errores en el pensamiento algunos de los

cuales son también comunes en la depresión como es el caso de la minimización (el sujeto minusvalora sus recursos para hacer frente a la amenaza), la abstracción selectiva (se concentra en sus debilidades sin pensar que también posee fortalezas que podrían ayudarlo), la magnificación (la amenaza es exagerada, dando como resultado que los incidentes cotidianos sean vistos como un desastre) y este último lleva a la catastrofización (la situación es vivenciada como insuperable o desastrosa). Este tipo de pensamientos solo logran que la persona sea incapaz de pensar en formas alternativas de hacer frente a la situación.

- ***Pensamientos automáticos relativos a la amenaza:*** Es común que las personas ansiosas experimenten pensamientos o imágenes involuntarios relacionados con el estímulo ansioso, un fenómeno a menudo descrito como "rumiación". Para ellos es difícil controlar tales pensamientos, por lo que se convierten en fuente de inquietud incluso cuando la persona está fuera de amenaza, lo que contribuye a perpetuar el modo primal de amenaza.

Revaloración elaborativa secundaria.

Una vez que se pone en marcha el modo de activación primal también se activa la revaloración elaborativa secundaria que se diferencia de la activación primal en que es más consciente, lenta y controlada. Este contribuirá a mantener o disminuir el nivel de ansiedad experimentado; sin embargo, en la ansiedad patológica rara vez se logra que la reflexión de los recursos disponibles disminuya los niveles de ansiedad. Dentro de los procesos cognitivos encontrados en esta etapa se encuentran:

- ***Evaluación de los recursos disponibles:*** El sujeto realiza de manera intencionada un examen de sus capacidades para afrontar el problema. En párrafos anteriores se señalaba que de manera instintiva el individuo puede responder a la amenaza con señales de lucha,

huida o parálisis, pero en esta etapa más razonada se muestran alternativas más elaboradas como son solicitar ayuda a otros, la negociación o la aceptación del problema. Sin embargo, en estados de ansiedad patológica la persona concluye que su capacidad de afrontar el problema es insuficiente o ineficaz con lo que se refuerza la sensación de vulnerabilidad.

- ***Búsqueda de señales de seguridad:*** A menudo los individuos ansiosos recurren a comportamientos atípicos para aliviar la sensación de vulnerabilidad que experimentan. Por ejemplo, pueden solicitar ser siempre acompañados por personas de confianza, negarse a acudir a lugares que detonan la ansiedad o llevar consigo siempre tranquilizantes, todo lo anterior con el fin de experimentar cierta seguridad. Estas conductas pueden aliviar momentáneamente la ansiedad, pero a largo plazo contribuyen al mantenimiento de esta, ya que perpetúan la creencia de que la persona no puede enfrentarse por sí misma al problema.
- ***Pensamiento de modo constructivo:*** Se pondrán en marcha procesos cognitivos más complejos y elaborados como el pensamiento reflexivo, la anticipación de las consecuencias, la evaluación de nuestros propios pensamientos (metacognición) y la creatividad en la resolución de problemas, con el fin de aumentar los recursos de afrontamiento y reducir así la ansiedad existente. Sin embargo, las personas con un trastorno de ansiedad a menudo son dominadas por el modo primario de amenaza lo que les imposibilita llevar a cabo un procesamiento más constructivo de la situación.
- ***Preocupación:*** Como hemos visto anteriormente, la preocupación es un síntoma común en la ansiedad que a menudo se manifiesta antes de que se presente la amenaza temida. Beck establece una diferencia en torno a la preocupación en la ansiedad normal y la

patológica. En la ansiedad normal, la preocupación surge del pensamiento constructivo ayudando a la resolución de problemas, ya que motiva al individuo a buscar una expectativa realista de solución. Sin embargo, si la ansiedad es patológica la preocupación se vuelve difícil de manejar, resultando que el individuo permanezca bloqueado y enfocado únicamente en la amenaza, lo que a su vez ayuda a intensificar la ansiedad.

- **Revaloración de la amenaza:** Una persona que se enfrenta a una situación nueva es capaz de juzgar con claridad si existe una amenaza a su existencia, la probabilidad de que esta ocurra y el grado de peligro al que puede enfrentarse. Si juzga que existe un peligro real puede reconocer los recursos que posee para enfrentar tal situación y planear una estrategia de afrontamiento. Todo esto ayuda a que la persona pueda sentirse capaz de sobrellevar la situación y a su vez reducir la ansiedad que pudiese experimentar. Cuando la persona padece un trastorno de ansiedad, esta revaloración no es neutral, se exagera el grado de amenaza percibida y esto aunado a una preocupación desbordante y la rumiación de ideas, hace que se confirme la valoración del modo primario de amenaza, manteniendo el estado de ansiedad.

Entre los distintos mecanismos cognitivos que intervienen para el desarrollo y mantenimiento de la Ansiedad, según el modelo de Beck se encuentran (Clark y Beck, 2012):

Valoración exagerada de la amenaza.

Ante una amenaza, el individuo la evalúa rápidamente en términos de proximidad tanto temporal como física, probabilidad de que ocurra y gravedad de los daños. Todo esto es denominado *valor de la amenaza* y se llevará a cabo durante la valoración primaria de la amenaza. Esta se observará tanto en la ansiedad normal como en la patológica, pero solo en esta última será

exagerada y desproporcionada con relación al verdadero riesgo de amenaza que tiene la situación.

Mayor indefensión.

Durante la revaloración evaluativa secundaria, las personas ansiosas sienten que su capacidad para afrontar el peligro es inferior a lo necesario y esperan un mal resultado, con lo que se incrementa la sensación de indefensión.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad.

Beck asegura que debido a un procesamiento sesgado de la información se subestiman los recursos con los que se cuenta (como por ej. la ayuda de los demás), llegando esta información incluso a ser ignorada. Como resultado, cualquier información que pudiera reducir la sensación de amenaza se pierde, manteniéndose la ansiedad. Esto se agrava con conductas como la búsqueda de seguridad o la evitación, que impiden que el sujeto ansioso verificar que la situación es benigna o imaginaria.

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo.

Durante la evaluación primaria de la amenaza el procesamiento de la información se realiza de modo automático y preconsciente, lo que dificulta el pensamiento reflexivo (que requiere un mayor tiempo y estar bajo control consciente) que conlleva a una evaluación más completa de la amenaza. Con el tiempo, el procesamiento automático predomina hasta que la situación amenazadora desaparece.

Procesamiento automático y estratégico.

Estas dos clases de procesamiento de la información tienen características distintas. El automático no requiere esfuerzo, es involuntario, no intencionado, predominantemente preconsciente, casi no requiere de atención, es estereotipado pues conlleva a acciones cotidianas

y necesita muy poco análisis. Por su parte, el estratégico requiere de esfuerzo, es voluntario, intencionado, es consciente, es más lento, requiere una mayor atención, maneja tareas nuevas y difíciles y necesita de un análisis semántico y capacidad de síntesis.

Durante la valoración primaria de la amenaza, el procesamiento automático predominará ya que se requiere una rápida valoración ante la amenaza potencial. Sin embargo, conforme la situación de riesgo pase y se lleve a cabo la valoración secundaria de la amenaza, el procesamiento estratégico será cada vez más responsable del mantenimiento de la ansiedad.

Procesos autoperpetuantes.

Beck afirma que la ansiedad debe ser entendida como un círculo vicioso, debido a dos procesos. En el primero, la atención focalizada en uno mismo durante la ansiedad hace que el individuo sea particularmente consciente de sus propios pensamientos y conductas cuando está ansioso, lo que intensifica la aprehensión. Posteriormente esta atención dirigida hacia los síntomas ansiosos interfiere en las propias habilidades y conducta. La consecuencia de ambos procesos es que la persona ansiosa concluye que la propia ansiedad es en sí misma amenazante y que esta debe ser evitada o minimizada pues sus consecuencias son percibidas como catastróficas.

Primacía cognitiva.

Tanto la valoración primaria de la amenaza como la revaloración elaborativa secundaria se generalizan y mantienen a una amplia gama de situaciones que son percibidas como amenazantes y en respuesta, una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales son activadas cuando no es necesario.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad.

Aunque el modelo cognitivo de Beck acepta que determinadas factores genéticos y neurofisiológicos predisponen a un individuo a la ansiedad, también considera que "algunos

esquemas particularmente sostenidos sobre reglas y presunciones relativas al peligro y a la indefensión pueden predisponer a un individuo a la ansiedad" (Clark y Beck, 2012, pág. 84). Por esquemas debe entenderse a las creencias centrales sostenidas sobre la vulnerabilidad personal. Beck también distingue que existen diferencias entre una ansiedad normal y una patológica, las cuales son (Clark y Beck, 2012):

Cognición disfuncional.

Como se vio anteriormente, la ansiedad patológica es resultado de una incorrecta valoración de lo que se presume es un peligro, siendo muchas veces el peligro más imaginado que real. La valoración del peligro inadecuada puede verse sesgada por creencias disfuncionales y errores de apreciación.

Deterioro del funcionamiento.

La ansiedad patológica impide un correcto manejo de la situación generadora de ansiedad, logrando como consecuencia que la persona quede paralizada o inclusive que tenga comportamientos que pongan en riesgo su seguridad y su vida. A lo anterior también hay que agregar que la ansiedad patológica impide que la persona pueda disfrutar de una vida plena.

Persistencia.

La ansiedad patológica suele durar mucho más de lo que lo haría una ansiedad normal pudiendo manifestarse día tras día por años enteros. Esto es debido a que en la ansiedad patológica la sensación de vulnerabilidad puede manifestarse con solo pensar en la amenaza, aún si esta nunca se presenta.

Falsas alarmas.

Como se vio en el punto anterior, las personas con ansiedad patológica pueden manifestar intensas crisis de pánico con solo pensar en la inminencia de una amenaza, aún si no hay ninguna

señal real de esta. Estas crisis de pánico originadas sin estímulo exterior son a lo que se denomina "falsa alarma".

Hipersensibilidad a los estímulos.

A menudo las personas con ansiedad patológica suelen manifestar una respuesta exagerada a una amplia variedad de situaciones que suelen estar levemente relacionados con la amenaza o inclusive no relacionados en absoluto.

Modelo de la terapia racional emotiva de Ellis

Un modelo diferente para entender la ansiedad es el propuesto desde la terapia racional emotiva, creada por el psicólogo Albert Ellis que propone que los trastornos mentales son originados por creencias irracionales (CI) que interfieren el procesamiento correcto de la información respecto a una situación y nos impiden valorar de forma realista una situación. Estas CI en su mayor parte son automáticas y no las percibimos como la verdadera fuente de nuestras preocupaciones. Como características de las CI encontramos que a menudo son absolutistas, rígidas, sin fundamento en ninguna evidencia empírica y con frecuencia son expresadas en forma de exigencia a través de un "debería" o un "tengo que". Ellis distingue que en el caso de la ansiedad estas CI se concentran en tres áreas (Ellis, 2010):

Deberes dirigidos contra uno mismo.

Se dirigen a uno mismo y exigen del individuo metas inalcanzables o sin espacio para equivocaciones que a menudo originan inseguridad y que a persona crea que no tiene valor como por ej. "debo ser perfecto en lo que me propongo", "debo conseguir como sea las cosas que me propongo" o "debo ser querido y aprobado por todas las personas que son significativas para mí".

Deberes dirigidos hacia otras personas.

Están enfocadas en las demás personas y al igual que las anteriores, son exigencias inflexibles que a menudo desatan ira rabia y violencia cuando los demás no siguen dichos mandatos.

Ejemplos de ello son "los demás deben ayudarme a conseguir lo que quiero" o "los demás deben siempre quererme y darme su aprobación".

Deberes dirigidos contra el entorno.

Son exigencias que no están dirigidas contra una persona en particular o incluso contra el medio o los elementos que rodean a la persona, a menudo causando una baja tolerancia a la frustración, postergación de tareas, e inclusive depresión. Ejemplos pueden ser "el metro debería llegar siempre a tiempo", "las personas no deberían ser egoístas" o "la vida debería ser siempre justa o agradable".

Estas CI también son el origen de algunas suposiciones ilógicas que Ellis denomina distorsiones cognitivas. Algunas de las que están relacionadas con el mantenimiento de la ansiedad son (Ellis, 2010):

- **Minimización de uno mismo:** La persona ansiosa con frecuencia menosprecia sus propias capacidades o atribuye sus éxitos a condiciones externas como la suerte; sin embargo, se atribuye a sí mismo sus fracasos, considerando que no debió haberlos cometido. Esto a menudo provoca una ansiedad acerca del rendimiento o el desempeño al realizar tareas.
- **Dramatización o tremendismo:** Una persona con ansiedad puede exagerar lo catastrófico de una situación que simplemente es incómoda o inconveniente, ya que la considera como totalmente negativa. Por ejemplo, las personas que experimentan ansiedad al hablar en público pueden considerar que su incomodidad es prueba de que están pasando por la peor situación imaginable, contribuyendo al mantenimiento de la ansiedad.

- **Insoportabilidad:** Relacionado con la distorsión anterior, la persona con ansiedad puede experimentar no solo que la situación es totalmente mala sino también que es insoportable e insuperable. Volviendo al ejemplo anterior, la persona puede quedarse paralizada al pensar que hablar frente a los demás no solo es una situación mala, sino que también es insufrible; además de que posiblemente se niegue a realizarla de nuevo, contribuyendo al mantenimiento de la ansiedad. Esta distorsión está muy relacionada con una baja tolerancia a la frustración.
- **Pensamiento dicotómico y otras formas de sobre generalización:** Es muy común que la persona ansiosa se exija actuar perfectamente y cuando no lo hace lo vea como una prueba de su poca valía. Esto puede verse reflejado en pensamientos como "he fracasado, lo que significa que soy un fracasado y nunca lograré la felicidad en mi vida". Estas generalizaciones también pueden presentarse en forma de "siempre y nunca" como cuando la persona cree que siempre se ha mantenido tal o cual situación y es un hecho que nunca cambiará, como en la frase "siempre me pasan cosas terribles y nunca lograré cambiar".

Ellis también considera que las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas son interdependientes y que se refuerzan mutuamente, logrando con ello el mantenimiento de la ansiedad.

Ellis también propone que existen dos clases distintas de Ansiedad: la situacional y la del ego:

Ansiedad del ego.

Ellis la define como "aquella tensión emocional que es resultado de cierta clase de pensamientos como 1) que su valor como personas está siendo amenazado, 2) que siempre deben comportarse perfectamente, y 3) que es horrible y catastrófico cuando fallan y/o si otras personas les rechazan

cuando “deberían” aceptarlas” (Lega, Caballo y Ellis, 1998, pág. 127). Ellis también advierte que esta clase de ansiedad está relacionada con sentimientos de incapacidad, culpa, vergüenza, y lo que es más importante con la depresión y el suicidio, lo que los convertiría en las dos caras de una misma problemática y explicaría su gran comorbilidad. La primera parte estaría expuesta cuando la persona se exige a sí misma unas metas rígidas y un perfeccionismo difícil de conseguir, lo que llevaría a una situación de ansiedad del rendimiento como se expuso anteriormente. Al no poder cumplir con tan altas expectativas, el sujeto ve en estos fallos una prueba de su incompetencia, lo que lo llevan a cuestionar su eficacia, su autoimagen e incluso su propia valía, orillándolo a la depresión.

Ansiedad situacional.

Originalmente denominada ansiedad perturbadora, Ellis la define como la tensión emocional que tiene lugar cuando las persona sienten que 1) que su comodidad o su vida está amenazada, 2) que deben o tienen que conseguir lo que tienen, y 3) que es horroroso o catastrófico cuando no consiguen lo que supuestamente deben (Grieger y Ellis, 1990). Ellis considera que “(...)es menos intensa que la del ego, pero es más frecuente, y que erróneamente puede ser diagnosticada como ansiedad generalizada” (Lega et al, 1998, págs. 128-129) siendo también determinante en otros tipos de ansiedad como la ansiedad social, la agorafobia o los ataques de pánico. Ellis asegura que viene acompañada de una serie de pensamientos como “las condiciones de mi vida deben de ser fáciles, pues sería horrible que tuviera que esforzarme demasiado, lo que convertiría el mundo en un lugar insoportable”, siendo la creencia anterior fuente de una baja tolerancia a la frustración. Aunque la depresión está más relacionada con la ansiedad del ego, Ellis afirma que la ansiedad situacional también juega un papel en su mantenimiento, pues la persona puede sentirse incapaz de cambiar la situación que está viviendo. Así la persona con ansiedad

situacional podría limitarse a quejarse amargamente de su situación en vez de realizar algo que la modifique efectivamente. Ellis también subraya que en los casos en que han existido pérdidas significativas desde temprana edad como son las pérdidas de familiares, pero también la pérdida de empleo o de la posición social pueden mezclar una frustración real con la poca tolerancia a una situación percibida como insoportable, propia de la ansiedad situacional, dando origen a un trastorno depresivo, sin que intervenga ninguna ansiedad del yo (Grieger y Ellis, 1990).

Por último, cabe mencionar que Ellis considera que la ansiedad del yo es generalizada, es decir, no está limitada a una situación específica y puede llegar a convertirse en una característica de la personalidad de la persona; mientras que la ansiedad situacional está claramente limitada a una situación particular; sin embargo, la persona ansiosa podría estar a la expectativa de señales que anuncien la situación amenazadora, lo que lo mantendría en un estado de alerta continuo. Esto ayudaría a confundirlas, pues se perciben como una sola (particularmente si la persona ansiosa presenta ambos tipos), cuando en realidad son dos ansiedades diferentes con sus propias características.

Algunos seguidores de la TREC han propuesto hipótesis adicionales a la teoría de la ansiedad desarrollada por Ellis. Warren y Zgourides (1991, citado en Yankura y Dryden, 1997) sostienen que las personas con trastorno de ansiedad generalizada mantienen ciertos supuestos acerca de la preocupación que ayudan al mantenimiento de la ansiedad, por ejemplo:

- 1) Si existe la posibilidad de que algo peligroso suceda, debería preocuparme. Es la forma correcta de conducirse.
- 2) La preocupación me defenderá del peligro.
- 3) Lo mejor es estar preparado y vigilante ante el riesgo, en vez de ser sorprendido.

Las personas con tales ideas sostenían que la preocupación era un modo de distraerse de emociones más desagradables como el miedo y que la preocupación ayudaba a la resolución de problemas, cuando en realidad solo ayudaba a conservar y aumentar el estado de ansiedad que experimentaban.

Teoría de la red asociativa de Bower

Además de las propuestas de Beck y Ellis, dentro del modelo cognitivo se han propuesto otras explicaciones, como es el caso de la teoría de la red asociativa de Bower (1987 citada en Cano, 1999, "Redes asociativas", párr. 1), que se basa a su vez en su teoría sobre la memoria asociativa, también llamada *teoría de redes* con la que pretendía describir la relación entre las emociones y la memoria. En esta teoría, las emociones estarían formadas en la memoria a través de unidades llamadas *nodos* que forman redes asociativas. A su vez dichos nodos estarían relacionados con otros tipos de información que no necesariamente tienen que ser emocionales. Por ejemplo, el recuerdo de un enamoramiento podría estar relacionado con la sensación de taquicardia al observar al ser amado e inclusive disparar esa respuesta. Bower afirma que la activación de un nodo emocional facilita la adquisición de material relacionado con dicho estado de ánimo o en otras palabras que dependiendo de nuestro emocional somos proclives a recordar sucesos que pasaron bajo la misma emoción (fenómeno conocido como *hipótesis de la congruencia del estado de ánimo*). Este último punto es de especial importancia en la teoría de la red asociativa de la ansiedad, ya que Bower afirma que cuando se activa el nodo emocional relacionado con la ansiedad se facilita el acceso a aquellas vivencias relacionadas en dicho trastorno formando un sesgo en la información, lo cual afectaría la atención, la valoración y la memoria; facilitando que se dé especial atención a los estímulos amenazantes, interpretando situaciones neutrales como

amenazadoras y predisponiendo a recordar las situaciones de alarma sobre otras más favorecedoras, dando como resultado el mantenimiento de la ansiedad.

Teoría de la vulnerabilidad a la amenaza de Riskind

Otro modelo surgido de la psicología cognitiva es la teoría de la vulnerabilidad a la amenaza propuesta por John Riskind en 1992 (citada en Cano, 1999). En ella, Riskind afirma que las personas almacenamos en nuestra memoria episódica una serie de secuencias de acción llamados "scripts" que nos permiten actuar con rapidez ante una situación. El objetivo de dichos scripts sería ofrecer alternativas de acción, anticipar situaciones futuras y desechar una acción cuando se aproxima a resultados no deseados. Esta teoría explica que mientras que las personas no ansiosas son capaces de predecir la secuencia de eventos que tendrá una situación amenazante en base a sus características objetivas, las personas ansiosas solo necesitan un mínimo estímulo para que sus scripts sobre acontecimientos amenazadores almacenados en su memoria se activen, sintiéndose proclives a una consecuencia insoportable o riesgosa. Debido a que en este proceso intervienen múltiples secuencias de acción, el individuo ansioso considera la situación como impredecible y le es imposible habituarse a ella.

Riskind también propone que los estímulos que generan la ansiedad suelen ser objetos en movimiento, estímulos intensos o aquellos que cambian de intensidad. Esto parecería que deja fuera a aquellos estímulos que tienen una condición abstracta o que provienen de un aprendizaje social, pero Riskind asegura que cuando una amenaza es poco específica y de naturaleza más bien imaginaria, el individuo ansioso anticipa rápidamente un desenlace fatal, por lo que dicha estimulación se volvería muy intensa con rapidez, cumpliéndose así el criterio para generar ansiedad. Esto es de particular importancia en el Trastorno de ansiedad generalizada, pues las personas con dicho trastorno serían especialmente proclives a experimentar que dicha "amenaza

en movimiento" está presente en una variedad de estímulos poco específicos, lo que explica porque la sensación de ansiedad está presente la mayor parte del tiempo y no solo ante un evento en particular como en una ansiedad fóbica o en el TOC. Como resultado de lo anteriormente mencionado, las personas con TAG tendrían una tendencia a permanecer hipervigilantes a cualquier estímulo, siendo susceptibles a una mayor preocupación en múltiples eventos y conservando recuerdos muy vívidos de tales situaciones.

Teoría de la preocupación como evitación cognitiva

Hasta aquí hemos revisado teorías que se basan en los errores en el procesamiento de la información, creencias irracionales o en esquemas mentales; sin embargo, también existen teorías que enfatizan el papel de la preocupación en la adquisición del TAG. Un ejemplo notable es la teoría de la preocupación como evitación cognitiva desarrollada por Berkovec, Ray y Stöber en 1998. La teoría enfatiza que las personas con ansiedad suelen mantener diálogos internos sobre los sucesos futuros que temen les ocurran. Esto suele venir acompañado de imágenes mentales sobre los acontecimientos que suelen activar las reacciones fisiológicas (como por ej. taquicardia) que no suelen ocurrir cuando verbalizan dichas preocupaciones. La preocupación entonces se convierte en un elemento fundamentalmente lingüístico que reduce la ocurrencia de las imágenes mentales, lo cual protege al individuo de un posible daño emocional; como resultado de ello la conducta se ve reforzada. Es por ese motivo que las personas con el Trastorno de ansiedad generalizada mantienen creencias positivas sobre la preocupación como que les ayuda a disminuir la frecuencia de los eventos amenazantes o que los defiende ante los peores escenarios. Lo anterior se convertirá con el tiempo en un círculo vicioso, pues ya que el individuo no se enfrenta a la situación temida (que probablemente es menos amenazante de lo anticipado) se mantiene la preocupación y por consiguiente la ansiedad. Esta teoría sostiene que

además de evitar con preocupación las imágenes mentales que provocan una reacción fisiológica, se evita de manera subyacente el surgimiento de emociones desagradables. Con la preocupación sólo se accedería a las partes más superficiales de un problema, pasando de largo otros aspectos atemorizantes como traumas de la niñez, carencias emocionales o problemas en las relaciones sociales, sustituyéndolas por preocupaciones más corrientes (Berkovec, Jay, y Stöber, 1995).

Modelo metacognitivo de la ansiedad de Wells

En este modelo formulado por Wells en 1995 (citado en Caballo et al, 2014), la preocupación no solo es un componente de esta, sino que es básicamente el motor que pone en marcha el mecanismo de la ansiedad. Este modelo distingue que existen 2 clases de preocupación: la de primer tipo aplicaría a las situaciones de tipo externo o interno que no tienen un origen cognitivo como pueden ser el trabajo, la escuela, las relaciones interpersonales o la salud. La preocupación del segundo tipo sería sobre los propios pensamientos y emociones o en otras palabras una preocupación por la preocupación misma, como puede ser reconocible a través de frases como “no tolero esta preocupación”, “creo que voy a perder el control” o “me voy a volver loco de seguir así”. El modelo establece que las personas con ansiedad a menudo mantienen creencias positivas acerca de la preocupación ya que consideran que esta los prepara para las situaciones y les ayuda a encontrar soluciones, dando lugar a que incluso las problemáticas más cotidianas desatan el mecanismo de la preocupación (por ej. ¿podré pagar mis cuentas a tiempo? o ¿y si llego tarde al trabajo?). Así es como da comienzo la preocupación de tipo I que podría brindar una breve sensación de alivio ante los peores escenarios imaginados, pero si no se logra una solución eficaz, la preocupación aumenta. Irónicamente estas personas también mantienen creencias negativas sobre la preocupación puesto que la consideran como difícil de manejar y desagradable, siendo estas creencias el inicio de la preocupación de tipo II lo que incrementa la

intensidad de la ansiedad percibida. Ya que persisten las creencias negativas alrededor de la preocupación, el individuo experimenta dicho aumento de ansiedad como una prueba de que está perdiendo el control, ya sea de sí mismo o de la situación lo que aumenta la preocupación del tipo I, con lo que se perpetúa el proceso. Con el tiempo, las personas que experimentan el Trastorno de ansiedad generalizada pueden evitar las situaciones desencadenantes para evitar el surgimiento de la preocupación, o evitan pensar sobre las situaciones que los preocupan, pero a menudo dicha supresión resulta poco eficaz. Según este modelo, si las personas ansiosas se desprendieran de sus creencias positivas y negativas sobre la preocupación, experimentarían niveles de ansiedad más funcionales aumentando su percepción de eficacia en las situaciones en que más la necesitan.

Modelo de la intolerancia de la incertidumbre

En este modelo propuesto por Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston en 1998 (citado en Caballo et al, 2014) descubrimos que la preocupación juega un papel preponderante. El modelo se centra específicamente en la intolerancia hacia la incertidumbre, a la cual define como “ (...) la tendencia a reaccionar de manera negativa a nivel cognitivo, emocional y comportamental ante las situaciones inciertas” (pág. 326). Las personas con baja tolerancia a la incertidumbre son incapaces de soportar la mera posibilidad de que ciertas situaciones que consideran amenazantes ocurran, a pesar de dichas situaciones no sucedan en el presente o incluso no lleguen a suceder. A pesar de que la vida en general está llena de situaciones por este estilo, ellos intentan en vano controlarlas o evitarlas sin resultados. A esta intolerancia hay que agregarle tres aspectos adicionales: las creencias positivas sobre la preocupación, la visión pesimista hacia los problemas y la evitación de pensamientos. Las creencias positivas de la preocupación son (como ya hemos visto en otras teorías) que ayuda a la solución de problemas o que previene los

escenarios más temidos. En la visión pesimista hacia los problemas encontramos que las personas con intolerancia a la incertidumbre tienen poca confianza en sus propias habilidades y recursos para hacer frente a las situaciones, lo que les hace especular que tendrá un mal desenlace o una consecuencia desagradable. Por último, y como ya hemos visto anteriormente, las personas con el Trastorno de ansiedad generalizada a menudo evitan pensar sobre determinadas situaciones ya que estas pueden despertar en ellas imágenes mentales sobre los acontecimientos que temen. La intolerancia a la frustración puede disparar en estas personas una serie de pensamientos anticipatorios que serían acompañadas de los componentes anteriores lo que desataría la ansiedad y la mantendría. Dichos elementos obstaculizarían que la persona se enfrentará a las condiciones temidas, con lo cual la persona no se daría cuenta de que sus temores eran infundados, perpetuando de esta forma la ansiedad.

Modelo del déficit de regulación emocional

En este modelo desarrollado por Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, se enfatiza el papel de la regulación emocional para comprender la ansiedad. Por regulación emocional debe entenderse como "los intentos que realiza el individuo para influir en sus emociones, cuando tenerlas, como expresarlas y experimentarlas" (Mennin, Heimberg, Turk, y Fresco, 2002, pág. 86). Los autores sostienen que los afectados por el Trastorno de ansiedad generalizada tienen dificultad para regular sus emociones, lo que se percibe por: 1) viven las emociones de forma más intensa y vívida que las personas sin este trastorno, 2) se les dificulta identificar el origen de sus emociones, 3) tienen reacciones negativas (por ej. miedo) ante la posibilidad de experimentar determinados estados emocionales y 4) su manejo de emociones raras veces les ayuda a solucionar problemas o adaptarse a los cambios. Estas personas en lugar de enfrentar sus emociones y experimentarlas, prefieren hacer uso de recursos como la evitación y la

preocupación. A pesar de ello, es importante mencionar que este modelo aún carece de evidencia experimental que le de sustento, por lo que permanece como una hipótesis.

A continuación, revisaremos el método que se siguió para llevar a cabo este trabajo.

Método

El primer año universitario ha sido señalado como un periodo vital para los estudiantes de nivel superior, ya que en este lapso se enfrentan por primera vez a las vicisitudes de la vida académica ya sea fortaleciendo sus habilidades de integración, contrastando sus expectativas de la vida académica con la realidad o alcanzando sus metas educativas. Sin embargo, en ocasiones, diferentes elementos pueden afectar las aspiraciones profesionales de los educandos, resultando en un rezago educativo o en el abandono de los estudios. Autores como Marisol Silva (2011) han destacado algunos factores que serían determinantes para el desempeño de este primer año de estudios por ejemplo, factores personales que son previos al ingreso como los antecedentes familiares, el nivel socioeconómico o el desempeño escolar previo. Otros factores aparecen cuando el estudiante ingresa a la Universidad como las interacciones con los profesores, la relación con los pares o la incongruencia entre las ideas previas y lo que la vida universitaria en realidad es. Sin embargo, a pesar de las investigaciones realizadas en esta área, han existido pocos trabajos que haya considerado la ocurrencia de los dos trastornos mentales más frecuentes, la depresión y la ansiedad, como situaciones que afectan a los estudiantes en esta etapa. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (2018), actualmente existen alrededor de 300 millones de personas que padecen de depresión, lo que la convierte en el trastorno mental más frecuente en el mundo, mientras que unos 260 millones presentan algún trastorno de ansiedad, siendo posible que muchos millones de individuos tengan ambos padecimientos al mismo tiempo. Por su parte, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica publicada en 2003 mostró que, aunque la edad de inicio de estos trastornos puede presentarse en cualquier momento de la vida, suelen comenzar alrededor de los quince años, siendo los 26 años el promedio de inicio de la depresión, mientras que en la ansiedad suele ser de 25 años. Ante estos

datos se justifica el preguntarse si los alumnos de Ingeniería que estudian su primer año de carrera universitaria presentan algún grado de ansiedad o depresión que pudiera afectar su desempeño académico.

Por lo antes mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de 2º semestre de la facultad de Ingeniería de la UNAM?

Objetivo General

Indagar la presencia y describir los niveles de ansiedad y depresión que pudieran estar presentes en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería.

Objetivos Específicos

Detectar si existen grupos particularmente vulnerables a estos trastornos dentro de la muestra de investigación.

Establecer si hay diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre los estudiantes originarios de la Ciudad de México y sus homólogos de provincia.

Establecer si existen diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre las mujeres y hombres que estudian el segundo semestre en la Facultad de Ingeniería.

Hipótesis de Trabajo

Describir los niveles de ansiedad o depresión que pudieran encontrarse en los participantes.

Definición de Variables

1. Ansiedad.

- **Definición Conceptual:** Es la reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de la vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de

información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales (Clark y Beck, 2012).

- **Definición Operacional:** Es el resultado obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck, que dependiendo de su valoración coloca al individuo en los rangos de ansiedad mínima, leve, moderada o grave.

2. Depresión.

- **Definición Conceptual:** Es una alteración específica del estado de ánimo, que es acompañado de autorreproches y autoinculpción, un concepto negativo de sí mismo, deseos de autocastigo, trastornos vegetativos (falta de apetito, insomnio y pérdida del deseo sexual) y cambios en la actividad motora (retardo o agitación) (Beck, 1976).
- **Definición Operacional:** Es el resultado obtenido en el Inventario de Depresión de Beck, que dependiendo de su evaluación ubica al participante en los rangos de depresión mínima, leve, moderada o grave.

Participantes

Consistió en una muestra no probabilística de 300 estudiantes que participaron de forma voluntaria (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014) y que al momento se encontraban cursando su carrera en la Facultad de Ingeniería de la UNAM en Ciudad Universitaria, siendo los criterios de inclusión:

- Que estuvieran cursando el 2o semestre de Ingeniería.
- Edad comprendida entre los 18 y los 25 años.
- Tener la nacionalidad mexicana.

Los criterios de eliminación que se consideraron fueron:

- No completar todos los ítems de las pruebas proporcionadas.

- No responder todos los incisos de los datos generales.
- Las respuestas proporcionadas en los datos generales eran ambiguas o daban más de una respuesta.

De los 300 participantes que aceptaron contestar las pruebas, solo 269 fueron considerados válidos. De los 31 participantes inválidos, 3 fueron descartados por ser de nacionalidad extranjera, 3 por no estar en el rango de edad señalado, 6 aceptaron cursar un semestre diferente al solicitado, 2 no contestaron completamente los cuestionarios y los restantes 17 fueron desestimados por responder en lo relativo a semestre 2013-2, lo que brinda una respuesta ambigua respecto al semestre que estaban cursando.

Instrumentos

Se utilizaron tanto el Inventario de depresión de Beck (IDB por sus siglas) como el Inventario de ansiedad de Beck (IAB por sus siglas).

El Inventario de depresión de Beck fue publicado originalmente en 1961 y en una segunda versión por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1996. Fue validado para la población mexicana por Samuel Jurado et al (1998) quienes confirmaron que tiene una confiabilidad por consistencia interna de $\alpha=0.87$. Se trata de un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y gravedad de la depresión en adolescentes y adultos mayores de 13 años. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo entre otros. Estos síntomas se corresponden con los criterios de diagnóstico de los trastornos depresivos señalados en el DSM-4 y la CIE-10. El IDB se puede aplicar de forma individual o grupal, con formato de lápiz y papel o de manera oral. En general puede ser completado en un tiempo de 10 minutos, aunque los participantes con síntomas severos de depresión pueden tardar más tiempo en

completarlo. Las instrucciones para el IDB solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de dos semanas, incluido el día de hoy, para cumplir con los criterios del DSM-4 para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos de 0 a 3. Si una persona ha elegido más de una categoría en un ítem, se toma la categoría que corresponde a la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima que corresponden a esta prueba son de 0 a 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes 4 grupos: 0 a 13, mínima depresión; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión grave.

El Inventario de Ansiedad de Beck fue publicado originalmente en 1988 por Aaron T. Beck y Robert A. Steer. Su validación en la población mexicana fue llevada a cabo por Robles et al (2001) quienes confirmaron que tiene posee una confiabilidad por consistencia interna de $\alpha=0.84$. Se trata de una escala que mide de manera auto informada la presencia y el grado de ansiedad. Fue especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de pánico y la ansiedad generalizada. Se trata de una escala tipo likert de 21 ítems que puntúa en una escala del 0 al 3. Al igual que la prueba anterior, se ha establecido su uso clínico y en población general a partir de los 13 años y puede ser administrada de forma escrita u oral. Dependiendo de la puntuación obtenida que puede variar de 0 a 63 se puede clasificar en 4 categorías: de 0 a 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad; de 8 a 15 se considera como una ansiedad leve; de 16 a 25 se le califica como ansiedad moderada y de 26 a 63 se puntúa como ansiedad grave.

Procedimiento

Se solicitó el permiso de las autoridades de la Facultad de Ingeniería de la UNAM a través de la Coordinación de psicología clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, para llevar a cabo

la aplicación de instrumentos para este trabajo en el interior de la facultad. El escenario donde se realizaron las pruebas fue dentro de las instalaciones de la Facultad de Ingeniería de Ciudad Universitaria, tanto en salones como corredores y áreas de esparcimiento. Se invitó a los estudiantes a participar, explicándoles los objetivos del estudio. Para proteger la confidencialidad de los participantes, no se les solicitó que agregaran su nombre, dirección u otros datos personales. Las pruebas fueron aplicadas por el autor de este trabajo tanto de forma individual como colectiva a los participantes. Posteriormente se procedió a calificar los instrumentos siguiendo las instrucciones y los rangos de puntuación ya mencionados. A continuación, los datos fueron capturados y procesados por medio del programa Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS por sus siglas en inglés) en su 12ª versión.

Diseño

Este trabajo llevo a cabo un estudio no experimental de tipo descriptivo con un corte transversal por medio de la aplicación de instrumentos estandarizados (Hernandez et al, 2014).

Análisis de Datos

Para el procesamiento de las diferentes categorías de depresión y ansiedad en ambos inventarios se les asignó un valor numérico, teniendo la categoría mínima un valor de cero, la leve un valor de uno, la moderada un valor de dos y la grave teniendo tres. Asimismo, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para verificar si existía una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad y depresión entre los participantes de origen capitalino y los de otros estados de la república; así como revisar si existía una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos. Se empleó esta prueba debido a que los resultados finales tanto del IAB como del IDB se registraron por medio de categorías y no de puntajes crudos, por lo que la U de Mann-Whitney resultaba idónea.

Resultados

Dentro de las características de la muestra, la primera que distinguimos es la edad de los participantes. Siendo uno de los criterios de inclusión tener entre 18 y 25, el promedio de edad en la muestra es de 19.7 años con una desviación estándar de 1.39 siendo los 19 años la categoría de edad que presenta la mayor frecuencia, representando casi un tercio de la muestra (véase la Tabla 1).

Tabla 1

Frecuencia de la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
18 años	52	19.3	19.3
19 años	86	32.0	51.3
20 años	64	23.8	75.1
21 años	44	16.4	91.4
22 años	13	4.8	96.3
23 años	4	1.5	97.8
24 años	3	1.1	98.9
25 años	3	1.1	100.0
Total	269	100.0	100.0

En cuanto a la proporción por sexos de los participantes, se obtuvo que 191 eran hombres, lo que corresponde al 71% de la muestra, mientras que 78 fueron mujeres con el 29% del total.

Respecto al turno en el realizan sus estudios, 140 corresponden a un turno mixto con el 52%, 124 afirmaron tener un turno exclusivamente matutino con el 46.1% y solo 5 dijeron lo mismo con un turno vespertino con un 1.9%.

Al preguntarles sobre con quien conviven actualmente, la mayoría afirmó que vivía con familiares (88.5%), el 5.6% vivía con amigos, 5.2% aseguró estar sin compañía y menos del 1% restante comentó estar en compañía de otros, especificando que cohabitaban con sus arrendatarios.

Otra característica que también se incluyó es el lugar de origen de los participantes. Aunque se anticipaba que la mayoría correspondiese a la Ciudad de México (79.2%), al menos una quinta parte de los encuestados afirmó venir de otras partes de la república, encontrando personas de hasta 16 estados diferentes siendo los más comunes el Estado de México, Veracruz y Michoacán (véase la Tabla 2).

Tabla 2.

Frecuencia de los participantes por estado de origen

Estado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ciudad de México	213	79.2	79.2
Estado de México	21	7.8	87.0
Veracruz	6	2.2	89.2
Michoacán	4	1.5	90.7
Guerrero	3	1.1	91.8
Campeche	3	1.1	92.9
Hidalgo	3	1.1	94.1
Morelos	2	0.7	94.8
Tamaulipas	2	0.7	95.5
Guanajuato	2	0.7	96.3
Puebla	2	0.7	97.0
Querétaro	2	0.7	97.8
Oaxaca	2	0.7	98.5
San Luis Potosí	1	0.4	98.9
Chiapas	1	0.4	99.3
Jalisco	1	0.4	99.6
Tabasco	1	0.4	100.0
Total	269	100.0	100.0

Siguiendo el método de calificación del Inventario de depresión de Beck (IDB) se ubicó a los participantes dentro de los rangos establecidos en la prueba. Los resultados mostraron que al menos una quinta parte de los evaluados puntuaba para un rango de depresión (véase la Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia de las categorías de depresión según el IDB

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
			Acumulado
Mínima	213	79.2	79.2
Leve	42	15.6	94.8
Moderada	10	3.7	98.5
Grave	4	1.5	100.0
Total	269	100.0	100.0

De igual forma, siguiendo los criterios de evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) se categorizó a los participantes en los diferentes niveles, obteniendo que más de la mitad calificaba para algún nivel de Ansiedad (véase la Tabla 4).

Tabla 4

Frecuencia de las categorías de ansiedad según el IAB

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
			Acumulado
Mínima	117	43.5	43.5
Leve	97	36.1	79.6
Moderado	35	13.0	92.6
Grave	20	7.4	100.0
Total	269	100.0	100.0

Posteriormente, se realizó una comparación de los resultados de ambas pruebas, contrastando los resultados de los capitalinos con los originarios de provincia. En el caso del IDB los resultados mostraron un ligero incremento de las puntuaciones de depresión en los capitalinos, lo cual se ve reflejado al comparar la mediana de los capitalinos (0.30) con la de los originarios de los estados (0.20). Los datos obtenidos pueden revisarse en la Tabla 5.

Tabla 5

Comparación de los porcentajes de las categorías de depresión según el IDB por su procedencia

Procedencia		Nivel de depresión				Total
		Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Capitalinos	Frecuencia	165	36	9	3	213
	Porcentaje	77.5%	16.9%	4.2%	1.4%	100.0%
Provincia	Frecuencia	48	6	1	1	56
	Porcentaje	85.7%	10.7%	1.8%	1.8%	100.0%
Total	Frecuencia	213	42	10	4	269
	Porcentaje	79.2%	15.6%	3.7%	1.5%	100.0%

Al realizar la misma comparación en los resultados del IAB, los datos mostraron una diferencia aún mayor en los puntajes de ansiedad de los capitalinos, quienes una vez más obtuvieron una mediana mayor (0.90) que sus homólogos de provincia (0.64). La Tabla 6 muestra la información pormenorizada.

Tabla 6

Comparación de los porcentajes de las categorías de ansiedad según el IAB por su procedencia

Procedencia		Nivel de ansiedad				Total
		Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Capitalinos	Frecuencia	83	86	27	17	213
	Porcentaje	39.0%	40.4%	12.7%	8.0%	100.0%
Provincia	Frecuencia	34	11	8	3	56
	Porcentaje	60.7%	19.6%	14.3%	5.4%	100.0%
Total	Frecuencia	117	97	35	20	269
	Porcentaje	43.5%	36.1%	13.0%	7.4%	100.0%

Para verificar si realmente existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos se realizó la prueba U de Mann Whitney. Los resultados obtenidos con las medianas de depresión muestran que el estadígrafo de U de Mann-Whitney fue de 5475 y el valor de $p=0.182$. por lo que se concluye que no existe una diferencia significativa en cuanto a los niveles de depresión entre estudiantes originarios de la capital y sus homólogos de provincia. La misma prueba fue aplicada con las medianas de ansiedad, obteniendo en la prueba de Mann-Whitney un resultado de 4870.5 con un valor de $p=0.023$, con lo que se demuestra la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, mostrando los capitalinos un mayor puntaje en ansiedad. Ambas pruebas fueron realizadas con un nivel de significancia del 5%. De manera similar, se probó realizar una comparación de las puntuaciones en ambas pruebas, esta vez comparando los niveles de ansiedad y depresión entre ambos sexos. Como resultado de

esa comparación en las puntuaciones del IDB, se encontró que los hombres obtenían una mediana de 0.18 y las mujeres conseguían una mediana ligeramente más elevada con 0.51. Puede verse los resultados obtenidos más detalladamente en la Tabla 7.

Tabla 7

Proporción por sexos de las categorías de depresión según el IDB

Nivel de depresión		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Mínima	Frecuencia	164	49	213
	Porcentaje	85.9%	62.8%	79.2%
Leve	Frecuencia	22	20	42
	Porcentaje	11.5%	25.6%	15.6%
Moderada	Frecuencia	3	7	10
	Porcentaje	1.6%	9.0%	3.7%
Grave	Frecuencia	2	2	4
	Porcentaje	1.0%	2.6%	1.5%
Total	Frecuencia	191	78	269
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Al realizar la comparación de los resultados del IAB, se pudo apreciar que la mediana de las mujeres (1.23) era mayor comparada con la de los hombres (0.69) (véase la Tabla 8).

Tabla 8.

Proporción por sexos de las categorías de ansiedad según el IAB

Nivel de ansiedad		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Mínima	Frecuencia	98	19	117
	Porcentaje	51.3%	24.4%	43.5%
Leve	Frecuencia	65	32	97
	Porcentaje	34.0%	41.0%	36.1%
Moderada	Frecuencia	18	17	35
	Porcentaje	9.4%	21.8%	13.0%
Grave	Frecuencia	10	10	20
	Porcentaje	5.2%	12.8%	7.4%
Total	Frecuencia	191	78	269
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Para revisar si en efecto existe una diferencia estadísticamente significativa se realizó la prueba U de Mann-Whitney en los resultados de ambos inventarios. En el caso de las medianas de IDB se observó que el valor de la prueba U de Mann-Whitney obtuvo un valor de 5007, siendo $p=.000$. Al repetirse el mismo procedimiento con las medianas del IAB se obtuvo que la prueba conseguía un valor de 5687, siendo $p=.000$. De igual manera, estas pruebas fueron realizadas con un nivel de significancia del 5%. Con estos resultados se confirma que existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y ansiedad en ambos sexos, mostrando las mujeres una mayor mediana en ambas pruebas.

Discusión

El punto más controversial de este trabajo es, sin duda, las proporciones de depresión y ansiedad que existen entre los participantes, que sin duda superan las previsiones dadas por la Encuesta Nacional de Epidemiología o por el DSM-5, ya que resultan mucho mayores particularmente en el caso de la ansiedad.

Otro punto controvertido son las proporciones de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres. Teniendo en cuenta que el 71% de los participantes eran hombres, las mujeres reportaron en mayor medida presentar síntomas de depresión y ansiedad, además los resultados indican que lo presentan en mayor intensidad, lo que coincide, aunque solo en los síntomas depresivos con lo encontrado en el trabajo de Fouilloux et al (2013). Sin embargo, debido a que las proporciones de hombres y mujeres no son equitativas, no es posible afirmar con certeza que la proporción de casos corresponde a 2 a 1 como sugiere el DSM-5.

Las razones por las cuales los estudiantes de Ingeniería presentan síntomas de depresión y ansiedad no son definitivas, por lo que es necesario plantear algunas hipótesis que pudieran explicar este fenómeno:

1. La primera explicación reside en que la depresión y la ansiedad ya estaban presentes en los estudiantes antes de estudiar en la facultad. Como pudimos corroborar anteriormente, la depresión y la ansiedad pueden persistir por años si las personas no reciben tratamiento (particularmente en el caso de la ansiedad). En el caso de los hombres, es posible que por variables culturales no se percaten de los síntomas que estos trastornos les causan o que simplemente los ignoren, por consecuencia consideren que son normales, traten de negarlos y finalmente, no los atienden. De manera similar podemos mencionar que los estudiantes pudieron padecer anteriormente de estos

trastornos y, aunque hayan recibido un tratamiento profesional en tiempo y forma, las cifras manejadas por el DSM-5 indican que, en el caso de la depresión, haber padecido un episodio de depresión con anterioridad predispone a padecerlo de nuevo en el futuro (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En cambio, para la ansiedad el DSM-5 estipula que los síntomas pueden oscilar a lo largo de la vida y que los casos en los que se presenta una remisión completa son pocos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

2. De acuerdo con la teoría cognitiva de Beck, los participantes podrían tener distorsiones cognitivas que se reflejan en la presencia de la triada cognitiva como son la visión pesimista de sí mismos, visión negativa del mundo y visión negativa del futuro que los hacen vulnerables a padecer tanto depresión como ansiedad. De manera hipotética podemos plantear que tales distorsiones se ven reflejadas en la percepción de su vida académica, por lo que podrían considerarse a sí mismos deficientes o inadecuados para una materia específica o la carrera en general (visión deficiente de sí mismos), consideren que el ambiente de la universidad les trata con indiferencia u hostilidad (visión negativa del mundo) o duden de si podrán aprobar sus materias, conseguir titularse o si tendrán éxito en su vida profesional (visión pesimista del futuro). Por ello es necesario que estudios que se realicen en el futuro profundicen en las distorsiones que podrían influir en la aparición de estos trastornos, cual es el plano en el que se desarrollan (ya sea académico, familiar, social o de cualquier otro tipo) y cómo afectan las múltiples áreas en las que se desenvuelven los estudiantes.
3. Otro de los factores a considerar debería de ser la presencia de la familia y su influencia. Como pudimos ver al comparar los capitalinos con los provincianos, el grupo de

capitalinos se encontraba casi en su totalidad viviendo con su familia. Existe la posibilidad de que dentro del círculo familiar surjan conflictos que afecten la salud emocional de los estudiantes y den pie al surgimiento de trastornos mentales.

4. En el caso de la depresión, autores como Rorsman (1990, citado en Sarason y Sarason, 2006) han propuesto que la edad de aparición suele ser más temprana en el caso de las mujeres (entre los 20 y los 29) que en los hombres (entre los 40 y los 49), por lo que esto podría explicar porque la proporción de mujeres con depresión es mayor a la de los hombres.
5. Por último, para explicar la presencia de ansiedad y depresión en los participantes es posible que estén influyendo variables extrañas que no hemos contemplado en este trabajo. Entre los múltiples factores que podrían estar interactuando están: la predisposición genética, la aparición de enfermedades crónicas, características de la personalidad como el neuroticismo o la introversión, la presencia de acontecimientos vitales en la infancia como el divorcio o la pérdida de los padres, la falta de redes de apoyo o dificultades económicas.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en las pruebas, se concluye que existen indicios que revelan la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en la población de estudiantes de segundo semestre de la Facultad de Ingeniería. Como vimos en los resultados, las pruebas indican que al menos el 21% de los estudiantes califican para algún grado de depresión y más del 60% para una categoría de ansiedad. Sin embargo, es necesario precisar que los resultados obtenidos no pueden tomarse como evidencia inequívoca de la gravedad de los síntomas de estos dos trastornos entre la población de la facultad. Evidentemente no basta con la aplicación de pruebas psicológicas

para afirmar que existe presencia de un trastorno psicológico, pues tal diagnóstico debe venir acompañado de una apropiada entrevista y de la corroboración con otras pruebas psicológicas similares. Sin embargo, a pesar de tales limitaciones, el solo confirmar la presencia de sintomatología de ambos trastornos en la población estudiantil de la Facultad de ingeniería resulta preocupante.

Desde el punto de vista de la UNAM, las implicaciones de estos resultados son alarmantes, pues es posible que estos padecimientos están afectando en el desempeño de los estudiantes y, por lo tanto, son vulnerables al rezago académico, la reprobación de materias e inclusive la deserción escolar; con lo cual se ve afectada la calidad de la enseñanza impartida (Fouilloux et al, 2013) (Serrano et al, 2013).

Para los participantes de este trabajo y en general para la comunidad de estudiantes que conviven en la Facultad de ingeniería, la presencia de estos trastornos significa un empobrecimiento en su salud mental, la disminución de su calidad de vida, así como la afectación en su desempeño escolar. De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, padecer de depresión y/o ansiedad predispone a quienes lo padecen de desarrollar otras enfermedades mentales, los acerca al alcoholismo y otras adicciones, repercute en su salud física al hacerlos susceptibles a desarrollar enfermedades y, en el peor de los casos, los aproxima al suicidio.

Sugerencias y Limitaciones

Entre las recomendaciones que se sugieren para futuros trabajos sobre este tema se encuentran:

- 1) Como pudimos ver en las comparaciones que se hicieron entre capitalinos y provincianos, encontramos una ligera diferencia entre los niveles de ansiedad y depresión entre ambos grupos, que únicamente es estadísticamente significativa en el caso de la ansiedad; por lo que es necesario estudiar estas diferencias más a fondo ya que marcan

una diferencia clínica relevante. Una de las limitaciones de este trabajo es el pequeño tamaño de la muestra, que no permite determinar si realmente existe una diferencia entre ambos grupos, por lo que se sugiere que se realicen posteriores estudios con una muestra aún mayor de participantes para averiguar si en efecto existe alguna diferencia notable entre ambos grupos y el origen de esta.

- 2) De manera similar a las diferencias entre capitalinos y provincianos, las diferencias en niveles de depresión y ansiedad mostradas entre hombres y mujeres deben ser estudiadas más a profundidad. Para evitar las dificultades halladas en este trabajo respecto a las proporciones de los participantes, se recomienda que la cantidad de participantes de los dos sexos sea equitativa, para verificar si, en efecto, existen diferencias por género. Si se confirmara que existen tales diferencias debe indagarse en el origen de estas, ya sea que efectivamente tengan un origen biológico, o que haya factores culturales y de género involucrados. En el caso específico de la Facultad de ingeniería, sería importante indagar si el hecho de estudiar una carrera tradicionalmente orientada a hombres supone alguna problemática para las mujeres que la cursan, pues podrían presentar conflictos debido a las diferencias entre las expectativas de género de la sociedad y sus propias aspiraciones.
- 3) Otro factor que hay que considerar en trabajos posteriores que pretendan ahondar en el surgimiento de ansiedad y depresión en los capitalinos debe ser el estrés que se genera al vivir en una gran ciudad. No es ningún secreto que en la Ciudad de México abundan factores estresantes como la delincuencia, la sobrepoblación, la falta de espacios asequibles para vivir, las vicisitudes del transporte público, la contaminación etc., que podrían originar, agravar o perpetuar estos trastornos; por lo que se sugiere que en futuros

trabajos se explore como estos factores en su conjunto o por separado podrían afectar a los estudiantes.

- 4) En el caso de los provincianos, sería conveniente averiguar si aquellos que dejan su hogar para cursar estudios superiores en la capital experimentan la separación del núcleo familiar como un duelo que, aunque se trata de un proceso diferente a la depresión, comparte algunos síntomas similares y puede evolucionar en este trastorno. Aquí encontramos otro tema en el que es necesario que se realicen más investigaciones: el desprendimiento familiar. Autoras como Carter y McGoldrick (1980), pioneras en el tema, definieron así a la primera de las 6 etapas que atraviesa una familia, caracterizada por la búsqueda del individuo en convertirse en adulto, donde se separa del núcleo familiar para formar su propia familia. Aunque las autoras no especifican una edad o un evento que origine el desprendimiento familiar, se puede concluir que suele comenzar con la carrera universitaria o con el inicio de la vida profesional. Existen pocos trabajos que indiquen cómo se lleva a cabo tal proceso en los jóvenes de nuestro país, la forma en que lo perciben y las soluciones que dan a los conflictos que derivan de la emancipación familiar. En este trabajo podemos ver que una parte de los participantes han iniciado este proceso (particularmente los provenientes de provincia), pero ignoramos si esto ha influido en el surgimiento de la ansiedad y la depresión. Los estudios que pretendan indagar en el esclarecimiento del desprendimiento familiar en este país se encontrarán con una dificultad: en la cultura mexicana (a diferencia de la anglosajona) es común que la formación de una nueva familia surja en el interior de una familia ya conformada, es decir, que los hijos empiezan a formar sus propias familias sin desprenderse de su núcleo

familiar. Esto se ve reflejado en la notable mayoría de participantes en este estudio que afirmaron seguir viviendo con familiares, incluso a pesar de haber mudado su residencia.

- 5) También es necesario que trabajos como este se realicen en otras facultades, universidades y en otras ciudades de este país, para corroborar si los resultados hallados se repiten en otros escenarios o, por el contrario, los resultados encontrados son idiosincráticos de la Facultad de ingeniería de la UNAM y, en consecuencia, reflejan una problemática específica que no se haya detectado anteriormente. Sería recomendable que se realizarán estudios longitudinales que abarquen desde el inicio de la educación superior hasta la titulación; lo que podría arrojar luz sobre varias de las dudas que surgen en este trabajo, por ejemplo, si la depresión y la ansiedad están presentes antes del inicio de la carrera, cuál es su evolución, si las personas afectadas acuden a un profesional para tratar sus síntomas o por el contrario, siguen otras estrategias para contrarrestar sus padecimientos, si eventualmente la depresión y la ansiedad remiten o por el contrario, perduran más allá de la vida universitaria y principalmente, los efectos de estos trastornos en el desempeño académico y la calidad de vida de los estudiantes.

Para concluir, resulta necesario que se realicen programas de intervención para ayudar a los estudiantes de esta facultad a reconocer las señales que indican la presencia de estos trastornos, las formas de prevenirlas y a solicitar ayuda a los especialistas de la salud para tratarlos cuando se hayan presentado.

Referencias

- Aros, C. (2005). *Vivir sin Depresión*. México: Oceano-Ambar.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de Consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5*. Arlington: Asociacion Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales DSM-5*. Arlington, VA: Asociacion Americana de Psiquiatría.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Madrid: Sintesis.
- Beck, A. (1976). *Diagnostico y Tratamiento de la Depresión*. Rahway, Nueva Jersey: Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Berkovec, T., Jay, W., & Stöber, J. (1995). Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological and interpersonal behavior process. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 86-95. Recuperado el 27 de Octubre de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/236020399_Worry_A_cognitive_phenomenon_intimately_linked_to_affective_physiological_and_interpersonal_behavioral_processes
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los Trastornos Mentales. La psicopatología descriptiva del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Economica.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la Depresión: técnicas psicológicas que te ayudarán*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica*. Madrid: Pearson.

- Caballo, V. (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol I*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carroble, J. A. (2014). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. Madrid: Piramide.
- Cano, A. (Enero de 1999). Procesos cognitivos en el trastorno de Ansiedad Generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Revista Electronica de Psicología*, 3(1).
- Carter, E., & McGoldrick, M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner.
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapeuticos*. México: Manual Moderno .
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Clinica del Sistema Nervioso. (2009). *Guia para el Tratamiento de los Trastornos depresivos o ansiosos*. Obtenido de www.clinica-snc.com
- Coffin, N., Álvarez, M., & Marin, A. (Diciembre de 2011). Depresión e Ideación Suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Department of Health and Human Services. (2002). *Depression*. Washington, D.C.: Public Health Services.
- Egozcue, M. M. (2005). *Primeros Auxilios Psicológicos*. México: Paidós.
- Ellis, A. (2010). *Como controlar la ansiedad antes de que lo controle a Usted*. Madrid: Paidós.

- Ellis, A., & McLaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás*. Madrid: Océano.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de Intervención centrada en dilemas para la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fester, C. (Octubre de 1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/516a/92fee1c64b53a19dad73b5b32a5f0186b693.pdf>
- Flores, C. (2014). *Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión*. Ciudad de Mexico.
- Fouilloux, C., Barragan, V., Ortiz, S., Jaimes, A., Urrutia, M., & Guevara-Guzman, R. (enero-febrero de 2013). Sintomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental*, 36(1), 59-65.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolia. En S. Freud, *Obras Completas* (págs. 278-292). Buenos Aires: Amorrurtu.
- García-Toro, M. (2014). *Estilo de Vida y Depresión*. Madrid: Síntesis.
- Goodman, S., & Brand, S. (2002). Depression and early adverse experiences. En I. Gotlib, & C. Hammen, *Handbook of Depression* (Segunda edición ed., págs. 245-267). Nueva York: The Guilford Press.
- Grieger, R., & Ellis, A. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Harding, C. (24 de julio de 2016). *La sorprendente historia de cómo Japón aceptó (por fin) la existencia de la Depresión*. Obtenido de BBC Mundo: www.bbc.com/mundo/noticias-36845427

- Hauck, P., & McKeegan, P. (1997). Aplicación de la REBT al Tratamiento de la Depresión. En J. Yankura, & D. Windy, *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos Ilustrativos* (págs. 45-63). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jimenez, S., Perez, S., Ramirez, P., & Vega, C. (Junio de 2007). Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 10(2), 94-105.
- Jurado, S., Villegas, E., Mendez, L., Rodriguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (1998). *Teoría y Práctica de la Terapia Cognitivo Conductual*. México: Siglo XXI.
- Lopez de la Parra, M. d., Mendieta Cabrera, D., Muñoz Suarez, M. A., Diaz Anzaldúa, A., & Cortes Sotres, J. F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Salud Mental*, 509-516.
- Martell, C., Dimidjian, S., & Hermann-Dunn, R. (2013). *Activación Conductual para la Depresión. Una guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleíz, C., . . . Aguilar-Gaxiola, S. (Agosto de 2003). Prevalencia de los Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4).
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2002). Applying and emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorders. *Clinical*

- Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90. Recuperado el 27 de Octubre de 2019, de https://www.academia.edu/2699163/Applying_an_emotion_regulation_framework_to_integrative_approaches_to_generalized_anxiety_disorder
- Organizacion Mundial de la Salud. (9 de Octubre de 2017). *Sitio web mundial de la Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Dia Mundial de la Salud Mental 2017- La salud mental en el lugar de trabajo: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Organizacion Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Paez, F. (2001). Version mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicometricas. *Revista Mexicana de Psicologia*, 18(2), 211-218.
- Rojas, E. (2001). *La Ansiedad. Como diagnosticar y superar el estres, las fobias y las obsesiones*. Mexico: Planeta Americana.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicologia Anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Serrano, C., Rojas, A., & Ruggero, C. (Enero-Junio de 2013). Depresión, Ansiedad y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. *Revista Intercontinental de Psicologia y Educación*, 15(1), 47-60.
- Vazquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teoricos y Tratamiento a finales del Siglo XX. *Psicología Conductual*, 417-450.

Yankura, J., & Dryden, W. (1997). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT). Casos Ilustrativos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.