



CENTRO UNIVERSITARIO
VASCO DE QUIROGA DE HUEJUTLA
(CUVAQH)

CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA DE HUEJUTLA

Acuerdo CIRE Núm. 212/97 del 29/04/1997
Clave de Incorporación UNAM: 8895-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

LA AFECTIVIDAD NEGATIVA Y EL DESARROLLO
DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS
EN LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

HERNÁNDEZ AZUARA VANESSA GUADALUPE

RUBIO GUTIÉRREZ YARISEL

ASESOR DE TESIS :

PSIC. JUAN HERNÁNDEZ DOLORES



Psicología
CUVAQH

HUEJUTLA DE REYES HIDALGO, SEPTIEMBRE DE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dictamen

Nombre de la tesista(o): Vanessa Guadalupe Hernández Azuara y Yarisel Rubio Gutiérrez

Título de la investigación: “la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas depresivos en los jóvenes universitarios”

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: 08 de septiembre 2021, Huejutla, Hgo.

El que firma Lic. en Psic. Juan Hernández Dolores, acreditado por el Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, como asesor de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

Atentamente

Lic. en Psic. Juan Hernández Dolores

Dedicatorias

Dedico este trabajo principalmente a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciones y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

Asimismo, a mis papás que, con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que lograr culminar mi carrera, por ser mi motor para seguir adelante, por todo su esfuerzo y dedicación para que yo pudiera llegar hasta aquí.

A mis hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojalá algún día yo me convierta en su fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

Y a todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Yarisel Rubio Gutiérrez

El presente trabajo se lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis más grandes anhelos y brindarme siempre la sabiduría como protección en este momento de mi vida.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Es un orgullo y privilegio de ser su hija, gracias por siempre apoyarme y darme sus consejos.

A mi abuelita Rosario por estar siempre presente, acompañándome en todo momento, dándome su cariño y apoyo moral, que me brindo a lo largo de esta etapa de mi vida.

Asimismo, a mi hermanito que me dio su cariño y me motivo a ser mejor persona como profesional espero algún día ser de gran inspiración para ti.

Y a todas las personas que me han apoyado y han hecho que este trabajo se realice con éxito y hayan aportado a mis conocimientos.

Vanessa Guadalupe Hernández Azuara

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

Gracias a nuestros padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a nuestro lado en los días y noches más difíciles durante nuestras horas de estudio, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado. Gracias por ser quienes son y por creer en nosotras.

A nuestro tutor, el psicólogo Juan Hernández Dolores. Sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de nuestros pensamientos las ideas para escribir lo que hoy hemos logrado. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más los necesitábamos. Gracias por sus orientaciones.

También a nuestros docentes, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, les debemos nuestros conocimientos. Donde quiera que vayamos, los llevaremos con nosotras en nuestro transitar profesional. Su semilla de conocimientos, germinó en el alma y el espíritu. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia. Y así mismo nuestro profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen el Centro Universitario Vasco de Quiroga por confiar en nosotras, abrirnos las puertas y permitirnos realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento educativo.

Resumen

La afectividad negativa es un conjunto de emociones y sentimientos negativos como, el miedo, la tristeza, la ira y la angustia, etc., los cuales son estados emocionales que, cuando son intensos y habituales, afectan negativamente la calidad de vida de las personas. En consecuencia, las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos como la depresión o la ansiedad. Esta investigación pretende, en primer lugar, delimitar los conceptos y las características principales de la afectividad y la depresión; y en segundo, realizar investigaciones preminentes que permitan describir la relación entre la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas depresivos que conllevan a la influencia de las emociones negativas en el proceso de desarrollo de trastornos. Por lo tanto, se analiza la relación entre las emociones negativas y los trastornos mentales. Asimismo, se realizó la elaboración de instrumentos de medición que nos permitieron medir las variables de afectividad negativa y síntomas depresivos para posteriormente dar hincapié a un análisis de los resultados obtenidos. Concluyendo así con la elaboración de un programa con estrategias y consejos para disminuir la afectividad negativa y poder inhibir la posibilidad de padecer trastornos depresivos en los jóvenes universitarios.

Palabras clave: Afectividad, Afectividad negativa, depresión, jóvenes universitarios, emociones, sentimientos y ansiedad.

Abstract:

Negative affectivity is a set of negative emotions and feelings such as fear, sadness, anger and anguish, etc., which are emotional states that, when they are intense and habitual, negatively view people's quality of life. Consequently, negative emotions are currently one of the main risk factors for developing disorders such as depression or anxiety. This research aims, firstly, to delimit the concepts and characteristics of affectivity and depression; and secondly, he carries out pre-eminent research that describes the relationship between negative affectivity and the development of depressive symptoms that entails an influence of negative emotions in the process of development of disorders. Therefore, the relationship between negative emotions and mental disorders is analyzed. Likewise, the development of measurement instruments was carried out that allowed us to measure the variables of negative affectivity and depressive symptoms to later emphasize an analysis of the results obtained. Thus concluding with the development of a program with strategies and tips to reduce the affection and to be able to inhibit the possibility of suffering from pressive disorders in young university students.

keywords: Affectivity, Negative affectivity, depression, university students, emotions, feelings and anxiety.

Introducción

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva.

Además, desde un punto de vista psicológico, las emociones tales como la alegría, el miedo, la ira o la angustia son emociones básicas que se dan en todos los individuos, poseen una esencia biológica considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano & Tobal, 2001). Entre las emociones podemos distinguir al menos dos grupos dentro de la afectividad: la positiva y la negativa. El miedo, la ira, la tristeza y el asco son algunas de las reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica.

Las tres primeras, son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad, estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a la situación o contexto en el que se encuentre dentro del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009). Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud mental como la depresión o la ansiedad.

Sabemos que la depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, es por ello que se ha ido desencadenando de manera constante y afectando al ser humano. A pesar de estas afirmaciones, existe cierta controversia en relación con qué entendemos por emociones negativas y positivas, cuál es la verdadera naturaleza de las relaciones entre estas emociones negativas y las posibles condiciones de salud-enfermedad en el desarrollo de síntomas depresivos y su detonante para padecer algún trastorno.

Por ello, es preciso profundizar en el conocimiento de estas cuestiones. El objetivo del presente trabajo es hacer una investigación en donde se analice y describa la afectividad negativa y su posible relación con los síntomas depresivos y como es que estos pueden ser detonantes al padecimiento o desarrollo de algún trastorno depresivo o ansiedad en los jóvenes universitarios debido a los posibles cambios que se encuentran pasando hoy en día.

Índice

Portada
Dictamen
Dedicatorias
Agradecimientos
Resumen-Abstract
Introducción
Índice

Capítulo I: Presentación del problema	Página
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Justificación.....	7
1.3 Descripción del problema.....	10
1.4 Objetivos.....	11
1.5 Planteamiento del problema.....	12
1.6 Interrogante de la investigación.....	12
Capítulo II: Marco Teórico	
2.1 La sociedad actual en pandemia.....	14
2.2 La etapa de la juventud y su desarrollo.....	17
2.2.1 Desarrollo físico y cognitivo.....	17
2.2.2 Desarrollo emocional y social.....	18
2.2.3 La vida universitaria.....	18
2.2.4 La juventud y la pandemia.....	21
2.3 Los sentimientos y emociones.....	23
2.3.1 Las funciones de las emociones.....	26
2.3.2 Funciones adaptativas.....	28
2.3.3 Función social.....	29
2.3.4 Función motivacional.....	29
2.4 La afectividad.....	30

2.4.1 La importancia de la afectividad.....	34
2.5 La afectividad negativa.....	34
2.5.1 Miedo.....	35
2.5.2 Tristeza.....	37
2.5.3 Ira.....	39
2.5.4 Asco.....	40
2.5.5 La afectividad y su relación con los rasgos depresivos.....	41
2.6 Magnitud de la depresión en México.....	44
2.6.1 La depresión: y su aproximación al concepto.....	45
2.6.2 Definición de la depresión.....	49
2.7 La depresión en los jóvenes.....	50
2.7.1 Factores de riesgo.....	51

Capítulo III: Metodología de la investigación

3.1 Definición de variables.....	55
3.1.1 Hipótesis.....	55
3.1.2 Variable dependiente.....	55
3.1.2 Variable independiente.....	56
3.2 Descripción de la metodología.....	56
3.3 Población y muestra.....	57
3.3.1 Muestreo.....	58
3.4 Técnicas e instrumentos.....	58
3.5 Cronograma.....	61

Capítulo IV: Descripción de los resultados

4.1 Resultados.....	64
4.1.1 Encuesta de opinión.....	64
4.1.2 Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS).....	65
4.1.3 Escala de ansiedad y depresión de Gold- Berg (EADG).....	67

4.1.4 Grupo focal.....	69
4.2 Análisis crítico.....	77

Capítulo V: Discusión y sugerencias de intervención

5.1 Discusión.....	83
5.2 Sugerencias de intervención.....	84
Referencias bibliográficas.....	96
Anexos.....	103

Capítulo I: Presentación del problema

1.1 Antecedentes

La existencia del ser humano ha llevado consigo emociones, sentimientos y estados de ánimo que lo llevan y lo conducen hacia la plenitud, el hundimiento e incluso al rescate de uno mismo. Los síntomas anímicos se han vuelto uno de los más importantes en los últimos años, debido a las causas y sus efectos, así como su alto padecimiento, son, por un lado, la ansiedad y en el otro, lo que se le denomina depresión. Después de las enfermedades cardíacas, hoy en día la depresión es una de las mayores cargas en cuestión a salud, ya que tiene implicaciones económicas, políticas y familiares principalmente; los más afectados son los adolescentes y los jóvenes universitarios debido a la mayoría de las situaciones en las que se ven sometidos tanto personales, escolares y sociales, haciéndolos vulnerables a depresiones constantemente. Con relación a la salud mental se menciona que: “Los trastornos mentales constituyen una prioridad en salud pública, dado que se encuentran entre las causas más importantes de morbilidad en Atención Primaria” (p.15) (Kastrup 2007, citado en Vergara, Cárdenas, & Matinez, 2014). Ya que, de acuerdo con lo anterior existen muchas investigaciones en el área de salud mental en donde han fijado su atención mayormente en la población universitaria, y diversos estudios hacen señalar que los trastornos depresivos en los estudiantes universitarios representan una mayor tasa en comparación con la población en general.

En el informe “La salud mental en el mundo” de la Organización Mundial de la Salud – OMS (2001), describe la salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (p.9). (OMS 2001, citado en Gutiérrez A, Montoya L, Toro B, Briñón M, Rosas E y Salazar L, 2010). Se estimó en el mismo Informe, que para el año 2001 existían aproximadamente 450 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de depresión, en el año 2004; hacia el año

2006, el número de personas con depresión se había ubicado entre el 15 y 25 % de la población mundial. En México, padecen depresión entre el 9 y 13 % de la población adulta con una prevalencia de dos mujeres por cada varón. Las edades más frecuentes en las que encuentra este padecimiento en México son entre los 15 a 19 años de edad y por arriba de los 65 años.

Según datos de la OMS, la prevalencia de la depresión alcanza el 8 % en las personas jóvenes y cerca de 100 000 personas por año padecen depresión en algún momento de su vida; adicionalmente el 80 % de los pacientes con enfermedades crónicas sufren depresión en algún momento de su vida. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, debido a la falta de capacitación en el personal de salud o al desconocimiento de los síntomas por parte de los pacientes. La depresión podría llegar a ser considerada en el año 2020 la segunda causa de discapacidad en los países industrializados. Múltiples estudios han encontrado que la prevalencia de depresión leve oscila entre 9 % y 24 %, la depresión moderada entre el 5 % y el 15 % y la severa entre el 2 % y el 6,3 %. (Gutiérrez, y otros, 2010).

El suicidio en México es la tercera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 24 años, en la mayoría de los casos coexiste con depresión. La autoestima baja, el estrés constante o un afrontamiento inhábil, son factores que se asocian a la depresión. La depresión es un estado interno de tristeza y desánimo en diferentes niveles, tanto cognitivos como conductuales, que influyen significativamente en su quehacer total. Existen seis paradigmas que explican la depresión: bioquímico (neuroendocrino), psicoanalítico, conductual, cognitivo-conductual, sociológico y sistémico. La depresión en jóvenes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos, el desempeño escolar y la familia; se clasifica como primaria o secundaria según el trastorno principal o como consecuencia de un problema médico. Será depresión mayor o distimia si cumple con los criterios del DSM-V. (Castillo & L., 2009).

La depresión es uno de los trastornos que se presenta con mayor frecuencia, de acuerdo a los criterios del DSM-V (2014) y se define como:

“Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, disminución importante del interés o el placer por casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad o inutilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir sino ideas suicidas sin un plan determinado”. (p 104-105).

La depresión, en su sentido más común y más popular, es un síntoma anímico, aunque también es conocido como un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo; los típicos síntomas acompañantes como se mencionó antes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etcétera; y en su sentido más restringido, según Ortiz (1997), es que: “Lo que entendemos como trastorno depresivo no es sólo un síndrome depresivo sino un cuadro clínico completo con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico”. (Ortiz 1997; citado en Barquín, C; García, A; Ruggero, C, 2013, p.49).

También Ortiz (1997) nos dice que la depresión se caracteriza fundamentalmente por:

“La existencia de errores cognitivos que conducen al individuo deprimido a percibir e interpretar la realidad de una manera negativa. Es decir, en términos del paradigma del procesamiento de información, la depresión se caracterizaría por un procesamiento distorsionado negativamente de la información.” (Ortiz 1997; citado en Barquín, C; García, A; Ruggero, C, 2013, p.49).

Por lo tanto, las personas depresivas, atienden selectivamente y magnifican la información negativa mientras que ignoran o minimizan la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobre generalizan.

Es por eso que los jóvenes en esta etapa son más vulnerables ante cualquier situación que se manifiesta en cada ámbito de su vida cotidiana, debido a que atraviesan por múltiples cambios físicos que los hacen más susceptibles a enfrentar problemas de salud mental. Aunado a ello, la crisis por la que atraviesa el mundo, como enfermedades, crisis económicas, sobrepoblación, etc., así como vivir en contextos de violencia o pobreza, incrementa los riesgos a enfrentar afectaciones en su bienestar mental. Actualmente el problema que más sobresale y por el cual los jóvenes se encuentran en riesgo a padecer crisis que afecten su salud emocional es por cierta situación a nivel mundial que provocado un confinamiento en la población debido al gran contagio de una nueva enfermedad. A lo largo de la historia muchas ciudades se han visto afectadas por brotes epidémicos que avanzan a un ritmo muy apresurado o dentro y entre las poblaciones llegando a convertirse en pandemias, siendo este último término entendido como una enfermedad que afecta a gran parte de la población y que se extiende a países de los diversos continentes.

Hoy en día, nos encontramos ante una nueva pandemia, denominada coronavirus o como su nombre científico lo reseña la Organización Mundial de la Salud (OMS) COVID-19 o SARSCoV-2. La pandemia de la enfermedad por COVID-19 es una enfermedad infecciosa nueva, que puede llegar a presentar manifestaciones clínicas graves, llegando incluso a la muerte y además de haberse convertido en una amenaza para la salud mundial llegando a ser por lejos el brote más grande de neumonía atípica desde la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en el año 2003 (Marquina & Jaramillo, 2020). Si bien el devastador efecto que viene ocasionando esta pandemia, como la progresión y generalización de la enfermedad, ha originado que se dicten políticas gubernamentales de salud pública, que se enfocan principalmente en el distanciamiento social y cuarentena de la población, con lo cual se pretende evitar que las personas que ya se encuentran contagiadas puedan exponer a otras o, que por el

contrario, las personas que aún no presentan el virus lo contraigan; también deben de considerar los efectos psicológicos que se producen en la población tanto a nivel personal como colectivo.

Ahora bien, la cuarentena según Brooks (2020), Chatterjee y Chauhan (2020) es:

“La separación y restricción del movimiento de personas que han estado expuestas a una enfermedad de alto contagio para determinar si se enferman, reduciendo así el riesgo de que infecten a otros. Definición que difiere de aislamiento, que implica la separación de las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad de alto contagio, de personas que no están enfermas.” (Brooks, 2020; Chatterjee y Chauhan, 2020; citado Apaza, Seminario, & Santa, 2020, p.1).

Si bien el contexto de pandemia y cuarentenas puede afectar psicológicamente, sobre todo en grupos especialmente vulnerables como adolescentes y especialmente jóvenes, son muchas las cosas que se pueden hacer para que ellos sobrelleven de mejor manera este período. Debido a que la pandemia es un evento estresante y de tipo traumático, ya que existe una amenaza real a la vida propia y de terceros, a la reducción del contacto social que es fundamental para el bienestar emocional, la agudización de las crisis sociales, la incertidumbre y sensación de pérdida de control, y finalmente la interrupción de planes y proyectos principalmente en el ámbito académico ya que no pueden llevar a cabo sus clases presenciales, por lo tanto, genera en ellos cierto nivel de estrés y ansiedad.

Ante esto, la doctora Javiera Mayor (2020): explica que es esperable presentar tristeza, desánimo, angustia, miedo, insomnio, aumento de apetito, cansancio, desmotivación, desconcentración, irritabilidad, entre otros (Condes, 2020), debido a la falta de rutinas y estructura del día, y la falta de ejercicio, asociado a una mala nutrición y un mal dormir, falta de estructura de una rutina, contribuyen al deterioro de la salud física y emocional aumentando los síntomas ansiosos, causando así la aparición de cuadros depresivos.

A todo esto le podemos sumar el hecho de que muchos estudiantes se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos

que demandan desarrollar en el joven estrategias de afrontamiento, que le permitan consolidar su identidad, autonomía y éxito personal y social; por lo tanto, esta fase es importante para el logro de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante esta etapa y en el transcurso de su adultez.

Un elemento íntimamente relacionado con la presencia de síntomas depresivos es la afectividad o estado afectivo. La afectividad para Robles Galicia y Sánchez (2015) es un concepto que engloba los siguientes tres elementos:

“A) Estado de ánimo, conformado por estados o tonalidades afectivas que caracterizan a una persona y su relación con el mundo en un periodo determinado; B) emociones, caracterizadas por un conjunto de respuestas conductuales, afectivas, somáticas y cognitivas que se viven de manera intensa y se dan en un corto tiempo ante un estímulo específico; y C) evaluaciones afectivas, formadas por juicios agradables-desagradables que hace un sujeto acerca de algunos aspectos en su vida.” (pág. 41).

En pocas palabras, la afectividad es un aspecto de la adaptación del individuo con funciones propias que orienta y matiza las acciones del sujeto; abarca todos los estados anímicos y todas las reacciones que se enraízan en el instinto y en el inconsciente.

En conclusión, la relación que tiene con la depresión es muy significativa ya que, según, algunas investigaciones señalan que un alto nivel de afectividad positiva es un mecanismo protector ante la depresión, aparte de estar asociado con un buen rendimiento en la vida de las personas (ya sea laboral o escolar) y gran positivismo ante la vida. Mientras que un nivel alto de afectividad negativa está relacionado con la presencia de síntomas y rasgos depresivos, estrés y ansiedad que puede desarrollarse más en los jóvenes universitarios debido a su estilo de vida y las situaciones que experimentan.

1.2 Justificación

En los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la

población sin diferencia de edad, género y nivel socioeconómico; convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica.

De igual manera la filosofía también ha estudiado el comportamiento del ser humano de sus inicios y emociones. La ciencia a través de los años ha hecho grandes aportes con respecto a este tema y ha encontrado que el cerebro juega un papel muy importante en las emociones de las personas y los efectos que puedan causar en ellas.

Es por eso, que la depresión en los estudiantes universitarios puede constituir un problema de real importancia, pues al malestar psicológico del individuo se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio debido a que las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica (depresión). Además, el estudiante universitario se enfrenta con una nueva realidad que, muchas veces, lo abruma y parece superar sus posibilidades de adaptación y puede ser desencadenada por cualquier cambio de vida estresante, incluso si es un cambio drástico en la vida normal y habitual, por ejemplo, el cambio es elegido como el caso de una carrera universitaria.

Los jóvenes universitarios en la actualidad están sometidos a muchos cambios debido a que se encuentran en pleno desarrollo hacia la vida adulta, de igual forma están experimentando unas de las peores situaciones en las que la sociedad se encuentra, que es el aislamiento a causa de la contingencia en la que hoy nos encontramos, por lo que fácilmente se ve afectado su estado emocional, trayendo como consecuencia un gran desequilibrio en sus emociones y sentimientos, haciendo que lleven una carga de afectividad negativa.

Si bien, la afectividad es algo fundamental para el ser humano, es la forma en la que se puede expresar o sentir del mundo que lo rodea, sin embargo, existen situaciones que conllevan

a un estado positivo o negativo, refiriéndose a esto como afectividad positiva y afectividad negativa.

Por ende, es de vital importancia identificar los problemas y los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de una alta afectividad negativa en la población universitaria ya que esto afectaría en su desarrollo educacional, su formación como individuo y como futuros profesionales, implicando así un gran reto dentro de la institución universitaria la identificación e intervención de estas problemáticas en busca de una mejora de la calidad de vida de los estudiantes y de los profesionales en formación.

Por todo lo anterior, el propósito de esta investigación es, analizar cuáles son los principales factores psicoemocionales que provocan mayor detonación en la aparición del trastorno de depresión en los jóvenes universitarios y su relación con la afectividad negativa, ya que un alto nivel de esta puede ser provocado por diversos problemas, generando en ellos conductas negativas y peligrosas afectándose a sí mismos, como también a las personas que los rodean corriendo el riesgo de inclinarse a consumir sustancias, implicando que un nivel alto de AN puede tener gran relación a ser detonante para el surgimiento de algunos trastornos, y así incrementando el índice de padecimiento de dichos trastornos en la población juvenil; causando problemas en todos los ámbitos de su vida cotidiana.

A todo esto pensamos que mediante el análisis e investigación de los principales factores psicoemocionales que podrían desarrollar el trastorno de depresión y así como la indagación acerca de su relación con la afectividad negativa nos permitirá aclarar mejor el panorama de esta gran problemática, si bien no podrá radicar como tal este problema debido a sus infinidades de causas y de cómo el ser humano (joven) reaccione ante estos de manera positiva pero si

esperamos lograr prevenir y disminuir el incremento de padecimientos de dicho trastorno dentro la población juvenil.

1.3 Descripción del problema

Esta investigación se enfoca en el problema de la afectividad negativa y como estando en un nivel alto podría detonar o propagar algún padecimiento de rasgos depresivos en los estudiantes universitarios, ya que debido a la contingencia que se está presentado por el COVID-19 ha causado que toda la población se mantenga en cuarentena ocasionando en los alumnos emociones y sentimientos negativos, como también estrés, ansiedad, angustia entre otras; posibilitando así el padecimiento de rasgos depresivos.

Actualmente los alumnos debido a la contingencia están tomando sus clases desde casa, trayendo cambios que podrían ser significativos en su estado emocional y mental. Por ende, en el Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla de Reyes, Hgo. Se aplicó una encuesta a los alumnos de segundo semestre de todas las carreras (psicología, trabajo social, arquitectura y pedagogía) para así poder conocer como los alumnos actualmente se encuentran y descubrir que cambios han surgido en ellos y en su entorno, por la cual nos arrojó resultados muy importantes en donde se evidencia que la mayoría de los alumnos presentan problemas emocionales y conductuales.

En los resultados se manifestó que el 28,6% de la muestra a la que se le aplicó la encuesta presenta dificultad para concentrarse, un 18,4% cambios de apetito, niveles de energía, deseos e interés y un 14,3% reacciones físicas (como dolor de cabeza, dolores corporales, problemas estomacales, etc.), también reflejó en un 40,8% que en ocasiones han presentado desinterés en realizar las actividades diarias, un 61,2% presenta dificultad para dormir, un 40,8% han aumentado de peso y un 22,4% han bajado de peso; otros síntomas reflejados en la encuesta, el 34,7% sobre piensa mucho alguna situación, un 20,4% tiene

dificultad para recordar cosas a corto plazo y 26,5% problemas de razonamiento o de atención, trayendo consigo problemas en su rendimiento académico ya que según los resultados un 51% confirmo que han bajado sus notas y solo un 20, 4% dice lo contrario; por último se les pregunto si anteriormente habían presentado algún problema o padecimiento antes de la pandemia y se mostró que un 53,1% demostró que no y un 34,7% que sí, dando a entender que todo esto lo empezaron a sentir al comienzo de la pandemia, dando como hincapié para manifestar emociones negativas debido al cambio repentino en su estilo de vida, el aislamiento, el nuevo método de estudio, como también en las nuevas exigencias académicas y sociales.

1.4 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la relación entre la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas y rasgos depresivos en los jóvenes del centro universitario vasco de Quiroga de Huejutla que cursan el primer semestre.

Objetivos específicos:

- Delimitar los conceptos y las características principales de la afectividad (positiva y negativa) y depresión en los jóvenes universitarios
- Realizar investigaciones preminentes que permitan describir la relación entre la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas depresivos en los jóvenes
- Seleccionar y elaborar instrumento de medición que permitan medir las variables de afectividad negativa y síntomas depresivos en los jóvenes universitarios
- Analizar los resultados obtenidos de la aplicación de las pruebas
- Proponer un programa de estrategias para disminuir la afectividad negativa y así mismo

inhibir la posibilidad de padecer trastornos depresivos en los jóvenes universitarios.

1.5 Planteamiento del problema

En la actualidad los jóvenes universitarios se ven sometidos a muchos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, eso y sumándole el aislamiento debido a la contingencia en la que hoy nos encontramos, por lo que ha afectado significativamente en su deterioro de su salud mental, trayendo posiblemente un gran desequilibrio en sus emociones y sentimientos, haciendo que conlleven una carga de afectividad negativa; provocando así el padecimiento del trastorno de depresión en los jóvenes universitarios afectando no solo su desarrollo personal sino también académico, social y su proceso profesional dentro de la sociedad. De ahí el interés de las investigadoras para dar respuesta a la siguiente interrogante.

1.6 Interrogante de la investigación

- ¿Cuál es la relación entre la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas depresivos en los jóvenes universitarios?

Capítulo II: Marco teórico

Para comprender de una manera clara los síntomas y rasgos depresivos es necesario conocer como surgen las emociones y los sentimientos en cada persona y como es que estos intervienen en el funcionamiento psíquico y en la conducta, y así mismo nos permite conocer como es la propia personalidad, si es sana o enferma.

2.1 La sociedad actual en pandemia

A lo largo de la historia han acaecido muchas pandemias. La primera de la que se tiene noticia es la “Peste Antonina”, que ocurrió entre los años 165 y 180 en el imperio romano, luego del regreso de las tropas que habían combatido en el medio oriente. Se cree que fue producida por el virus de la viruela o el sarampión y cobró la vida de unos 5 millones de personas, ocupando el séptimo lugar en relación al número de muertes causadas.

Según la OMS y la enciclopedia británica, las 5 pandemias que más muertes han causado son: la peste negra (años 1347-1352) con 200 millones de muertes, la viruela (año 1520) con 56 millones de muertes, la gripe española (años 1918-1919) con 40-50 millones de muertes, la plaga de Justiniano (años 541-542) con 30-50 millones de muertes, y el VIH/SIDA (desde el año 1981- a la actualidad) con 25-35 millones de muertes. (Regalado, 2020).

A finales de 2019, en China apareció una enfermedad y Hernández (2020):

“Esta fue causada por un agente zoonótico emergente, en este caso un nuevo coronavirus, al cual se le denominó de las siguientes formas: SARS-CoV-2, 2019nCoV (del inglés 2019-*novel coronavirus*) o simplemente COVID-19 (acrónimo del inglés *coronavirus disease* 2019). Este virus es capaz de ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave, que en algunas personas ocasiona una evolución fatal”. (pág. 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020, declaró el brote de este nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad COVID-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de

propagación de esta enfermedad a otros países del mundo, además de China. En marzo de 2020, dicha organización decidió identificar a la COVID-19 como una pandemia.

A medida que la pandemia del coronavirus se extiende rápidamente por todo el mundo, provoca un grado considerable de miedo y preocupación en la población en general y en ciertos grupos en particular: adultos mayores, proveedores de atención y personas con afecciones de salud subyacentes. La pandemia de la COVID-19 ha cambiado la vida de muchas personas y en particular, sus costumbres diarias. Ha traído: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. Esta situación se agrava ante el desconocimiento de cuánto tiempo durará la pandemia, y qué puede traer el futuro.

El exceso de información y los rumores infundados pueden hacer que las personas se sientan sin control y que no tengan claro qué hacer. Por esta causa, los individuos sienten sensación de: estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos. Las razones antes expuestas agudizan el interés de profundizar en el conocimiento de cómo se comporta la salud mental, no solo de la población general, sino también de ciertos grupos poblacionales que son más susceptibles a desarrollar sintomatología psicológica relacionada con el estrés producido por la COVID-19.

La salud mental de la población general y de ciertos grupos poblacionales vulnerables, se puede ver afectada de forma importante por la pandemia de la COVID-19; puede afectar a toda la sociedad, tiene consecuencias psicosociales en los individuos que se sienten estresados y preocupados. La epidemia y las medidas de control que se llevan a cabo pueden llevar a un miedo generalizado en la población.

Asimismo, Hernández J. (2020) menciona que el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS: “Reconoce que el número de personas expuestas a los factores estresantes extremos es grande, y que la exposición a estos constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas sociales y de salud mental”. (p 11). Ya que, la crisis ocasionada por la pandemia, impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden causar problemas de salud mental, ansiedad y depresión. La incertidumbre asociada con la enfermedad en sí, su rápida propagación y alto riesgo de infección, así como, la duración desconocida de las intervenciones de salud pública para enfrentar la progresión de la enfermedad, pueden ocasionar y afectar los problemas de salud mental preexistentes.

Ser joven es difícil en cualquier circunstancia, más aún en este período de contingencia. Esto se debe al cierre de las escuelas -con la no participación física en las clases, a la cancelación de actividades públicas, y a la prohibición de las experiencias cotidianas como charlar e interaccionar directamente con las amistades; se puede decir que muchos adolescentes se perdieron algunos de los momentos más hermosos de su juventud. Los psicólogos reconocen que la ansiedad es una función normal y saludable que alerta al individuo de los peligros, y lo ayuda a tomar medidas de autoprotección y para preservar a los demás. Por tales razones, la ansiedad provocada por el comportamiento y desarrollo creciente de esta pandemia es comprensible.

Por lo tanto, se ven afectados por el cierre de oportunidades para recibir educación informal, algo que les impide relacionarse socialmente con sus pares y educadores. Se hace evidente que, los prolongados períodos de cierre de escuelas y la restricción de movimiento pueden traducirse en intranquilidad emocional y ansiedades adicionales.

2.2 La etapa de la juventud y su desarrollo

El tránsito de la adolescencia a la edad adulta es un periodo de gran trascendencia, es una etapa de maduración en todas las áreas (sexual, afectiva, social, intelectual y físico-motriz). En esta etapa el desarrollo es mucho menos predecible en comparación con la infancia o la adolescencia y dependerá más bien de las decisiones tomadas, de sus circunstancias e incluso de la suerte que acompañe al individuo.

Para Braslavsky (1986) la etapa juvenil se considera, habitualmente, como:

“El periodo que va desde la adolescencia (cambios corporales, relativa madurez sexual, etc.) hasta la independencia de la familia, la formación de un nuevo hogar, la autonomía económica, que representarían los elementos que definen la condición de adulto. Un periodo que combina una considerable madurez biológica con una relativa inmadurez social. La juventud como transición hacia la vida adulta.” (Braslavsky, 1986, citado en Margulis & Urresti, 2000, p. 14).

Ya que, la juventud o edad adulta temprana empieza alrededor de los 20 años, edad en la que, por lo general, se ha decidido la trayectoria profesional que se desea seguir y el individuo comienza a tomar responsabilidad en su vida personal.

2.2.1 Desarrollo físico y cognitivo

En términos generales, el desarrollo físico y la maduración en la juventud han concluido. Es el período de mayor vitalidad y salud, se ha alcanzado la máxima estatura, el organismo es fuerte, los reflejos son rápidos, los sentidos tienen la máxima agudeza, y la fuerza muscular y la coordinación ojo-mano son mejores que en cualquier otro período. (Delgado, 2015). Debido que en la juventud se ha alcanzado el nivel más complejo del desarrollo de las capacidades cognitivas, incluidas las relacionadas con el correcto funcionamiento de los lóbulos frontales. El joven es capaz de desarrollar todas sus capacidades intelectuales teniendo en cuenta la base de sus conocimientos previos.

En esta etapa se adquiere la capacidad de elaborar razonamientos más rigurosos, comprender que la solución a un problema puede exigir mucha reflexión, que puede variar de

una situación a otra y que distintas personas pueden tener diferentes puntos de vista del mismo fenómeno. (Delgado, 2015). Una característica del pensamiento adulto es la capacidad de integrar las emociones con el análisis racional y comprender cómo éstas pueden influir en la forma de razonar y en las decisiones que se toman.

2.2.2 Desarrollo emocional y social

A través del aprendizaje el joven logra integrarse finalmente a los cambios que están sucediendo fuera y dentro de él, así como alcanzar su desarrollo social. Es considerado un agente de cambios social porque es característico de la juventud el no permanecer pasivo ante los sucesos a su alrededor.

En este ámbito se produce la culminación de los estudios académicos, el comienzo de la vida laboral, el abandono del hogar familiar y la elección de pareja. El trabajo es uno de los ámbitos sociales que determinan el estilo de vida de la persona, es fuente para el desarrollo social y permite mostrar las capacidades intelectuales y sociales y establecer vínculos emocionales con los compañeros. Asimismo, estabilidad en pareja. En el desarrollo emocional se enfrentan a diferentes cambios psicológicos que lo llevan al desarrollo de la madurez gracias las experiencias vividas, lo cual los prepara para la etapa de la vida adulta, este proceso es largo debido que algunos aún están en busca de formarse una identidad como tal, la aceptación de su grupo social y la formación profesional; esto los hace experimentar diferentes cambios a lo largo de esta etapa.

2.2.3 La vida universitaria

Ingresar a la Universidad implica cambios y los cambios requieren adaptación, transformación, reorganización personal, familiar y social. Estos procesos son propios del crecimiento y se dan en esta etapa de la vida en la que es necesario asumir nuevas maneras de afrontar la vida,

pensando sobre el modo de estudiar, aprender, y otros modos de relación con el conocimiento y las personas que conforman nuestro nuevo entorno.

El estudiante que ingresa a la Universidad atraviesa un periodo difícil en el que se ve obligado a pasar de un ambiente conocido que le brinda seguridad a un mundo más individualista y desconocido, en el cual deberá valerse por sí mismo.

El ingresante debe establecer una nueva relación con los profesores y con sus nuevos compañeros y asumir una mayor responsabilidad personal en su aprendizaje. Esto es, ser protagonista de su propia formación superior. Un universitario no se contenta con que alguien le transmita los conocimientos, sino que elabora su propio conocimiento. (Barrera, y otros, 2018). Se nutre de sus profesores, de buena bibliografía, del mundo que lo rodea y formula preguntas para poder encontrar respuestas que lo satisfagan.

Hoy en día, el estudio en el ámbito universitario ha cobrado suma relevancia, lo que puede deberse a que la universidad ya no se enfoca solamente como una institución educativa que fomenta el conocimiento y el aprendizaje, sino que se está empezando a considerar como una promotora de la salud que protege el bienestar de los universitarios.

Estudios realizados con universitarios han reportado que los mayores estresores considerados por los estudiantes son: las evaluaciones de los profesores, la sobrecarga de trabajos y el tiempo limitado para hacerlos. Por su parte, los síntomas más comunes son los problemas de concentración, la inquietud y la ansiedad, los cuales se manifiestan con conductas negativas que pueden afectar la vida del estudiante. Asimismo, Chau y Tavera en Seravia y Chau (2014):

“En una muestra de 683 estudiantes, encontraron que el 55.8% percibe que solo algunas veces es capaz de manejar el estrés diario. Además, otro estudio encontró que los retos más frecuentemente percibidos por los alumnos estaban relacionados con el manejo del tiempo y el estrés”. (p. 270).

Debido a la sobre carga de trabajo y el cambio de estilo de vida que tiene que experimentar el estudiante hace que manifieste cierto desnivel en los aspectos emocionales como académicos, llevando consigo problemas de adaptación y así mismo causando síntomas depresivos que si bien pueden desaparecer o ir incrementando, esto dependiendo del estudiante joven y su ambiente o entorno en el que se encuentre ya que la vida universitaria implica desafíos que involucran aspectos académicos e institucionales referidos a nuevos sistemas de evaluación y de enseñanza, pero también aquellos relacionados con la toma de decisiones vocacionales, el aprovechamiento de los recursos que ofrece la institución y las nuevas formas de relacionarse con la familia, los profesores y los pares, quienes generan el proceso de consolidación de la identidad y la necesidad de afrontamiento efectivo.

Los estudiantes universitarios son en su mayoría jóvenes y la forma en que perciben su salud también es importante para su desarrollo. Existen investigaciones que han demostrado que la salud percibida se comporta como posible predictor de fracaso académico futuro y está relacionada con la salud física y mental, así como con el nivel de funcionalidad y bienestar.

La salud percibida es la valoración de los aspectos subjetivos o percibidos de cuán saludable física y psíquicamente se siente la persona. El individuo puede sentirse saludable y no estarlo o estar sano, biológicamente, pero no tener esa percepción de sí mismo.

En Latinoamérica, los niveles de salud percibida en la población universitaria tienden a ser positivos; sin embargo, esto no quiere decir que los universitarios tengan hábitos saludables. Se sabe que el conjunto de actividades académicas propias de la universidad constituye una importante fuente de estrés para los estudiantes que puede influir tanto en su salud mental como en sus sentimientos de bienestar. Feldman (2008): plantea que el estrés académico grave puede estar relacionado con dificultades de salud mental en los estudiantes. Sin embargo, sería importante continuar investigando qué otros factores también se relacionan con la salud y, más

aun, qué factores tienen una relación positiva con esta. (Fildeman, 2008; citado en CHAU & SARAVIA, 2014).

2.2.4 La juventud y la pandemia

La pandemia del COVID-19 ha perturbado todos los aspectos de nuestras vidas. Incluso antes del inicio de la crisis, la integración social y económica de los jóvenes era un reto continuo. En la actualidad, a menos que se tomen medidas urgentes, es probable que los jóvenes sufran impactos graves y duraderos a causa de la pandemia.

Un estudio realizado por la Iniciativa Mundial sobre el Empleo docente para los Jóvenes (2020): aplicó una encuesta mundial a los jóvenes de 18 a 29 años y su experiencia con la pandemia del COVID-19 entre mayo y abril del 2020. Esta encuesta tuvo como objetivo observar los efectos inmediatos de la pandemia en las vidas de los jóvenes en lo que respecta al empleo, la educación, el bien estar mental, los derechos y el activismo social. Se recibió más de 12,000 respuestas de 112 países, arrojando los siguientes resultados:

“De los jóvenes que estaban estudiando o que combinaban los estudios con el trabajo antes del comienzo de la crisis, tres cuartas partes (el 73 por ciento) experimentaron el cierre de las escuelas, pero no todos pudieron hacer la transición al aprendizaje en línea y a distancia. En efecto, la pandemia de la COVID-19 ha dejado a uno de cada ocho jóvenes (el 13 por ciento) sin acceso a los cursos, a la enseñanza o a la formación; esta situación fue particularmente crítica entre los jóvenes que viven en países de ingresos más bajos, y pone de relieve las enormes brechas digitales que existen entre las regiones.” (Empleo docente para los Jóvenes, 2020, p.1).

A pesar de que las escuelas y las instituciones de formación no escatimaron esfuerzos para asegurar la continuidad a través del aprendizaje en línea, el 65 por ciento de los jóvenes indicaron que habían aprendido menos desde el inicio de la pandemia y provocando que la mayoría de los alumnos ya a punto de finalizar sus estudios o los que se encontraban a la mitad de ellos abandonaran la escuela debido a la dificultad de acceder a ella en línea o por pérdida de interés debido a el método aplicado para el aprendizaje siendo no presencial.

La pandemia también está teniendo graves repercusiones en los trabajadores jóvenes, al acabar con sus empleos y socavar sus perspectivas profesionales. Uno de cada seis jóvenes (el 17 por ciento) que estaban trabajando antes del inicio de la pandemia dejaron de trabajar totalmente, en especial los trabajadores de menor edad, de entre 18 y 24 años, (Empleo docente para los Jóvenes, 2020) y los trabajadores ocupados en la prestación de apoyo administrativo, los servicios, las ventas y la artesanía y oficios conexos. Las horas de trabajo de los jóvenes empleados disminuyeron casi una cuarta parte (a saber, un promedio de dos horas al día) y dos de cada cinco jóvenes (el 42 por ciento) indicaron una reducción de sus ingresos.

La abrupta interrupción del aprendizaje y del trabajo, exacerbada por la crisis de salud, ha deteriorado el bienestar mental de los jóvenes. El estudio revela que el 17 por ciento de los jóvenes probablemente sufran ansiedad y depresión. El bienestar mental es menor entre las mujeres jóvenes y los jóvenes de menor edad, de entre 18 y 24 años. (Empleo docente para los Jóvenes, 2020). Los jóvenes cuya educación o trabajo se había interrumpido o había cesado totalmente tenían casi dos veces más probabilidades de sufrir probablemente ansiedad o depresión que los que continuaron trabajando o aquellos cuya educación siguió su curso. Esto pone en evidencia los vínculos existentes entre el bienestar mental, el éxito educativo y la integración en el mercado de trabajo.

Por lo que en conclusión, los jóvenes si se ven afectados por la contingencia y el aislamiento, no solo en su salud mental sino en su desarrollo como profesionales y en su estado económico, provocando un freno en su desarrollo personal y agravando sus estudios y estado mental, incitando a desarrollar ansiedad, depresión debido a la acumulación de trabajos, falta de interacción social, preocupaciones económicas o problemas de su futuro e impedimento en la realización de actividades por culpa del aislamiento y limitar sus capacidades y habilidades como vivir nuevas experiencias para su aprendizaje.

2.3 Los sentimientos y emociones

Las emociones que experimentan los seres humanos juegan un papel fundamental en la dinámica en todos los aspectos. Todos conocen por experiencia propia qué son las emociones y la gran importancia que tienen en nuestras vidas. Los seres humanos pueden experimentar la vida emocionalmente: Siento, luego existo. Sin embargo, sobre la naturaleza de las emociones todavía existen muchas preguntas sin adecuada respuesta y esto explica la dificultad para llegar a una definición satisfactoria.

Denzin (1984) define la emoción como:

“Una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el trascurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada – la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional’. (Denzin, 1984 citado en Bericat, 2012, p. 1).

Para Kemper (1987: 267), la definición de emoción primaria de Seymour Epstein es útil: una compleja y organizada predisposición a participar en ciertas clases de conductas biológicamente adaptativas caracterizada por unos peculiares estados de excitación fisiológica, unos peculiares sentimientos o estados afectivos, un peculiar estado de receptividad, y una peculiar pauta de reacciones expresivas’. Lawler (1999: 219) define las emociones como estados evaluativos, sean positivos o negativos, relativamente breves, que tienen elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos. Y Brody (1999:15) ve las emociones como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen una valencia positiva o negativa (sentirse bien o mal), que varían en intensidad, y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merecen nuestra atención porque afectan a nuestro bienestar. (Denzin, 1984, Kemper, 1987, Lawer y Brody, 1999, citado en Bericat, 2012, p. 1-2).

Por lo tanto, las emociones son una parte fundamental del ser humano y podemos decir que son reacciones psicofisiológicas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, las emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.

Mientras que el sentimiento es una de las cuatro funciones adaptativas y evaluadoras de la conciencia, es una función racional - aunque no lógica - y de cualidad personal y subjetiva. Según Jung (1986): es objetivable con un juicio de agrado o desagradado y con una actitud de rechazo o acercamiento, pero no es reductible a la polaridad placer - displacer. Su juicio genera una memoria sentimental, que brinda unidad temporal y coherencia interna a las vivencias. “El sentido del tiempo y del tacto es una tarea del sentimiento que muchas veces es incompatible con la razón del pensamiento” (Jung, 1986, citado en Balladares & Saiz, 2015).

En cuanto a la definición de sentimiento, uno de los investigadores más reconocidos sobre las emociones, Richard. S. Lazarus, (1999), sugiere la teoría de incluir sentimiento en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en un sentido muy amplio. Es decir, Lazarus considera sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento. (Lazarus, 1999)

Por ello Lazarus define sentimiento como el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, es decir la experiencia subjetiva de las emociones. En otras palabras, la etiqueta que la persona pone a la emoción.

Frijda (1991) definiendo los sentimientos como aquella experiencia afectiva, con un carácter de tipo disposicional e intencional, en tanto, es dirigida a un objeto específico y no como una sensación. Ese tipo de intencionalidad sería lo que lo diferencia del estado de ánimo; este último no posa en un objeto intencional preciso, es más, su causa es vaga y difusa. (Frijda, 1991, citado en citado en Balladares & Saiz, 2015).

Actualmente el sentimiento es definido como disposición emocional o esquema afectivo o como estructura disposicional. Se lo diferencia de las emociones y del estado de ánimo tanto por su duración y estabilidad, como por estar dirigido a un objeto intencional específico.

Según Rosas (2011):

“los sentimientos comprenden una visión global y asociativa de sus objetos intencionales, en que la valoración inicial obtenida a través de la emoción, junto a la presencia de pensamientos y recuerdos, genera creencias relevantes tanto para el establecimiento de los sentimientos como disposiciones, como para las pautas de acción subsecuentes” (p. 16).

Por ende, las emociones y sentimientos van de la mano ya que son creadas por pensamientos y recuerdos de experiencias que el ser humano que vive en su día a día, lo hace ser quien es y conectar con las demás personas, por ejemplo: Un ser querido me hace un regalo. La emoción nace de manera espontánea debido a un estímulo (el regalo), a continuación, surge una valoración primaria o automática de ese estímulo: indiferente, dañino o beneficioso (en este ejemplo beneficioso). La emoción es aguda y pasa rápida, pero puede convertirse en sentimiento.

En el momento que tomamos conciencia de las sensaciones (alteraciones) de nuestro cuerpo al recibir ese estímulo, la emoción se convierte en sentimiento. Es decir, en el momento que notamos que nuestro organismo sufre una alteración (mariposas en el estómago) y somos conscientes de ello, etiquetamos lo que estamos sintiendo (la emoción) con un sello específico, en este ejemplo tendríamos un sentimiento de sorpresa, placer, alegría, satisfacción. Aun así, los sentimientos pueden persistir en ausencia de estímulos externos, cuando son generados por nosotros mismos. Por ello varios autores como Le Doux definen sentimiento como emociones voluntarias. (LeDoux, 1999).

Otra de las diferenciaciones entre sentimiento y emoción la ofrece Frijda et al. (1991), la cual tiene su fundamento en la diferencia en la duración de cada concepto, ya que la duración de la emoción es menos duradera que la del sentimiento.

2.3.1 Las funciones de las emociones:

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que suele aparecer cierta desincronía entre los tres sistemas de respuesta. Además, la predominancia de cada una de estas dimensiones varía en función de la emoción en concreto, la persona en particular o la situación determinada. Es más, en la mayoría de ocasiones las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una estas tres dimensiones.

Por otra parte, se han hecho muchos intentos por analizar la emoción en sus componentes o dimensiones principales para facilitar tanto su clasificación, como la distinción entre ellas.

A pesar de ello, las únicas dimensiones aceptadas por prácticamente todos los autores son la de agrado-desagrado y la intensidad de la reacción emocional. No obstante, atendiendo únicamente a éstas no puede establecerse una clasificación exhaustiva y excluyente de todas las reacciones afectivas, puesto que emociones como la ira o el odio pueden ser desagradables e intensas y no se trata del mismo tipo de emoción. (Zajonc, 1980 citado en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas 2009). Por tanto, la experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según estos dos ejes o dimensiones. En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas. Aunque, como ya hemos dicho, es difícil lograr una clasificación exhaustiva de todas las emociones posibles con base en dimensiones independientes, la dimensión agrado-desagrado es exclusiva y característica de las emociones, de forma que todas las reacciones afectivas se comprometen en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto de cualquier otro proceso psicológico.

Otra forma de clasificar las emociones es haciendo referencia a sus funciones propias. Parece relevante el hecho de que, desde Darwin, pasando por James, Cannon, Selye, etc., se ha venido reconociendo que la expresión de las emociones en los animales y en el hombre cumple una función universal adaptativa, social y motivacional. En este sentido, es bien sabido que todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen, al menos desde un punto de vista exclusivamente biológico, de

supervivencia o salvaguarda de la integridad física. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales (Montañés, 2005, p.4):

- a. Funciones adaptativas
- b. Funciones sociales
- c. Funciones motivacionales

2.3.2 Funciones adaptativas

Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Plutchik destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique a cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que les corresponde.

La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa-exploración. Relacionada con esta función adaptativa se encuentra la evidencia de que bajo ciertas circunstancias (predisposición, recurrencia, intensidad) la activación del sustrato fisiológico de cada emoción puede tener consecuencias sobre la salud de los individuos y en general juegan un papel importante en el bienestar/ malestar psicológico de los individuos, que no deja de ser un indicador del grado de ajuste/ adaptación del individuo (Plutchik, 1980).

2.3.3 Función social:

Función social Las emociones también cumplen una función importante en la comunicación social. Según Izard (1993) existen varias funciones sociales de las emociones, como son: a) facilitar la interacción social, b) controlar la conducta de los demás, c) permitir la comunicación de los estados afectivos y d) promover la conducta prosocial. Por ejemplo, una emoción como la felicidad favorece los vínculos sociales y las relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación. Es decir, las emociones juegan un doble papel en su función comunicativa. En primer lugar, la expresión de las emociones podría considerarse como una serie de estímulos discriminativos que indican la realización de determinadas conductas por parte de los demás.

Y, en segundo lugar, la represión de las emociones tiene una función social, por cuanto puede ser socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales con capacidad de alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social.

2.3.4 Función motivacional:

La relación entre emoción y motivación es estrecha, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa, de manera que la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la ira facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc.

Por otro lado, la emoción dirige la conducta, en el sentido de que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado-desagrado de la emoción. La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que hemos comentado, la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva.

En resumen, si bien algunas de las principales discusiones teóricas actuales giran en torno a si existen emociones básicas y si el reconocimiento de éstas es universal, lo cierto es que existen ciertos patrones de reacción afectiva distintivos, generalizados y que suelen mostrar una serie de características comunes en todos los seres humanos. Se trata de las emociones de alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco. Podemos defender incluso que se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

Por último, tradicionalmente se suelen diferenciar dos grupos de emociones en base a la dimensión de agrado-desagrado. Por una parte, nos encontramos con las emociones positivas, que se caracterizan porque generan una experiencia agradable. Ejemplos de este tipo de emociones son la alegría, la felicidad o el amor. Por otra parte, existe una serie de emociones cuya experiencia emocional es desagradable tiene relación con la salud mental y física según algunas investigaciones. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

2.4 La afectividad

Todos los seres vivos tienen un lado sensible, por lo tanto, al recibir un estímulo les provoca una reacción. Los seres humanos también somos organismos sensibles y gracias a eso nos hace

receptivos de estímulos que pueden venir, tanto del mundo externo (medio ambiente, clima, medio social, etc.) como del mundo interior (impulsos, deseos, tendencias, necesidades).

Nuestra sensibilidad nos permite experimentar una infinidad de fenómenos afectivos en forma constante y permanente. A este proceso de afectar y de ser afectados que ocurre entre un individuo y su medio, se le conoce como “vida afectiva”.

Ucha F (2010) refiere que: “La afectividad será aquella capacidad de reacción que presente un sujeto ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos y las emociones”. (p 1.). Cuando hablamos de afectividad hacemos referencia a una cualidad psíquica a través la cual el individuo es capaz de experimentar a sí mismo y vivenciar, en lo más íntimo, la realidad externa. Es el modo en cómo somos afectados interiormente por las situaciones que se pueden dar en nuestro alrededor. Así mismo, Rovira, D; Carbonero, A. (1993) argumentan que: “Como un concepto que engloba al estado de ánimo, a las emociones y a las evaluaciones afectivas”. (p.134).

La manera en que podemos ser afectados o estimulados, será cualquier característica o cambio del mundo interno o externo, cuya fuerza sea la suficiente para influir en el sistema psicológico de la persona que está percibiendo. Estos estímulos van a provocar respuestas emocionales que son los fenómenos afectivos. Estos varían y se clasifican según la duración, intensidad, permanencia y nivel de compromiso con el organismo en su totalidad. Así mismo, encontramos que el sentimiento y la emoción tienen un significado similar, pero el segundo implica un mayor componente fisiológico, una menor duración y una mayor intensidad. Por lo tanto, los sentimientos y las emociones serían los pilares fundamentales que construyen la afectividad, la cual se denomina como estado de ánimo.

Ucha F (2010) describe de forma breve los siguientes conceptos:

- Emociones: Reacciones afectivas transitorias.
- Sentimientos: Estados afectivos más estables.
- Estados de ánimo: Tonalidad afectiva que compromete al organismo en su totalidad.

Por estados de ánimo se definen las tonalidades afectivas generales que caracterizan un periodo psicológico; algunos teóricos los consideran como estados afectivos de baja intensidad y relativamente resistentes, con causas antecedentes no inmediatamente salientes, y, por lo tanto, con escaso contenido cognitivo; es decir, no tienen una sola causa específica y actúan de forma difusa y de manera persistente en el tiempo. Una emoción se asocia a la evaluación de una situación y causa específica, y se caracteriza por una menor duración temporal y una mayor intensidad afectiva que los estados de ánimo, así como por una tendencia de acción y efectos localizados en la cognición, además de tener un contenido cognitivo claro. Tanto los estados de ánimo como las emociones cumplen una función informativa: le indican al organismo como está y como se relaciona con el medio, cumpliendo el fin de orientar la reacción. Pero mientras los estados de ánimo funcionan como un "input" positivo o negativo inespecífico y general que puede ser fácilmente mal atribuido a una causa incorrecta; las emociones tendrían funciones de señal más específicas en relación a situaciones ambientales particulares, orientando al organismo hacia un curso de acción específico (Rovira, D; Carbonero, A. 1993).

También puede la afectividad se puede describir como el modo en que los sujetos experimentan la diversidad de vivencias que se presentan en la vida, confiriéndole una particular sensación, que puede ser agradable o desagradable según sea la situación de que se

trate. Esta confiere de subjetividad cada momento del ser humano, que no interactúa en la comunidad de modo neutral.

Las características principales que se deben tomar en cuenta dentro de la afectividad según los autores Alonso y Balmori, (2004); Coon y Mitter, 2010; Cosacov, (2010) son las siguientes:

- **Actualidad:** la experiencia afectiva pertenece solo al momento en que se da en la persona.
- **Intensidad:** Un tipo igual de experiencia afectiva es posible que se dé en distinta cantidad, habiendo ocasiones en que la alteración en la intensidad produce cambios en el tipo.
- **Irradiación:** Los estados afectivos se ligan a los objetos y acontecimientos que los originan, pero algunas veces, se desplaza su significado a los hechos y circunstancias que rodean a lo que originalmente despierta la afectividad o la representa.

Atendiendo a la duración e intensidad de las experiencias afectivas, se clasifican en:

- **Sentimientos:** estados afectivos de carácter duradero y de moderada intensidad. Están más ligados a procesos intelectuales razón por la cual son más lentos en su desencadenamiento.
- **Emoción:** Forma de comportamiento que puede desencadenarse tanto por causas externas como por causas internas y que persiste aún después de haber desaparecido el estímulo, constituyendo una forma moderadora del sujeto.
- **Pasión:** estado afectivo muy intenso que absorben o colorean algunas actividades psíquicas y perdura en el sujeto durante un periodo largo de tiempo.

Existe cierta transformación de maduración en el ser humano, el cual se va desarrollando desde la infancia; donde aparece como difusa y egocéntrica, en donde se diversifica en su totalidad en la vida adulta con la tonalidad que matiza todo nuestro acontecer.

Todas las conductas de las personas tienen una finalidad u objetivo en la vida cotidiana, existe un motivo que incita, mantiene y dirige su fuerza de voluntad. Asimismo, existen tres aspectos para comprender el funcionamiento de la afectividad: Motivación, Emoción y Sentimientos.

2.4.1 La importancia de la afectividad.

El ser humano es un ser racional, es decir, es un ser que piensa, tiene una lógica y posee la capacidad de reflexionar para tomar decisiones. Pero además del plano racional, el ser humano también está marcado por su parte afectiva que remite a los sentimientos.

Desde el punto de vista psíquico es una pasión que siente nuestro ánimo y que está especialmente asociada a los sentimientos y emociones, pero sin connotaciones de tipo sexual, es decir, no solamente tiene una intensidad moderada. Como mencionamos anteriormente los seres humanos somos organismos sensibles lo cual nos da la capacidad de sentir, por lo tanto, es necesaria la afectividad para desarrollarnos en la sociedad.

Entonces, es parte fundamental de la vida, ya que nos ayudará a comunicarnos, expresarnos y desenvolvemos en nuestro entorno. Por lo contrario, cuando este aspecto de nuestra vida no se encuentra en armonía, seguramente, experimenta emociones y sentimientos negativos, (tristeza, enojo, ira, miedo, etc.), que impedirán la satisfacción de uno mismo, tanto como crear vínculos, a esto se le determina como “afectividad negativa”. (Lyness, 2017).

2.5 La afectividad negativa

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica.

Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark, 1984, citado en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas 2009).

Este rasgo se solapa con el neocriticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza. No obstante, parece necesario describir brevemente cada una de estas emociones.

2.5.1 Miedo

Las emociones que se han investigado más en mayor cantidad son el miedo y la ansiedad y de las que más han creado una armería de técnicas de intervención de todas las orientaciones teóricas psicológicas existentes. El término patológico del miedo son los trastornos por ansiedad, ya que este se relaciona con una respuesta de ansiedad irracional ante algún peligro inexistente. Es una de las muchas relaciones que genera una gran cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009). La diferencia entre la fobia y el miedo podría observarse en que la reacción de miedo se da por un peligro real y la reacción es generada a este, mientras que en la fobia la respuesta es de ansiedad, lo cual es desproporcionada e intensa con el supuesto peligro del estímulo.

Para Sandín y Chorot (1995):

“El miedo se define como: Una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). (p. 44).

Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología: cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz. Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismo de resolución de problemas). Así, la relación entre ansiedad y rendimiento viene expresada por una curva en forma de U invertida. Según la ley de Yerkes-Dodson, formulada en 1908, un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano y se torna en clínica en las siguientes situaciones:

1. Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
2. Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo, y los niveles de alerta persisten.
3. Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

Como ya hemos dicho, se han empleado diversos términos para designar la ansiedad clínica, tales como miedo, fobia, etc. Sin embargo, existe cierto consenso a la hora de considerar estos términos como reacciones equivalentes en cierto modo, si bien, por ejemplo, en el caso del primero, este fenómeno se produciría ante una situación de amenaza real, mientras que en el del segundo las fobias serían ante un peligro no real o sobredimensionado. En cualquier caso,

a nivel operativo numerosos autores entienden que dichos términos tienen mucho en común (Martínez Sánchez, 2008; Reeve, 2003; Sandín & Chorot, 1995).

2.5.2 Tristeza

Principalmente se considera como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Existe una gran variabilidad dependiendo la cultura en la que incluso algunas no poseen palabras para definirla.

Whybrow, Akiskal & McKinney (1984) argumentan que:

“La tristeza, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa, la cual en pocas palabras recaba la atención y el cuidado de los demás, construyendo un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o es un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a procesos de adaptación”. (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984; citado en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas 2009, p. 92)

La tristeza forma parte de las emociones y abarca los sentimientos de soledad, apatía, autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo y desanimo, entre otros. Se dice que una persona que esta triste es cuando, a nivel cognitivo, se origina una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se percibe la realidad desde un lado negativo; por ende, solo se ve el lado malo de las situaciones o, cuando a nivel conductual, la persona suele restringir las actividades físicas muy poco a nada, presenta modificaciones en las facciones faciales y en la postura. (Vallés & Vallés, 2000).

En la literatura se puede encontrar una amplia gama de definiciones de la emoción; pero se asumirá la definición Sroufe (2000) que lo describe la emoción como: “una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente” (p. 18), en el cual se incluye componentes cognitivos, conductuales, afectivos y fisiológicos. Esto evidencia que existe una relación entre el acontecimiento y la persona y que por el mismo suceso puede desarrollar diversas reacciones en distintos individuos o es el mismo individuo en diferentes momentos a lo largo de su vida. Por lo tanto, las emociones

forman parte del ciclo vital del ser humano: ya que intervienen en los procesos evolutivos de la persona y se relaciona con su forma de actuar y por ende con sus experiencias.

Entonces, la tristeza al ser una emoción bastante experimentada por el ser humano se clasifica como una emoción primaria, junto con la ira, el temor, la felicidad, el enfado, la sorpresa y el disgusto, de la cual desde el punto de vista de su definición se considera una emoción negativa. Se ha de destacar que las emociones negativas duran más y son más frecuentes que las emociones positivas debido a que en la cotidianidad se suceden más hechos y situaciones frustrantes que satisfactorias. (Vallés & Vallés, 2000). Ambos tipos de emociones, positivas y negativas, forman parte de la interacción con el ambiente y a su vez, la persona las regula ejerciendo una determinada influencia en el comportamiento el ajuste. (Geunyoung, Walden, Harris, Karras y Catron, 2007, citado en Martínez, A; Izzedin, R, 2007).

Es necesario controlar de alguna manera las emociones negativas para que no produzcan conductas desadaptativas o trastornos psicológicos en el individuo, como, por ejemplo, la depresión. Este control se ejerce mediante estrategias de autorregulación emocional. Se considera que la tristeza ayuda al individuo a expresar la emoción que le provoca una situación de pérdida o decepción y favorece la reflexión y el autoconocimiento. Por lo tanto, a pesar de ser una emoción negativa, la tristeza presenta un lado adaptativo provocando la expresión de las personas y útil para relacionarse con los demás, obtener sus cuidados y preparar al individuo frente al estrés (Paivio & Greenberg, 1999).

Otro hecho bastante común es que la ansiedad y la tristeza suele aparecer asociada al cuadro depresivo como anteriormente se había mencionado. En estos casos los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del sujeto con respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables.

En tal caso, al igual que la ansiedad y la tristeza en su forma clínica, estos sentimientos podrían por su duración, frecuencia e intensidad transformarse en una depresión clínica e interferir en la capacidad adaptativa de la persona que los padece. (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997, citado en Paquieras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

2.5.3 Ira

La ira es conocida como una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos e definiciones de la valencia emocional (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009), es decir, las emociones se pueden comprender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) Las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Por ende, la ira puede observarse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser provocada por acontecimientos aversivos.

Es por eso que, la delimitación de la ira como estado emocional o rasgo, así como la diferenciación de esta emoción con respecto a la hostilidad y la agresividad, ha dotado de mayor operatividad y precisión al concepto de ira. Así que desde el punto de vista Johnson (1990), la ira, “es considerada de forma general como un estado emocional formado por sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia acompañado de una alta activación del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino y tensión muscular.” T.W. Smith (1994) añade a esta definición el hecho de que la ira posea una expresión facial característica. Las definiciones de estos dos autores sobre la ira están ampliamente implantadas en el campo de la psicología de la salud. (Johnson,1990; Smith,1994; citado en Pérez, M; Redondo, M; León, L. 2008).

Y, por último, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una

situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira.

2.5.4 Asco

Una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes es el asco. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo.

Esta reacción emocional suele darse ante estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente) que son potencialmente peligrosos o molestos. Suele ser muy propenso a los condicionamientos aversivos, siendo estos estímulos condicionados generalmente olfativos o gustativos. La actividad fisiológica típica de esta emoción suele ser el aumento de la reactividad gastrointestinal y la tensión muscular. No obstante, las reacciones fisiológicas más distintivas y caracterizas de esta emoción son dos, las cuales son las sensaciones de náuseas y el aumento de la salivación. Por otro lado, a diferencia de emociones como el miedo y la ira, en donde predomina la respuesta simpática del sistema nervioso autónomo, en el asco se ha contrastado una mayor predominancia de la respuesta parasimpática. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009)

Entre las funciones reconocidas se encuentra la que es la generación de respuestas o evitación de las situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud del ser humano. Aunque los estímulos incondicionados suelen estar conectados con la ingesta, de manea que la cualidad fundamental es olfativa u olorosa, los estímulos pueden meramente asociarse a cualquier otra modalidad perceptiva (escenas visuales, sonidos, etc.). Además, también queda en claro que no se puede limitar la emoción de asco a solo estímulos que se relacionan con los alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para la salud, ya que

también como se había mencionado, esta reacción emocional puede producirse ante cualquier otro tipo de estimulación no relacionada con problema gastrointestinales. (Chóliz, 2005). Incluso, podría producirse una reacción ante los alimentos saludables y en buen estado.

Por último, tiene un papel motivador importante ya que incita conductas que implican la necesidad de la evitación o alejamiento del estímulo, siendo características las sensaciones desagradables, tales como las náuseas, cuando el estímulo es disgustoso para el individuo olorosamente o gustativo.

2.5.5 La afectividad y su relación con los síntomas depresivos

Desde un punto de vista psicológico, la alegría, el miedo, la tristeza o la ira son emociones naturales que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas. Son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás, A su vez, las emociones pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.

El carácter universal y adaptativo de las emociones ha sido señalado por los más diversos autores y tradiciones teóricas, comenzando por las primeras teorías de Darwin, James y Cannon. Por otro lado, las emociones juegan un papel importante en el bienestar psicológico de los individuos y cumplen una función importante en la comunicación social. Como lo hace notar Vindel y Tobal (2001) ya que indican que: “Además de ser importantes para el bienestar/malestar de los individuos y cumplir una función social en la comunicación, las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que se le podría denominar ‘salud-enfermedad’. (p.112). Por ende, las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivaciones, por su capacidad para modificar las conductas ‘saludables’ (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y no saludables (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.).

La experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según tres ejes o dimensiones fundamentales: placer-desagrado, intensidad y grado de control. (Schmidt, A; 1985). En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones muy agradables o muy desagradables, pueden ser más o menos intensas y el grado de control que tenemos sobre ellas e también variable.

Por ende, Vindel y Tobal (2001) argumentan que:

“El término ‘emociones negativas’ ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable”, que podemos considerar como afectividad negativa. “Las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable, como la alegría, la felicidad o el amor”, que en este caso son la afectividad positiva. (p.112).

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que la afectividad positiva potencia la salud, mientras que la negativa tiende a disminuirla. Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y, cuando nos encontramos bajo estados emocionales negativos altos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades o trastornos depresivos.

El miedo, la ira, la tristeza y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

Estas reacciones tienen una función procesada para que los seres humanos puedan dar una respuesta correcta a las demandas del entorno, por lo que se muestran como respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en algunas ocasiones se puede encontrar que se pueden transformar en patologías en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal

descontrol aparece y se mantiene más del tiempo estimado, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastornos como la ansiedad, depresión, ira patológica, etc.) como físicas también (como, por ejemplo: problemas cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etc.). A pesar de estas afirmaciones, existe cierta controversia en relación con que comprendamos por emociones con el concepto de afectividad positiva y negativa, cuál realmente es la naturaleza de las relaciones entre estas emociones negativas.

Hasta este punto se ha mencionado de las emociones como unas reacciones básicas adaptativas y pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se puede perder el carácter adaptativo de estas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo. Estas formas se observan y corresponden aproximadamente con los trastornos de ansiedad y depresivos en la sección II del DSM-V, cuando nos referimos a los trastornos psiquiátricos, así como también algunos de los factores psicológicos propuestos por las más recientes ediciones del DSM. (Psiquiatría A. A., 2014). En resumen, podemos afirmar que la afectividad negativa en un nivel alto influye sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo) (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Pero no sólo la ansiedad, la depresión, pueden afectar adversamente a una condición médica, sino que la evidencia empírica nos muestra que, ya sea de forma específica o asociadas a enfermedades físicas, existe una alta prevalencia de problemas de ansiedad, depresión e ira que evidentemente han de ser tenidos en cuenta (Martín, 2005; citado en Paquieras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas y los trastornos. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido.

2.6 Magnitud de la depresión en México

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.² Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013). Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes. Los datos se recolectaron por medio del Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI-Versión 3.0), en entrevistas estandarizadas y que se realizaron cara a cara por personal entrenado específicamente para ello y con auxilio de tecnología computarizada. El CIDI operacionalizan las definiciones del ICD-N104 y del DSM-IV5 para los trastornos psiquiátricos más frecuentes, y cuenta con

características psicométricas aceptables. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida.

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8%. (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012).

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el último año. (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012).

La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y protección, así como factores que pueden incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud. En este sentido resulta interesante considerar los resultados arrojados por estudios realizados en 18 países de diversas regiones del mundo. En efecto, las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, China y Sudáfrica; mientras que las tasas más altas se observaron en países con ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América. El estudio clarifica que las diferencias en la prevalencia no se deben a que los casos en países de ingresos altos tengan mayor gravedad que en los países con ingresos bajo y medio, y por tanto tengan mayor probabilidad de ser identificados.

2.6.1 La depresión: y su aproximación al concepto

Desde el inicio del origen del ser humano se ha visto diferentes episodios que esto podrían catalogarse hoy como: Trastornos del estado del ánimo o depresivos, ya que en la biblia en los

primeros relatos del Génesis fue descrito cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva, donde el paraíso vendría representado la felicidad y la alegría. (Hernández, 2007). De esa forma, podemos decir que la descripción de la depresión está ya reflejada en el Antiguo Testamento, donde se narran los significativos y graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl, quien al principio reaccionaba a la terapia musical de su hijo David, pero llegando a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su propio hijo.

Comprendiendo en sí que esta enfermedad no es solo exclusiva de nuestra época, como Calderón, M.; Cortés, A.; Durán, E.; Martínez, T.; Ramírez, L. Garavito, C. (2012) afirman que “el conocimiento y la definición de la depresión, que en la antigüedad hacía referencia al estado mental, corporal y espiritual, se denomina melancolía” (p. 2), remontando su fundamento a los orígenes propios de la medicina, donde Hipócrates (S.IV a.c) describe con síntomas clínicos lo que él denominaba melancolía como: “Un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la atención del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud”. (Pérgola, 2002; pág. 17).

Pérgola (2002), adicionalmente menciona que 100 años después Aristóteles sigue las concepciones hipocráticas y considera cuatro tipos de temperamentos: Melancólico, sanguíneo, colérico y flemático, los cuales inspiran a Claudio Galeno de Pérgamo, principal figura de la Roma Antigua, quien mantiene esos postulados señalando la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza.

Por otra parte, durante la Edad Media, los postulados e ideas de las culturas griega y romana, sufren un retroceso y renace el primitivismo y la brujería. Las enfermedades mentales eran atendidas por monjes en los monasterios, por medio de exorcismos que eran la base del conocimiento y la cura para sacar los demonios del hombre (Vallejo, 1998).

Adicionalmente: San Agustín (S. V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986; citado en Calderón, M.; Cortés, A.; Durán, E.; Martínez, T.; Ramírez, L. Garavito, C. 2012).

Desde las tres perspectivas de la filosofía occidental se utilizan tres vocablos para mencionar la depresión: El primero de ellos habla de la melancolía como la alteración del equilibrio humoral, donde se mencionaba que uno de los cuatro humores producía el estado patológico melancólico depresivo.

El segundo es la Acedia, un síndrome de apatía, angustia y pereza y el principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano donde habla de ocho vicios principales: Ocho son los vicios principales que afligen al género humano. Y por último se habla de depresión que se refiere al síndrome de hundimiento vital que se debe a la incidencia que padece gran parte de la humanidad (Aguirre, 2008).

Mientras que en el Renacimiento se destaca a Paracelso, quien en su tratado “De las enfermedades que privan al hombre de la razón, como el baile de San Vito, la epilepsia, la melancolía y la insania”, rechaza el planteamiento sobre el origen de las enfermedades mentales, que no eran provocadas por espíritus o demonios, afirma que no eran, ni más ni menos espiritual que las afecciones del cuerpo. Estableció la diferencia entre la debilidad mental y diversas formas de manía, y fue quizás el primero en identificar los componentes sexuales de los demás factores en el desarrollo de la histeria (Pérgola, 2002).

Se destaca el auge que empieza a tener en Europa la idea de que los enfermos mentales deben recibir un tratamiento adecuado en establecimientos creados específicamente para atender este tipo de problemáticas. La idea de la Edad Media y del Renacimiento de “loco” fue desapareciendo paulatinamente. Con la reforma, las nuevas tendencias religiosas, la nueva visión crítica y racional del mundo, los planteamientos filosóficos y los avances en el ámbito científico desencadenaron la nueva visión del concepto de enfermedad mental. (Coto, Gómez-Fontanil & Belloch, 1995; citado en Catillo, R; 2021).

La tradición psicológica permaneció latente por un tiempo, solo para resurgir en el S. XX, en varias escuelas con enfoques y planteamientos muy diferentes.

El primer método importante fue el Psicoanálisis, basado en la elaborada teoría de Sigmund Freud (1856-1939), sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta. La segunda fue el Conductismo, asociado con John B. Watson, Ivan Pavlov y B.F. Skinner, quienes se concentraron en la forma en que influyen el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología (Barlow y Durand, 2001; citado en Calderón, M.; Cortés, A.; Durán, E.; Martínez, T.; Ramírez, L. Garavito, C. 2012, p. 7).

Por último, es importante mencionar que Aarón Beck en 1970, identifica la tríada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada.

En la actualidad, los trastornos del estado de ánimo son una causa común de absentismo y jubilación por incapacidad laboral, además, se prevé que, en un futuro próximo, la depresión será la segunda causa de discapacidad por enfermedad (Prieto, Vera, Pérez y Ramírez, 2007).

2.6.2 Definición de la depresión

Respecto a la depresión, Beck (1976), menciona que debe a un desorden del pensamiento, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos (Beck, A., Steer, R., GK, Brown, 2006). Robert y Lamontegne (1977), consideran que la depresión es un estado de tristeza, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal de una dolorosa consecuencia de disminución de actividad mental psicomotriz y orgánica, por otro lado, Carranza R. (2012) menciona que Fremman y Oster, postulan que la depresión es un trastorno conocido desde hace tiempo, mencionando que es el problema psicológico de nuestros días, considerado como el resfriado de los trastornos emocionales. (Carranza, 2012).

Vázquez y Sanz (1991), citado en Carranza (2012) menciona sobre el conjunto de síntomas -indicadores- que componen el síndrome depresivo, se pueden reducir a cuatro grandes núcleos:

- Síntomas anímicos. Los síntomas –indicadores- que comprenden este núcleo son la disforia, sentimientos de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, e incluso irritabilidad y tristeza.
- Síntomas motivacionales. Los síntomas -indicadores- que comprenden este núcleo son la apatía, la indiferencia, la anhedonia, disminución en la capacidad de disfrute-desalineo personal, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo, el levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios o el trabajo. Asimismo, tomar decisiones cotidianamente como decidir la ropa para vestirse puede convertirse en una

tarea casi insalvable.

- Síntomas cognitivos. Los síntomas -indicadores- que comprenden este grupo son la autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima.
- Síntomas físicos. Los síntomas que comprenden este núcleo son la pérdida de sueño, la fatiga, la pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa evidencia de disminución de la actividad y el deseo sexual.
- Síntomas interpersonales. El síntoma -indicador- principal de este núcleo es que la persona deprimida no tiene por relacionarse con los demás. (p. 83-84).

2.7 La depresión en los jóvenes

En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores. De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves». El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres. (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012).

En los estudiantes universitarios la depresión puede constituir un problema de real importancia, pues al malestar psicológico del individuo se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio debido a que las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica (depresión). Además, el estudiante universitario se enfrenta con una nueva realidad que, muchas veces, lo abruma y parece superar sus posibilidades de adaptación. (Riveros, Hernández, & Rivera, 2007).

La depresión puede ser desencadenada por cualquier cambio de vida estresante, incluso si es un cambio drástico en la vida normal y habitual, por ejemplo, el cambio es elegido como el caso de una carrera universitaria. El ingreso a la universidad suele ser el primer cambio importante en la vida de un joven adulto. En esta fase de transición, los estudiantes suelen enfrentar problemas tales como: nuevos arreglos de vida, necesidad de supervisar el horario de uno mismo, atender las necesidades propias (horarios para comer, lavar la ropa, dormir y trabajar), presión académica, responsabilidades financieras, cambios en las relaciones con la familia y los amigos, presiones debido a las relaciones nuevas, aumento de la consciencia de identidad sexual, preocupaciones sobre la vida después de la graduación, etc.

De otro lado, es importante diferenciar la depresión de la tristeza. La tristeza es un estado de ánimo pasajero, provocado por una situación concreta, como, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cuando este estado de ánimo perdura en el tiempo, podemos estar frente a una depresión. Según el NIMH (2001), los siguientes síntomas pueden considerarse como indicadores de la depresión: un estado de ánimo triste o ansioso persistente al igual que sensaciones de desesperanza, el pesimismo, la culpabilidad, la impotencia, la pérdida de interés en actividades que resultaban placenteras, el cansancio -fatiga-, disminución de energía, problemas de concentración y memoria, dificultad para tomar decisiones, autocrítica, el despertarse en la madrugada o dormir demasiado, cambios en el apetito, pensamientos de muerte o intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad, dolores de cabeza y alteraciones digestivas que no responden a tratamiento médico; son síntomas que se pueden considerar como indicadores de la depresión. (Carranza, 2012).

2.7.1 Factores de riesgo:

Existen numerosos factores que aumentan el riesgo de desarrollar o desencadenar una depresión en los jóvenes esos son algunos mencionados por el hospital Mayo Clínica, Minnesota (2019):

- Tener problemas que impactan de manera negativa en la autoestima, como la obesidad, los conflictos con compañeros, el acoso escolar prolongado o los problemas académicos
- Haber sido víctima o testigo de violencia, como abuso sexual o físico
- Padecer otras enfermedades de salud mental, como trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad, anorexia o bulimia
- Tener una deficiencia en el aprendizaje o padecer un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Tener dolor continuo o una enfermedad física crónica, como cáncer, diabetes o asma
- Tener ciertos rasgos de personalidad, como baja autoestima o ser excesivamente dependiente, autocrítico o pesimista
- Abusar del alcohol, la nicotina u otras drogas
- Ser homosexual, bisexual o transexual en un entorno que lo rechaza

La depresión sin tratar puede resultar en problemas emocionales, de comportamiento y de salud que afectan cada área de la vida del joven. Las complicaciones relacionadas con la depresión pueden incluir, por ejemplo:

- Abuso de drogas y de alcohol
- Problemas académicos
- Conflictos familiares y dificultades en las relaciones
- Involucramiento con el sistema de justicia juvenil

- Intentos de suicidio o suicidio

Es por eso que aparte de lo que el joven se ve sometido en su vida diaria también es una de las consecuencias para producir un desequilibrio en ellos. Por lo tanto, el paso por la universidad debería ser una experiencia satisfactoria; sin embargo, en muchos casos no suele ser así, pues cada vez más se exige al alumno en el ambiente universitario, no solo desde las aulas, sino también la sociedad genera en el alumno cierto desequilibrio emocional causando así que el universitario se someta a experiencias desagradables originando emociones negativas detonantes de este trastorno depresivo.

Capítulo III: Metodología de la investigación

3.1 Definición de variables

3.1.1 Hipótesis

Los jóvenes universitarios con una alta afectividad negativa están más propensos a desarrollar síntomas depresivos.

Hipótesis nula:

Los jóvenes universitarios con una alta afectividad negativa no están en riesgo a desarrollar síntomas depresivos.

Hipótesis alternativa:

El aislamiento es uno de los principales factores que causan el desarrollo de síntomas depresivos y ansiedad en los jóvenes universitarios.

3.1.2 Variable dependiente:

Rasgos depresivos

De acuerdo al DSM-V (2014) La depresión y sus rasgos son:

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, disminución importante del interés o el placer por casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad o inutilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir sino ideas suicidas sin un plan determinado. (p 104-105).

De igual forma la OMS (2017) refiere que el concepto como tal de depresión es: “La depresión es un trastorno mental frecuente, 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 concentración.”

3.1.3 Variable independiente:

La afectividad negativa:

De acuerdo con Carbonell, Marín y Díaz (2015) mencionan que Watson, Clark y Corey (1988) argumentan que:

“Un factor de estrés subjetivo y engloba un amplio rango de estados de ánimo negativos, incluyendo miedo, ansiedad, hostilidad y disgusto. Pero, además, la AN indicaría una amplia predisposición a experimentar emociones negativas que tienen influencia en los procesos cognitivos, en el nivel de autoconcepto y, por supuesto, en la tendencia a la depresión y la baja satisfacción en la vida”. (Watson, Clark y Corey, 1988 citado en Carbonell, M. Marín A. y Díaz R., 2015, p.412).

3.2 Descripción de la metodología

En este capítulo se explica la metodología utilizada para la realización de este trabajo, lo que permitió la identificación de los elementos que se tomaron en cuenta en esta investigación, debido a los procedimientos racionales para alcanzar el objetivo se determinó que el enfoque a utilizar es el mixto, ya que es aquella que une los métodos cuantitativos y cualitativos, con el fin de disponer de las ventajas de ambos y minimizar sus inconvenientes, por tanto, lo que hace es utilizar los dos métodos, pudiendo así conseguir un estudio más completo y detallado sobre un fenómeno determinado.

En este enfoque se sigue una serie de pasos para realizar una investigación, de acuerdo a Sampieri (2014) el enfoque mixto es:

“Un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. En resumen, los métodos mixtos utilizan evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias.” (p. 534).

En cuanto al diseño del trabajo a utilizar ha sido asignado el descriptivo, ya que, la investigación descriptiva “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Así como los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación”. (Sampieri, 2014).

Este diseño se toma en cuenta dentro de la investigación debido que es un método que intenta recopilar información para ser utilizada en el análisis cualitativo como estadístico (cuantitativo) de la muestra de población, en donde se crean preguntas y se hace un análisis de datos que se llevarán a cabo sobre el tema de la alta afectividad negativa y su relación como posible detonante en el desarrollo de rasgos depresivos en jóvenes universitarios, para así mismo poder describir el fenómeno y tener un mejor panorama para dar una buena solución a la problemática.

3.3 Población y muestra

Debido a la complejidad e inviabilidad para medir a todos los individuos de una población, en este caso los alumnos del Centro Universitario Vasco de Quiroga Huejutla de una edad entre de 18 a 28 años, se recurre a la selección de una muestra, la cual es un subconjunto de los elementos que pertenecen a la población que cumple con las características más representativas de esta última y que se pretende sea un reflejo fiel de la población.

Por lo tanto, para la presente investigación se recurrió a la selección de una muestra no probabilística, la elección de los elementos de la muestra no depende de la probabilidad, sino de

causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la investigación. Por ende, la muestra seleccionada son los alumnos de primer semestre de la carrera de psicología de la misma universidad, debido a que cumplen con las características requeridas, (edad, género, contexto de ubicación, etc.).

Los criterios empleados para la selección de la muestra son:

- Edad de 18 a 24 años de edad.
- Ambos géneros (Masculino-Femenino).
- Cursar el primer grado de universidad.
- Pertenecer al Centro Universitario Vasco de Quiroga, Huejutla.

3.3.1 Muestreo

En esta investigación el muestreo utilizado fue el no probabilístico “cuya finalidad no es la generalización en términos de probabilidad. También se les conoce como “guiadas por uno o varios propósitos”, pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación.” (Sampieri, 2014). Ya que se seleccionó la muestra basada en un juicio subjetivo en lugar de hacer la selección al azar, por lo tanto, se hizo por conveniencia o invitación debido a que se encontraban convenientemente disponibles, seleccionados por los criterios predeterminados y por la facilidad de reclutar, esta muestra representa a toda la población debido que es demasiado grande para evaluar.

3.4 Técnicas e instrumentos

Los instrumentos a utilizar para dicha investigación fueron los siguientes:

Instrumento 1:

Nombre: Inventario de Afectividad positiva y Afectividad negativa (PANAS).

Autor original: Watson, Clark & Tellegen, 1988.

Autor de la adaptación: Sandín B (1999).

Tiempo: De 15 a 20 min.

Dirigido a: Adultos, adolescentes y niños.

Aplicación: Individual o en grupo.

Objetivo: Medir la afectividad positiva y negativa que el ser humano puede sentir en ese momento o a lo largo de un periodo determinado, poniendo sentimientos específicos para que el sujeto evalúe la intensidad de la emoción o sentimiento sea positiva o negativa y así obtener el nivel de afectividad de ambos.

Descripción: Este inventario consta de 20 ítems descriptores de sentimientos y emociones. Diez de ellos describen afectividad positiva (por ejemplo, entusiasmo) y otros diez miden afectividad negativa (por ejemplo, irritable). Cada grupo de descriptores se suman de forma separada dando lugar a la puntuación en las dos escalas. A los sujetos se les pide que se evalúen en cada uno de los 20 adjetivos sobre una escala tipo Likert con un rango de 1 (nada o casi nada) hasta 5 (muchísimo) para expresar el grado en que de forma general experimentan el particular sentimiento o emoción ya sea en un momento específico (estado), ya sea generalmente (rasgo).

Instrumento 2:

Nombre: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)

Autor: Goldberg D, et al.

Autor de la adaptación: Montón C, et al.

Tiempo de aplicación: 10 a 30 min.

Dirigido a: Adultos y ancianos.

Descripción: Es una escala utilizada para detectar la ansiedad y depresión. Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista

un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la sub-escala de ansiedad, 1 o más en la sub-escala de depresión). Los puntos de corte son igual o mayor a 4 para la escala de ansiedad, e igual o mayor a 2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte igual o mayor a 5 e igual o mayor a 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad. El EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico.

Las técnicas a implementadas son:

Técnica 1:

Formulario: Encuesta de opinión a universitarios.

Según el autor Arias F (2004) dice que: “Es una modalidad de encuesta. Se realiza de forma física o digital con una serie de preguntas”. (p.72). Esta elaborado para que un usuario introduzca datos estructurados (nombres, apellidos, dirección, fecha, etc.) en las zonas correspondientes, para ser almacenados y procesados posteriormente.

En este caso se utilizó uno de manera digital para la adquisición de información del estado actual de los jóvenes universitarios debido a la contingencia en la que nos encontramos y como está su contexto escolar y personal hoy en día.

Técnica 2:

Grupo focal: La afectividad positiva y negativa con relación a los rasgos depresivos.

Con respecto al grupo focal Martínez Reyes (2012) manifiesta que: “Aunque más conocida como grupo focal, esta técnica también recibe los nombres de entrevista de grupo focal, grupo de discusión, discusión de grupo y se le conoce en inglés como focus group o group interview” (p. 47). Así mismo, este autor sostiene que es una técnica de recolección de datos de tipo cualitativo ubicada dentro de la entrevista, pero con carácter grupal que se usa dentro de las ciencias sociales.

Esta técnica se utilizó para la obtención de información de manera más específica mediante la experiencia de los alumnos y así reafirmar la información obtenida en las pruebas y a su vez poder comparar ambos informes para el descubrimiento de nuevos datos que ayudaron a realizar un análisis y descripción más concreto de la problemática.

3.5 Cronograma

A continuación, presentamos el cronograma de la entrega de cada parte que se realizó la investigación con fecha.

Partes de la tesis	Fecha	Entregado	Fecha	Aceptado
*Portada (Dictamen, índice, resumen-Abstract e introducción)	12 de julio del 2021	✓		✓
Capítulo I: Presentación del problema	24 de abril del 2021	✓	29 de mayo del 2021	✓
1.1 Antecedentes (breve descripción)	06 de marzo del 2021	✓	13 de marzo del 2021	✓
1.2 Justificación	12 de febrero del 2021	✓	20 de febrero del 2021	✓
1.3 Descripción del Problema	24 de abril del 2021	✓	29 de mayo del 2021	✓

1.4 Objetivos Generales y Particulares	12 de febrero del 2021	✓	20 de febrero del 2021	✓
1.5 planteamiento del problema	12 de febrero del 2021	✓	20 de febrero del 2021	✓
1.6 Interrogantes de la Investigación	12 de febrero del 2021	✓	20 de febrero del 2021	✓
Capítulo II: Marco Teórico	24 de abril del 2021	✓	29 de mayo del 2021	✓
Capítulo III: Metodología de la Investigación	24 de abril del 2021	✓	12 de julio del 2021	✓
3.1 Definición de las hipótesis.	20 de abril del 2021	✓	12 de julio del 2021	✓
3.2 Definición de las variables	20 de abril del 2021	✓	24 de abril del 2021	✓
3.3 Descripción de la metodología	20 de abril del 2021	✓	08 de agosto del 2021	✓
3.4 Población y muestra	20 de abril del 2021	✓	24 de abril del 2021	✓
3.5 Técnicas e instrumento utilizados	20 de abril del 2021	✓	12 de julio del 2021	✓
3.6 Cronograma.	12 de julio del 2021	✓	20 de agosto del 2021	✓
Capítulo IV: descripción de resultados.	22 de junio del 2021	✓	25 de agosto del 2021	✓
Capítulo V: Discusión y sugerencias de Intervención	26 de junio del 2021	✓	25 de agosto del 2021	✓
Referencias bibliográficas y anexos.	12 de junio del 2021	✓	25 de agosto del 2021	✓

En este otro cronograma se muestra las pruebas que se aplicaron y la calificación como interpretación de cada una de ellas con fecha.

Instrumentos y técnicas	Aplicación	Calificación	Interpretación
Formulario: Encuesta de opinión a universitarios	04 – 07 de mayo del 2021	15 de mayo del 2021	12 de julio del 2021
Inventario de Afectividad positiva y Afectividad negativa (PANAS).	04 – 07 de mayo del 2021	20 de mayo del 2021	12 de julio del 2021
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	04 – 07 de mayo del 2021	21 de mayo del 2021	12 de julio del 2021
Grupo focal: La afectividad positiva y negativa con relación a los rasgos depresivos.	27 de mayo del 2021		12 de julio del 2021

Capitulo IV: Descripción de los resultados

4.1 Resultados

4.1.1 Encuesta de opinión

Para poder empezar esta investigación se realizó una encuesta en donde se planteó una serie de preguntas para extraer determinada información de la muestra asignada, para así también conocer la situación actual de los alumnos debido al cambio en la que se tuvieron que someter por la contingencia.

Una vez aplicada dicha encuesta, los resultados obtenidos nos revelaron que un 74% de la muestra son mujeres y un 26% son hombres, teniendo más realce el sexo femenino y que las edades más sobresalientes son entre los 18 (42%), 19 (38%) y los 20 (18%) en esta investigación. También se observó en la primera pregunta que un 30% presenta problemas para concentrarse, un 16% cambios de apetito, niveles de energía, deseos e interés, un 14% dificultad para dormir y reacciones físicas (como dolores de cabeza, dolores corporales, problemas estomacales) y un 14% cambios de humor repentinos. En la segunda se tocó el tema de la pérdida de interés a las actividades y se obtuvo que un 38% indicaron que, en ocasiones, un 22% indicaron que NO y un 40% SI. En la tercera pregunta se cuestionó sobre el sueño y se reveló que un 62% se les dificulta dormir, un 30% no presentan problemas de sueño y un 12% se la pasan durmiendo. En la cuarta pregunta se refirió al tema de la alimentación y se mostró que un 26% ha perdido el apetito, otro 24% se la pasa comiendo todo el tiempo y un 55% se encuentra dentro del rango aceptable debido a cambios en su alimentación. En la quinta pregunta fue sobre el peso y un 42% ha puesto que se ha mantenido en su peso, otro 38% ha subido de peso y 24% ha bajado. En la sexta pregunta se mostró que un 34% sobre piensan las cosas, un 26% presentan problemas de razonamiento o atención al realizar las actividades, un 22% dificultades para recordar cosas a corto plazo y un 18% no presentaron ninguna de las anteriores.

Por último, en la pregunta séptima y octava se habló sobre el rendimiento académico y si todo esto que se preguntó en la encuesta lo habían presentado anteriormente o justo en la pandemia, lo cual, nos dio un porcentaje de 50% en donde nos indicaron que, SI hubo cambio en lo académico, 22% No, un 32% algunas veces, como también un 52% indico que todo esto NO lo manifestaron antes de la pandemia, un 34% SI y un 20% solo en la pandemia.

Obteniendo todos estos datos importantes de la encuesta se pudo observar que existe cierto porcentaje de afectividad negativa en los alumnos debido al cambio en el que se encuentran, dando ya como posibles indicadores de síntomas depresivos y ansiedad. Esta información es relevante para la contestación de la pregunta de esta investigación: *“¿Cuál es la relación entre la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas depresivos en los jóvenes universitarios?”* ya que al existir un porcentaje revelado de afectividad negativa en los resultados nos abre camino a encontrar dicha relación entre la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas depresivos en los jóvenes universitarios que según los resultados es debido al contexto en el que se encuentran desarrollando sus estudios académicos.

4.1.2 Escala de afectividad positiva y negativa (PANAS)

La prueba PANAS nos permitió conocer el nivel de afectividad positiva (AP) y negativa (AN), dentro de la muestra, asimismo saber su relación con el desarrollo de síntomas depresivos ante una alta afectividad negativa o conocer su nula relación.

Los resultados obtenidos de esta prueba son los siguientes:

Como dato principal se pudo observar que el 72% de la muestra son representados por el género femenino y el 28% por el género masculino, la edad equivalente de los estudiantes es de 18 años (38%), 19 años (42%) y 20 años (20%).

PANAS consta de 20 ítems los cuales se dividen en 10 de afectividad positiva (AP) y 10 de afectividad negativa (AN), otorgando una puntuación del 1 al 5 por cada ítem. En el primer ítem (AP), se obtuvo el 38% ante el nivel moderado, ya que fue el más sobre saliente para los estudiantes, dando una puntuación de 3 puntos. En el segundo ítem (AN) se observa el 26% a la categoría de moderadamente y algo siendo las respuestas más sobre saliente dando una puntuación de 3 y 2 puntos, en el tercero (AP), se mostró el 36% dentro de la misma categoría, dando como puntuación 3, en el cuarto ítem (AN), los estudiantes arrojaron el 30% dentro de la categoría 2 (intensidad: leve), con una puntuación de 2, en el quinto ítem (AP), se obtuvo un 36% en la categoría 3 con puntuación de 3, en el ítem número 6 (AN), se obtuvo un 46% en la categoría uno clasificada como “muy poco o nada” obteniendo una puntuación de 1, en el ítem 7 (AN), se obtuvo un 36% dentro de la categoría 1 nuevamente, con puntuación de 1, en el ítem 8 (AN), se obtuvo un 32% en la categoría 3 con puntuación de 3, en el ítem 9 (AN), se obtuvo un 30% en la categoría 3 con puntuación de 3, en el ítem 10 (AP), se obtuvo un 28% dentro de la categoría 3 nuevamente, con resultado de 3 puntos. En el ítem 11 (AN), se observó el 26% en la categoría 2, con 2 puntos, en el ítem 12 (AP), con un 26% dentro de la categoría 3 con resultado de 3 puntos, en el ítem 13 (AN), se reveló el 50% en la categoría 1 dando una puntuación de 1 punto, en el ítem 14 (AP), se obtuvo el 28% en la categoría 3, reflejando una puntuación de 3 puntos, en el ítem número 15 (AN), con un 30% en la categoría 3, dando puntuación de 3, en el ítem 16 (AP), arrojó el 30% dentro de la categoría 3 con puntuación de 3, dentro del ítem 17 (AP), se obtuvo el 34% en la categoría 3 con puntuación de 3, en el ítem 18 (AN), se obtuvo un 28% dentro de la categoría 3 con puntuación de 3, en el ítem número 19 (AP), se observó con un porcentaje de 30% en la categoría 3 arrojando puntuación de 3, y por último en el ítem 20, (AN), con un 28% dentro de la categoría 3 con puntuación de 3. Dando una puntuación total de AP de 30 y AN de 22, teniendo como resultado final que los alumnos

poseen una afectividad positiva más alta que la negativa, interpretándose como que está dentro del rango promedio normal en la muestra.

Asimismo, como punto final podemos darnos cuenta que, si existe cierta relevancia con los rasgos depresivos debido que un 30% de la muestra padece más alto su nivel de afectividad negativa lo que nos demuestra que los alumnos si presentan conjuntos de emociones negativas debido a las experiencias y situaciones nuevas a las que se presentan y que estas tienen relación a desarrollar síntomas depresivos a consecuencia de ellos por tiempo y la intensidad de dichas emociones o sentimientos, dando así una de las respuestas a nuestra pregunta de investigación.

4.1.3 Escala de ansiedad y depresión de Gold- Berg (EADG)

Esta segunda prueba se aplicó para identificar cuantos alumnos padecen signos y síntomas de ansiedad y depresión, (esta prueba no diagnostica al 100% el trastorno como tal, sin embargo, arroja señales significativas para el posible desarrollo de estos).

De manera general se obtuvieron los siguientes resultados, se destacan más las mujeres con un 71.4% y los hombres con un 28.6%, de igual manera se observaron las edades más sobresalientes que fueron los de 18 años con un 38.8%, 19 años con el 38.8% y 20 años con el 16.3%, asimismo fue arrojada la primera pregunta en donde se muestra que el 71.4% de la muestra se han sentido nerviosos o en tensión, mientras que el 28.6% han manifestado lo contrario, en la segunda pregunta el 89.8% de se han sentido preocupados por algo y el 10.2% no se han sentido así. En la tercera se tocó el tema de la irritabilidad en donde se obtuvo 69.4% que si lo han experimentado y el 30.6% de la muestra no lo manifiestan, en la cuarta pregunta se arroja el 81.6% en donde observa que existe dificultad para relajarse 18.4% no presentan problemas de relajación. Asimismo, se arrojó que un 80.9% han presentado dificultades para dormir, mientras que el 19.1% no manifiesta dificultades, el 78.7% presentan dolores de cabeza o nuca

y el 21.3% se encuentran bien en este aspecto. De igual forma se observa que un 52.2% NO presenta síntomas como temblores, hormigueos, mareos, sudores, etc. Mientras que el 47.8% si lo experimenta, en la octava pregunta se refirió a cerca de preocupación por su salud, en donde 61.7% si lo está y el 38.3% no presenta esta preocupación, la novena pregunta trata a cerca de dificultad para conciliar el sueño, en donde el 78.7% de los estudiantes si lo manifiestan y el 21.3% no cuenta con esta. La segunda parte de esta prueba comienza con la pregunta numero 10 la cual arroja que el 81.6% se han sentido con poca energía y el 18.4% no se han sentido así, en la pregunta 11 se observa que el 65.3% han perdido el interés por las cosas y el 34.7% NO se ha sentido así, asimismo se revelo que el 53.1% NO han perdido la confianza en sí mismos, mientras que el 46.9% si lo han hecho, igual mente se observa que el 61.2% se han sentido desesperanzados y el 38.8% no, se revela que el 93.5% SI han tenido dificultad para concentrarse y el 6.5% NO la han tenido, la pregunta numero 15 refiere si se ha perdido peso por falta de apetito, la cual el 73.9% de la muestra confirman que si lo han perdido y el 26.1% refieren que no, se observa que el 60.9% no han estado despertando demasiado temprano y el 39.1% si lo han hecho, en la pregunta numero 17 el 62.2% se han sentido que han estado menos activos y se observa que el 37.8% no se sienten así, por último en la pregunta 18 se reveló que el 58.7% no consideran que hayan tenido tendencia de encontrarse peor por las mañanas, mientras que el 41.3% SI lo consideran.

Con los datos obtenidos en esta prueba nos dio como resultado final que obtuvieron un puntaje de 8 en la escala de ansiedad y un puntaje de 5 en la escala de depresión, interpretándose así según con los criterios de la prueba que un 70% de la muestra padece síntomas de ansiedad y un 30% padece síntomas de depresión.

Por lo tanto, podemos decir que si existe una relación con afectividad negativa pero que esta no importa si se encuentra en un nivel alto, ya que aun así puede influir en padecer algunos

síntomas depresivos y más en ansiedad en los jóvenes, revelando que, según con la pregunta de investigación, si tienen un impacto en la relación de la afectividad negativa con el desarrollo de síntomas depresivos, pero no exactamente aun grado alto.

4.1.5 Grupo focal

Se utilizó como instrumento final para fortalecer la información obtenida de las pruebas aplicadas y así mismo, conocer la opinión de los estudiantes con referente al tema, estas fueron las respuestas obtenidas de los que asistieron al grupo focal.

La afectividad positiva y negativa con relación a los rasgos depresivos.		
Fecha: 27/05/2021	Hora de inicio: 11:10 am	Hora de cierre: 11:58 am
Objetivo: Indagar y recabar información con los alumnos de segundo semestre del centro Universitarios Vasco de Quiroga de Huejutla de Reyes, en donde se debatirá el tema de la afectividad positiva y negativa con relación a los rasgos depresivos.		
Integrantes del grupo o moderadores: Hernández Azuara Vanessa Guadalupe y Rubio Gutiérrez Yarisel		
Inicio:		
Moderadora 1 (Yarisel): Buenos días, nosotras somos egresadas de la carrera de psicología y primero que nada agradecerles que se hayan tomado un poquito de su tiempo para poder conectarse a esta video llamada. Bueno el objetivo de este grupo focal es simplemente para recabar información acerca de nuestro tema de tesis que lleva por nombre “la afectividad negativa y el desarrollo de síntomas y rasgos depresivos en los jóvenes universitarios”.		
-Mi nombre es Yarisel Rubio Gutiérrez y mi compañera Vanessa Guadalupe Hernández Azuara.		
Moderadora 2 (Vanessa): Buenos, este grupo focal que estamos haciendo con ustedes pedimos de su participación ya que vamos a hacer unas preguntas que no son nada complicadas simplemente queremos saber con base a su experiencia lo que han vivido para poder utilizarlo como dice mi compañera como retroalimentación para nuestro tema.		
-Voy a iniciar dando una pequeña introducción: en este tema vamos a hablar de lo son las emociones como pueden ser experimentadas en los seres humanos y el juego que tienen fundamentalmente en las dinámicas en todos los aspectos, hablamos que todos conocemos por experiencia propia que son las emociones y la gran importancia que tienen en nuestras vidas. Entonces, los seres humanos pueden experimentar la vida emocionalmente, a que me refiero que, pues en teoría nosotros sentimos, y luego existimos; es primero siento y luego lo expreso.		
-Bueno para empezar con esto quiero saber de ustedes, que saben o que conocen de lo que es la afectividad.		
Moderadora 1: Alguien que sepa o tenga una idea la más mínima no importa, de ¿Qué es la afectividad?		

Sujeto 1: Un conjunto de emociones.

Moderador 2: Si muy bien, alguien ¿quisiera decir algo más?

Sujeto 2: Sentimientos y emociones presentes en una persona.

Moderadora 1: Okey muy bien, ¿alguien más?

Moderadora 2: Bueno exactamente como sus compañeras nos acaban de mencionar, si son un conjunto de emociones y sentimientos, para que conozcan un poco más, el concepto como tal es “aquella capacidad de reacción que presenta un sujeto de los estímulos sea interno o externo, cuyas principales manifestaciones son los sentimientos y las emociones”, son un conjunto de emociones positivas como negativas que el ser humano pues siente y transmite en su entorno.

Moderadora 1: Muchas gracias por sus comentarios.

-Bueno miren vamos a comenzar con las preguntas y nos gustaría saber su opinión:

Preguntas	Respuestas
1.- ¿Que síntomas consideran que son más característicos de la depresión?	<p>Sujeto 1: Tristeza y ansiedad.</p> <p>Sujeto 3: La ansiedad.</p> <p>Sujeto 2: Tristeza, perdida de interés.</p> <p>Moderadora 2: Ok, si, ¿alguien más quiere agregar algo?</p> <p>Sujeto 4: Sentimientos de culpabilidad.</p> <p>Sujeto 5: Tristeza, perdida de interés en las cosas, ansiedad, impotencia.</p> <p>Sujeto 6: Desesperanza, inutilidad.</p> <p>Sujeto 2: El no poder dormir o viceversa dormir demasiado.</p> <p>Moderadora 2: Si, así es, todo lo que nos están diciendo son algunos de los síntomas de la depresión.</p> <p>-Bien como lo mencionaron, el desinterés, la tristeza, el tener mucho sueño o poco, sentimientos de culpa, también el no tener hambre, ansiedad, entre otros son síntomas o depresivos característicos e este trastorno. Pero como podemos darnos cuenta ¿de que ya son síntomas depresivos? Pues dependiendo de la durabilidad y la intensidad, ya que todos nos expresamos y sentimos entonces cuando un sentimiento dura más de lo que debe, por ejemplo, la tristeza porque algo nos pasó entonces ese sentimiento dura casi todo el día, pero al día siguiente estamos un poco mejor y así sucesivamente, pero si pasan días, luego semana y meses... se crea un descontrol emocional. Muy bien gracias por participar, vamos con la siguiente pregunta.</p>

<p>2.- ¿Han experimentado algunos de ellos? ¿Cuáles?</p>	<p>Sujeto 4: Bueno con base a lo que yo he experimentado o vivido pues sí, he padecido algunos, como el desinterés, el no poder dormir y ansiedad. Sujeto 3: Yo el desinterés en las clases y así. Moderadora 1: Ok, si ¿alguien más? -Bueno muchas gracias, con esto que dijeron nos abre paso a la siguiente pregunta ya que con lo que ustedes han pasado o sentido, nos gustaría saber ¿a qué creen que se deba?</p>
<p>3.- ¿Ustedes a que creen que se deban?</p>	<p>Sujeto 2: Bueno, yo también tengo problemas de sueño, a veces no puedo dormir; bueno en las mañanas no se me dificulta tanto levantarme, pero en las noches el dormir y a veces la ansiedad. Moderadora 1: Bien, gracias y dínos entonces ¿tú a que crees que se deban estos síntomas? Moderadora 2: Recuerden chicos, que aquí no hay respuestas buenas o malas, estamos en confianza, no pasa nada, a lo que ustedes crean, por ejemplo, no puedo dormir, talvez porque estoy todo el tiempo en el celular o porque estoy pensando muchas cosas, lo que ustedes crean. Moderadora 1: Exactamente lo que ustedes consideren, no pasa nada, pero si nos gustaría saber por favor. Sujeto 1: Pues yo he sentido la perdida de interés e insomnio Moderadora 2: Okey, pérdida de interés ¿a qué? A que exactamente. Sujeto 5: Pues yo perdida de interés. Moderadora 1: Perdida de interés ¿a qué? De igual forma, exactamente ¿a qué? Sujeto 5: A la carrera Moderadora 2: Muy bien, creo que todos hemos experimentado esa fatiga ese desinterés al momento de entrar a la carrera, por tareas trabajos, pero me imagino que debe ser por la nueva modalidad de trabajar por vía internet, entonces esto puede crear el fastidio o lo que ustedes experimentaron o experimentan exactamente.</p>
<p>4.- Platícanos alguna experiencia que hayas pasado:</p>	<p>Moderadora 1: Ok, bueno, miren no se preocupen, la pregunta va a hacer más</p>

sencilla, solamente queremos que nos digan una experiencia en donde hayan pasado o experimentado estos síntomas, pues con (Sujeto 5) prácticamente ya nos dio un ejemplo, de la universidad, de que pues le ha perdido interés a la carrera porque probablemente es algo que él no quería desde un principio, entonces si nos gustaría que igual los demás nos digan una experiencia en donde hayan experimentado estos síntomas, emociones, en donde haya existido la pérdida de interés por algo, que sea una experiencia que la hayan vivido. No importa si fue antes o después de la pandemia.

Sujeto 2: Bueno, yo, por ejemplo, anteriormente vivía en una parte de Guanajuato, por cuestiones por el trabajo de mi papá, tuvimos que venir de cambio por aquí cerca de Huejutla, yo no vivo exactamente en Huejutla, pero yo tampoco tenía conocimiento esto de que se iba a venir esto de la pandemia. Pues resulta que a mí me faltaba un semestre de lo es la prepa, entonces cuando yo entre a la prepa, aquí en Tantoyuca, yo pensé de bueno, me voy a readaptar y cuando supe que iban a suspender clases y todo eso, me sentía así como de...bueno imagínense no conocer a nadie, adaptarme y luego que yo ya tenía planeado allá a que universidad iba a ir y que iba a estudiar realmente que me llamaba la atención y para mí la verdad fue un caos porque yo me desubique, ya no sabía que universidad iba a entrar, ni siquiera que carrera iba a elegir, pero bueno tuve un poco de ayuda y entre a la carrera de psicología, y me preguntaba ¿de verdad esto es lo mío? ¿Me voy a sentir a gusto? ¿Voy a disfrutarlo? Para mi fueron muchos sentimientos encontrados, ya que no me podía readaptar, ahorita pues ya más o menos puedo con esta nueva modalidad de todo virtual, pues entonces como que ya me adapté, pero si al principio me costó mucho trabajo al adaptarme a todo este tipo de cosas.

Moderadora 1: Ok, muchas gracias por compartirnos

Moderadora 2: ¿Alguien más?

-Bueno, pues si exactamente de lo que nos platica su compañera, el cambio de lugar a un nuevo entorno, puede ser algo importante, el adaptarse, el poder lograr lo que quieres, los cambios nuevos.

Moderadora 1: El adaptarse a un lugar nuevo, en donde no conoces y por así decirlo empezar de cero, no conoces a las personas, es un lugar nuevo para ti y luego con esto que pasó de la contingencia y atraído muchos problemas, consecuencia, principalmente en la salud emocional.

Moderadora 2: Y el cambio de planes, que pues su compañera ya tenía algo planeado y debido a las circunstancias pues si llega a afectar y producir emociones negativas. Ya que, por naturaleza, sabemos que los seres humanos somos seres sociales, nos gusta interactuar, convivir, por más introvertidos que podamos ser, nos gusta estar en un lugar con gente, para poder conocer, observar y así aprender, entonces al tener todo este tipo de cambio hace que se limiten nuestras habilidades sociales y a veces eso hace que suframos una carga emocional bastante grande.

Moderadora 1: ¿Alguien más que quiera compartir otra experiencia?

Sujeto 4: Bueno en mi caso, la verdad yo no tenía planeado entrar a una universidad de aquí de Huejutla, porque yo tenía planeado irme a estudiar a la ciudad de México, de hecho ya con mi familiares, con mis primos ya habíamos buscado las universidades y ya había sacado ficha para los exámenes de admisión, desde enero habíamos checado eso del año pasado y fue cuando pues se vino lo de la pandemia, el quedarse en casa y todo eso y pues aun estábamos viendo lo de las universidades y todo eso, pero ya casi al entrar a la universidad, en esos meses de junio o julio que era checar ya bien dónde y pues ya sabía que esto de la pandemia no iba a acabar pronto, mis papas ya no me dejaron irme, me quede aquí y la verdad es que si fue una falta de interés o una falta de emoción al

	<p>entrar a la universidad porque iba a estar aquí, iba a entrar a la universidad en línea y pues obvio no era lo que tenía planeado pero ya después de unos meses me fui adaptando y si a veces las cosas no salen como uno lo planea pero me siento bien con la carrera, al principio fue de que esto no era lo mío pero me ha gustado mucho, lo único fue que no pensé en estudiar aquí, entonces todo se movió y se me complico pero ni modo así se dieron las cosas.</p> <p>Moderadora 2: Bien gracias, y si entendemos, el cambio de planes, el estudiar una carrera que tal vez no habías considerado, el adaptarse a nuevas modalidades como habíamos dicho.</p>
<p>5.- ¿Creen que una alta carga de emociones negativas puede causar algún trastorno o propiciar alguno?</p>	<p>Sujeto 2: Bueno, yo creo que sí, porque si somos capaces de recibir cosas negativas y todo, pero cuando es una carga mayor podemos ver todo negativo, nos rodeamos de negatividad, así que pues sí, un ejemplo es la depresión.</p> <p>Moderadora 2: Okey si, muchas gracias.</p> <p>Sujeto 4: Yo también creo que sí, nos afecta.</p> <p>Moderadora 2: Okey gracias, ¿alguien más?</p> <p>-Bueno muchas gracias, pues si las emociones influyen en nosotros y hacen que podamos expresarnos, entonces más que nada depende de la capacidad y el control que tengamos nosotros sobre nuestras emociones y sentimientos y como dejar que nos afecte. Una de las cosas características de los trastornos es el tiempo de durabilidad del sentimiento, ¿porque?, porque cuando un sentimiento dura demasiado, puede ser días, porque cuando hablamos de sentimientos como enojo o tristeza, está bien sentirlas, pero depende de la durabilidad o intensidad de ese sentimiento y a notar que hay algo que no está bien y que perdure demasiado tiempo no es algo que debería pasar. Entonces cuando viene una gran carga de afectividad y no saber controlarla puede causar muchas consecuencias en nosotros.</p>

<p>6.- ¿Crees que la pandemia y todo esto del aislamiento haya causado un cambio grande en si salud mental? ¿Por qué?</p>	<p>Sujeto 1: Bueno, pienso yo que, si ha causado un cambio, porque nosotros estábamos acostumbrados a una vida, rutina, a un estilo de vida diferente, en donde todos los días salíamos a la escuela trabajo o hacer alguna otra actividad, salir con amigos, cualquier cosa y pues de repente de un momento a otro encerrarnos totalmente o intentarlo, porque al principio si fue complicado para muchas personas, el apartarnos de algunas cosas o alejarnos de amigos o familia, pues si hubo un cambio.</p> <p>Moderadora 1: De acuerdo, gracias.</p> <p>Sujeto 3: Si yo también creo lo mismo, ya que, si ha causado un gran impacto en nuestra salud, por los cambios de rutina, el no salir de nuestras casas y el quedarnos encerrados es algo complicado, cuando uno está acostumbrado a salir todos los días.</p> <p>Moderadora 2: Okey, si me imagino todo eso trajo un gran cambio, en experiencia propia ha sido complicado, el desenvolverse ya laboralmente y el adaptarse a los hábitos nuevos, el hacer la tesis y como dicen el cambio de rutina, no poder interactuar o hacer nuestras cosas.</p>
<p>7.- ¿Actualmente creen que el mundo le está dando importancia y qué consecuencias traería a la salud mental?</p>	<p>Sujeto 2: Yo considero que no, no le están dando la importancia que se le debe, porque ahorita lo más importante es que las personas no tengas COVID, pero eso no es todo, porque hay personas que no les ha dado, pero han tenido problemas emocionales, de salud mental y por lo tanto no se les está dando la misma atención o la misma importancia porque piensan que no está en riesgo su vida o su salud, cuando debido a eso pues pueden llegar a consecuencias graves.</p> <p>Moderadora 1: Exactamente, gracias.</p> <p>Sujeto 1 y 6: Yo pienso igual que no, la sociedad no le está la importancia debida.</p> <p>Moderadora 1: Bien, gracias y ya para finalizar y entrelazar esta pregunta esta la siguiente...</p>
<p>8.- ¿Qué cambio o consejos les gustaría recibir para mejorar o minorar esa carga</p>	<p>Sujeto 1: Creo que más que un cambio, más bien un consejo, es recibir más apoyo de los profesores, compañeros, porque obviamente</p>

negativa y evitar estos cambios de estado de ánimo?

va a hacer otra vez como que un cambio y para mucho les va a favorecer, pero para otros no, porque es volver a adaptarse, el volver a clases presenciales, o sea puede causar diferentes estados o emociones para los alumnos nuevos.

Moderadora 2: Bien, gracias por tu participación y si es importante contar con el apoyo de los maestros, debido a que es empezar de nuevo después de estar encerrados.

- ¿Algo más o alguien más que quiera participar?

-Bueno, muchas gracias por este tiempo en convivir con nosotras, ayudarnos y tratar este tema para los que participaron que fueron todos, gracias, tomaremos su opinión y nos ayudara muchísimo.

Moderadora 1: Si, muchas gracias, todo esto es con fin de nuestras tesis y esperemos que se lleven una buena experiencia, que hayan aprendido algo y les haya causado más intriga en la carrera y conocer esta técnica de grupo focal.

Moderadora 2: Bueno antes de despedirnos, ¿algo que quieran agregar por último o preguntar? Pueden hacerlo con toda libertad.

- ¿No?, bueno, entonces vamos dando cierre a este grupo, muchísimas gracias nuevamente y que ojalá disfruten la carrera y conozcan más de esta bonita profesión, Hasta luego lindo día.

Sujetos 1, 2, 3, 4, 5, 6: Gracias hasta luego e igualmente lindo día.

Conclusión: Esta aplicación fue favorable ya que ayudo a encontrar de manera detallada y reafirmar la información obtenida de las pruebas, como también conocer por la experiencia de los jóvenes como es que la afectividad negativa se encuentra o se expresa en cada uno de ellos y las posibles causas de ello. Dando así un panorama más claro para responder la pregunta de investigación y así mismo, dar solución o sugerencia a la problemática.

4.2 Análisis crítico

Una vez aplicadas las pruebas y calificadas, analizamos los resultados obtenidos. Lo que nos arrojó como resultado que los alumnos si se encuentran sometidos a varios cambios emocionales, pero esto no se ve influenciado en su afectividad.

Según con los resultados del cuestionario y la primera prueba (PANAS) nos indica que los alumnos de la muestra seleccionada no se encuentran con una afectividad negativa alta (22), sino todo lo contrario, poseen más afectividad positiva (30); lo que nos señala que los alumnos no se ven tan gravemente influenciados por los cambios repentinos de la contingencia, solo un 30% de la muestra (15 de 50) padecen una alta afectividad negativa y el otro 70% (35 de

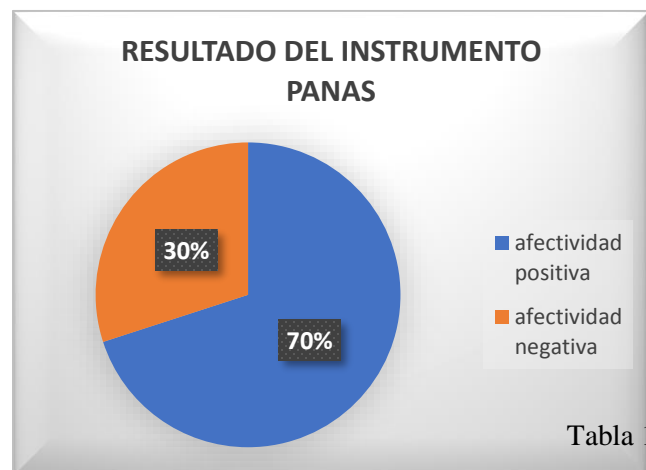


Tabla 1

50) se mantiene estable, como se puede apreciar en la tabla 1.

Ya que como bien como anteriormente los autores Vindel y Tobal (2001) mencionan que:

“El término ‘emociones negativas’ se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable”, como: tristeza, miedo, angustia, frustración e ira, que podemos considerar como afectividad negativa. “Las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable, como la alegría, la felicidad o el amor”, que en este caso son la afectividad positiva. (p.112).

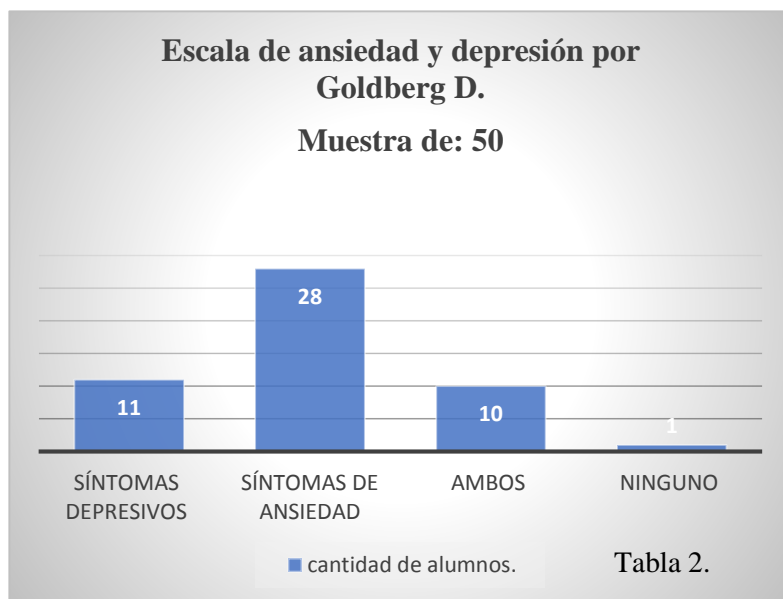
Por lo tanto, esto quiere decir que los alumnos están más familiarizados con las emociones positivas lo que indica manejo de ellas.

Es por eso, que depende de cada ser humano como la situación puede influir en él y de qué manera puede tomar cada suceso dentro de su vida y como se ve reflejada en sus emociones.

En este caso los alumnos al estar en una situación de aislamiento se vieron implicados en cambios en su estilo de vida y si causaron un impacto en ellos, pero no de manera permanente.

Si bien sabemos que una de las funciones principales de la emoción es precisamente el dar respuesta a las situaciones del entorno que nos son emocionalmente importantes, por ello todas las emociones incluyen una movilización de acciones encaminadas a resolverlas (Lazarus, 1999). Ya que, los sentimientos y las emociones se someten a un sistema de análisis y proceso de información para dar una reacción a lo que se está viviendo, lo cual es una respuesta al estímulo vivido. Por eso según con los autores Ortony, Clore y Collins (1988) mencionan que las emociones se producen a través de procesos cognitivos y que, por lo tanto, van a depender de la interpretación que cada persona haga de las distintas situaciones. Se asume que las emociones ocurren debido a una valoración (positiva o negativa) de las situaciones y así, una misma situación puede provocar en distintas personas emociones diferentes. (Ortony, Clore, Collins, 1988; citado en Fernández & Jiménez 2010).

En la segunda prueba aplicada (EADG) que se utilizó para saber que síntomas de ansiedad o depresión sobre salían, nos dio como resultado que un 22% de la muestra padece síntomas de depresión, un 56% síntomas de ansiedad, un 20% padece ambos y solo 2% no padece ninguno, de igual forma se puede apreciar mejor en la siguiente tabla 2. Por lo cual nos indica que no se encuentran con una depresión significativa



ya que no cuentan con muchos síntomas de este, pero si cuentan con una significativa cantidad

de síntomas de ansiedad, lo cual puede deberse al cambio de estudio y al aislamiento que ha hecho que se vean estresados, fatigados y frustrados reflejándose en su ámbito académico y personal.

Si bien, la relación que existe entonces entre ambos trastornos con la afectividad positiva

y negativa es que, la ansiedad se caracterizaría por una alta activación fisiológica y una alta afectividad negativa; mientras que la depresión se caracterizaría por la afectividad positiva con una alta afectividad negativa. Por eso, la ansiedad y la depresión tendrían un componente común que sería la alta afectividad



negativa, pero habría una peculiaridad que las distinguiría: en el caso de la depresión, la baja afectividad positiva y en la ansiedad es la alta activación fisiológica. (Carbonell, Riquelme, & Pérez, 2015). Spielberg (1980) dice que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto. (Spielberg, 1980; citado en Castillo, I; 2017, p. 4). Entendiendo así que la definición implica un triple sistema de respuestas: cognitiva, fisiológica y motor (comportamiento).

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado por el autor y los resultados obtenidos, en donde se nos reveló que los alumnos presentan problemas de concentración, dolores de cabeza, problemas estomacales, de sueño, pensamientos negativos y

sobre pensar alguna situación, han provocado en si un nivel alto de ansiedad, debido a que se producen cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales en ellos.

Si bien, podemos considerar que la ansiedad puede ser un síntoma depresivo debido a la inestabilidad que puede generar en el individuo, pero este no propicia o detona la aparición de un cuadro depresivo según con los resultados derivados en esta investigación. Ya que el miedo, la angustia y el estado de alerta predomina más en los estudiantes; haciendo que sufran constantemente preocupación por eventos o hechos que perjudiquen sus estudios o vida personal de manera negativa generando así pensamientos negativos constantes haciéndolos sentirse intranquilos y desanimados, pero no a tal grado de padecer el trastorno de depresión.

Y como último, se realizó el grupo focal con el objetivo de conocer más a fondo las experiencias de los alumnos y así fortalecer los resultados de las pruebas, y al realizarla nos dimos cuenta que la parte más significativa que pudo haber causado este nivel alto de ansiedad en los estudiantes fue el cambio de vivienda, el nuevo método de estudio y el aislamiento, ya que como mencionan ellos mismos esto ha causado pérdida de interés por realizar las actividades y la inestabilidad emocional que pudieran generar consecutivamente ante las situaciones que se presentan.

Por esa razón, llegamos a la conclusión que se declina la hipótesis principal de esta investigación ya que los alumnos si padecen cierto porcentaje de afectividad negativa pero no es el principal factor para el desarrollo de síntomas depresivos sino uno de ellos, por lo cual en este caso los jóvenes se ven más alterados y desarrollaron más síntomas de ansiedad ocasionado por el aislamiento, lo cual, ha desestabilizado gradualmente su estado emocional, debido al poco contacto y desenvolvimiento social con sus similares; por lo tanto se adapta la hipótesis alternativa en esta investigación ya que el objetivo no se logró como tal, pero se encontró de igual manera otro aspecto relevante, mientras se hacia esta investigación. Sin embargo, se debe

resaltar que es importante ese 30% de la muestra ya que si padece de una alta afectividad negativa, según con los resultados obtenidos y que no se debe dejar de lado, ya que ese 30% según la investigación un nivel alto de este puede ser detonante para el desarrollo de síntomas depresivos, pero no solo de este, sino de ansiedad por lo que se sugiere se tome en cuenta para evitar que ese nivel aumente en los alumnos, ya que esto puede perjudicar a largo plazo sino se disminuye esa cantidad, causando que los alumnos se sientan más abrumados y dando paso al desarrollo de trastornos provocando que los alumnos quieran desertar en sus estudios académicos y se den de baja en la institución, lo que afectaría considerablemente en los indicadores de deserción o abandono escolar.

Es por eso que, esta cantidad, aunque sea mínima, es importante para la universidad conocerla, y con ello, planear acciones que logren disminuirla y favorecer mayormente a los alumnos, pero más a la institución disminuyendo así las bajas en la misma y con ello, el indicador de deserción o abandono escolar, pero sobre todo y lo más importante en este estudio, contribuir con acciones que logren, evitar en los alumnos los trastornos que los lleven al suicidio (depresión y ansiedad).

Capítulo V: Discusión y sugerencias de intervención

5.1 Discusión

En la presente investigación se manifestó que la mayoría de los alumnos del Centro Universitario Vasco de Quiroga que cursan el 2 semestre de todas las carreras se encuentran con una afectividad negativa de 22 y positiva del 30 dando como resultado que poseen una afectividad positiva alta a pesar de las circunstancias experimentadas debido a la contingencia del COVID-19.

Demostrándonos así mismo que los alumnos poseen más síntomas de ansiedad que de depresión debido a las situaciones en las que se encuentran y la exigencia en la se ven sometidos debido al nuevo método educativo, teniendo más síntomas físicos, como agotamiento, estrés, frustración y pérdida en el interés y atención, dándonos como resultado en las pruebas que padecen más ansiedad y que si puede ser un síntoma depresivo pero según las características y la opinión de los alumnos sometidos a las pruebas este no tiene relevancia significativa en los rasgos depresivos sino en los de ansiedad que si no se mantiene un mejor control puede detonar a que esos síntomas se conviertan en síntomas patológicos para dar inicio a algún trastorno de ansiedad.

Asimismo, se encontró respuesta a la pregunta de esta investigación que es que la relación que existe entre la afectividad negativa y los rasgos depresivos es meramente entre la duración e intensidad del sentimiento y la emoción, pero que depende de cada persona como lo experimenta o controla en cada situación. Ya que, debido a las diferentes situaciones vividas se puede dar hincapié a sentimientos diversos y debido a como se encuentre la persona y el control que tiene sobre ellas, es que dependerá de la durabilidad e intensidad del sentimiento para manifestar así una alta afectividad negativa y desarrollar rasgos o síntomas depresivos o en este caso de ansiedad.

5.2 Sugerencias de intervención

A lo largo de la realización de esta investigación se detectaron ciertos puntos que bien valdría la pena mencionar: Antes que nada, creemos conveniente implementar un programa que ayude a disminuir la afectividad negativa y fomentar más la positiva en los alumnos del Centro Universitario Vasco de Quiroga, ya que si bien se menciona algunos estudiantes de la muestra presentaron afectividad negativa alta.

Por lo cual consideramos que la implementación de un programa que beneficiara en los diferentes ámbitos de la vida del joven estudiante, este programa se llevara a cabo con las bases del modelo cognitivo ya que, estudia como el cerebro procesa la información, como la recibimos del mundo exterior, como hacemos sentido de esa información y el uso que le damos y así modificar algún comportamiento. Por lo tanto, el objetivo es modificar los sistemas cognitivos, es decir los procesos psicológicos con los que el joven universitario percibe las situaciones, problemas y que esto trate de afectar lo menos posible en el control y cause algún desajuste emocional que permita el aumento de la afectividad negativa.

Es por eso, que se opta por usar este modelo ya que va dirigido específicamente a realizar cambios en la parte cognitiva de la estructura del sujeto para mejorar, disminuir o aumentar algún comportamiento que en este caso es mejorar la percepción, expresión y manejo de las emociones en los alumnos y así ayudando al joven a adaptarse mejor a las situaciones que afronta día a día en su entorno educativo como personal.

Para ello elegimos la realización del programa que lleva por nombre “Regularización en el ámbito emocional”, en donde se trabajara la educación socioemocional, basada más que nada en programas de la secretaria pública (SEP) como el programa de Construye T (2014) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que promueve el desarrollo de HSE

en estudiantes, para que puedan enfrentar con éxito los retos académicos y personales, y de esta forma mejorar su bienestar presente y futuro.

Al mencionar habilidades socioemocionales (HSE) nos referimos a las herramientas que permiten a las personas entender y regular sus emociones, comprender las de los demás, sentir y mostrar empatía por los otros, establecer y desarrollar relaciones positivas, tomar decisiones responsables, así como definir y alcanzar metas personales (CASEL, 2017; citado en Zavala, M; Trejo, Y; Hernández M; 2018). De igual forma, hay evidencia de que estas habilidades pueden desarrollarse y ejercitarse de manera intencional en el contexto educativo, y que justo la infancia y la adolescencia son las etapas más significativas para aprenderlas (Cunningham, W., McGinnis, L., García, R., Tesliuc, C. y Verner, D., 2008).

Existe consenso de que en la actualidad los jóvenes requieren de una formación integral que no sólo proporcione conocimientos académicos, sino que les brinde herramientas que les permitan enfrentar con éxito las demandas de un mundo complejo y cambiante (Durlak, J., Domitrovich, C., Weissberg, R. y Gullotta, T., 2015). Cabe destacar que diversos autores señalan que trabajar con HSE ayuda a prevenir situaciones de riesgo, tales como violencia, depresión, drogadicción, deserción escolar, estrés, entre otras; también promueve las capacidades necesarias para un inminente ingreso de los jóvenes a un mercado laboral altamente competitivo (Cunningham et al., 2008; Bisquerra, 2011; CASEL, 2015). Por tal motivo, facilitar el desarrollo de las HSE de los jóvenes desde el ámbito educativo es fundamental, ya que éstos atraviesan por un momento crucial en el que deben tomar decisiones que tendrán un impacto determinante en su futuro.

Estos programas contribuyen a mejorar el rendimiento académico y a promover actitudes y comportamientos en los estudiantes que favorecen un mejor clima escolar. Por su parte, Adler (2016) estudia el impacto de tres programas de desarrollo socioemocional en escuelas de educación secundaria de Bután, México y Perú; el estudio concluye que es posible y deseable implementar este tipo de programas a gran escala y que resulta en mejoras significativas tanto en el bienestar de los estudiantes, como en el desempeño académico medido a través de los resultados de las pruebas estandarizadas nacionales.

A continuación, se presentan cuatro características de programas de educación socioemocional exitosos, es decir, de aquellos que tuvieron mayor prevalencia de comportamientos sociales positivos, mejoras importantes en el desempeño académico de los estudiantes, reducciones en problemas de conducta y en el uso de sustancias adictivas. Dichas características conforman el acrónimo SAFE (por sus siglas en inglés): secuenciales, activos, focalizados y explícitos (Durlak et al., 2011):

- **Secuenciales:** Presentan actividades coordinadas y vinculadas; las rutinas y tareas se dividen en pasos, y gradualmente se aumenta la complejidad y demanda.
- **Activos.** Incluyen prácticas pedagógicas de aprendizaje activo que promueven el diálogo y la colaboración, y mediante ellas el estudiante pone en práctica las HSE y puede ver su relevancia claramente.
- **Focalizados.** Se da tiempo y espacio para el desarrollo de cada habilidad, de modo que los individuos integren y profundicen en cada una. Para ello, se aborda cada habilidad desde diferentes contextos y perspectivas, se crean rutinas y horarios de práctica cotidiana.

- Explícitos. Tienen objetivos de aprendizaje claros y observables, con formatos de evaluación que permiten brindar retroalimentación constructiva sobre el proceso de aprendizaje.

También así mismo tomando en cuenta el programa de Construye T, en donde tomamos el aprendizaje de seis HSE organizadas en tres dimensiones:

- Conoce T. Abarca dos habilidades relacionadas con la comprensión y el manejo de las emociones: autoconocimiento y autorregulación.
- Relaciona T. Incluye dos habilidades asociadas al establecimiento de relaciones positivas con otras personas: conciencia social y colaboración.
- Elige T. Considera dos habilidades para tomar decisiones reflexivas y responsables: toma responsable de decisiones y perseverancia.

Por lo tanto, se recomienda la implementación del programa tomando como base dichos

programas anteriores en donde se menciona que se debe contemplar en que cada docente imparta 12 sesiones de clase, de 20 a 30 minutos, por semestre y así desarrollar las seis habilidades que

SEMESTRE	DIMENSIÓN	HABILIDAD
Primero	 Conoce T	 Autoconocimiento
Segundo		 Autorregulación
Tercero	 Relaciona T	 Conciencia social
Cuarto		 Colaboración
Quinto	 Elige T	 Toma responsable de decisiones
Sexto		 Perseverancia

Habilidades socioemocionales de Construye T (figura 1).

promueve Construye T, “de tal forma que en cada semestre se dará prioridad a una de éstas” (SEP, 2017).

Es importante asegurar que se construya un clima en el aula que permita la participación abierta, confiada y segura para el estudiantado. Para lograrlo, se requiere que se tomen en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Ambiente conducente. Construcción de un ambiente seguro y confiable para compartir sus aspiraciones y preocupaciones, se sugiere que el personal docente:

- Establezca rutinas basadas en acuerdos de convivencia elaborados por todo el grupo.
- Tome el tiempo para escuchar lo que las y los estudiantes tienen que decir.
- Exprese interés y realice preguntas que clarifiquen lo que las personas expresan.
- Muestre con su lenguaje corporal y verbal que está escuchando a quienes participan.
- Proporcione aprobación y retroalimentación específica para que los estudiantes puedan desarrollar las competencias esperadas.
- Comparta historias que sirvan como ejemplos positivos o roles específicos a modelar para la población estudiantil.

2. Enseñanza centrada en el estudiante. Fomentar la participación activa del estudiantado, promoviendo el diálogo y la elección de actividades que sean de su interés. Permitir y alentar que los estudiantes compartan sus experiencias y conocimientos previos.

3. Contextualizar. Procurar que las actividades de aprendizaje estén conectadas con los intereses, quehaceres, contextos y actividades que las niñas y los niños experimentan en su vida cotidiana, donde la escuela es solo una parte de ella.

4. Generar experiencias de éxito. Promover la construcción de experiencias de éxito para jóvenes. Se busca que sientan confianza en explorar aquello que les interesa, y que reciban retroalimentación positiva cuando realicen alguna actividad.

5. Preparar para la ciudadanía. Más allá de la adquisición de conocimiento y desarrollo de habilidades, el estudiantado necesita reconocer que todo trabajo honesto es una contribución a la sociedad. Esto involucra la adquisición de valores como el respeto, la ética, la responsabilidad y la integridad, valores que el personal docente puede modelar en la escuela.

Por consiguiente, tomando todo lo anterior en cuenta se muestra continuación el programa en donde se explica el objetivo, temas a tocar, los propósitos y técnicas que se podrían implementar como algunas sugerencias de actividades o dinámicas:

“Regularización en el ámbito emocional”			
Modo de realización:	Sesiones o clases (también pueden ser cursos)	Duración de los mismos: 12 sesiones de clase	De 20 a 30 min por semestre
Objetivo:	Ayudar al estudiante joven a fortalecer el autocontrol y así poder regular sus emociones para su bienestar personal como social para un mejor desenvolvimiento en el ámbito educativo.		
Temas a tocar	<ul style="list-style-type: none"> La educación socioemocional 	Contribuye a sentar las bases para que el estudiante valore la importancia de la educación socioemocional a través de analizar y reflexionar el papel de las emociones y de los vínculos afectivos en el aprendizaje, en la formación de relaciones constructivas, en el comportamiento cívico y ético, y en el bienestar individual y social.	
	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje y enseñanza de las habilidades socioemocionales 	Promover que el estudiante aplique estrategias que le permitan desarrollar sus propias habilidades socioemocionales y emplearlas en su labor profesional y educacional.	
Los propósitos a cumplir	1. Lograr el autoconocimiento.		

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Aprender a autorregular las emociones. 3. Comprender al otro de manera empática. 4. Fortalecer la autoconfianza y la capacidad de elegir. 5. Cultivar una actitud responsable, positiva y optimista. 6. Desarrollar la capacidad de resiliencia.
<p>Técnicas implementadas:</p>	<p>Reestructuración cognitiva: Consiste en un análisis cuidadoso de los pensamientos automáticos y relevantes para el problema. Se intenta concretar el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa.</p> <p>Es una estrategia destinada a proporcionar hábitos cognitivos nuevos. Entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar autoafirmaciones irracionales auto-inducidas por autoafirmaciones racionales. • Identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza...) que estoy sintiendo. • Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales e identificar los pensamientos automáticos. • Realizar afirmaciones que describan una forma alternativa y sana de observar la situación. <p>Entrenamiento para solución de problemas: Esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.</p> <p>En concreto, las fases del entrenamiento en solución de problemas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación hacia el problema. • Definición concreta del problema. • Generación de posibles soluciones. • Examen de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas. • Elección de la solución preferida. • Puesta en práctica de la solución. • Evaluación de los resultados. <p>Entrenamiento en inoculación de estrés: Procedimiento a través del cual las personas logran conceptualizar y valorar adecuadamente las demandas estresantes, adquirir un repertorio de habilidades para afrontar el estrés y practicarlo exponiéndose ante distintos tipos de acontecimientos estresantes, graduados en intensidad creciente, aumentando así su resistencia ante el estrés.</p> <p>Técnica basada en la imaginación: Consisten en imaginar situaciones y expresar sentimientos y conductas para, posteriormente, describir las situaciones con un cambio de pensamientos.</p> <p>Técnica de expresión: ya que transportan a la persona a lo que le causa ansiedad, a la vez que le enseñan formas de controlar las emociones negativas y afrontar la situación de otra forma.</p>

	<p>Técnica de regularización emocional: No solo atienden a la relajación como punto anterior. Apuntan a la regulación de cualquier emoción. Los objetivos de esta técnica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender las emociones que experimentamos, por qué las tenemos, cómo funcionan y cómo identificar las emociones; • Reducir la vulnerabilidad emocional ante eventos emocionales negativos, cuidar el cuerpo como nuestro templo, reconocer y aumentar el registro de emociones positivas, construir dominio y repertorio de respuestas efectivas (anticipar respuestas) • Reducir el sufrimiento emocional, experimentar emociones como olas que van y venir, dejar pasar las emociones dolorosas, cambiar la trayectoria de la emoción dolorosa actuando en sentido contrario a lo que pide, reducir la frecuencia de las emociones no deseadas.
Otras estrategias	<p>Se recomienda que al aplicar estas estrategias se integren o enfatizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálogo generativo, aplicando técnicas de escucha activa y resolución de conflictos. • Juegos de rol. • Técnicas que promuevan la introspección, como técnicas de atención plena, llevar un diario o bitácora de emociones, entre otros. • Hacer uso de las tecnologías de la información como redes sociales, APP, juegos, y otros recursos que promuevan el desarrollo de las habilidades socioemocionales. • Investigación bibliográfica actualizada sobre los temas abordados. • Modelar y guiar actividades de educación socioemocional. • Estrategias grupales: Foros de discusión, debates y grupos de consejo. • Estrategias de organización de la información.

En las cuales deberán tocarse 5 dimensiones que entran en la educación psicoemocional (tabla 1).

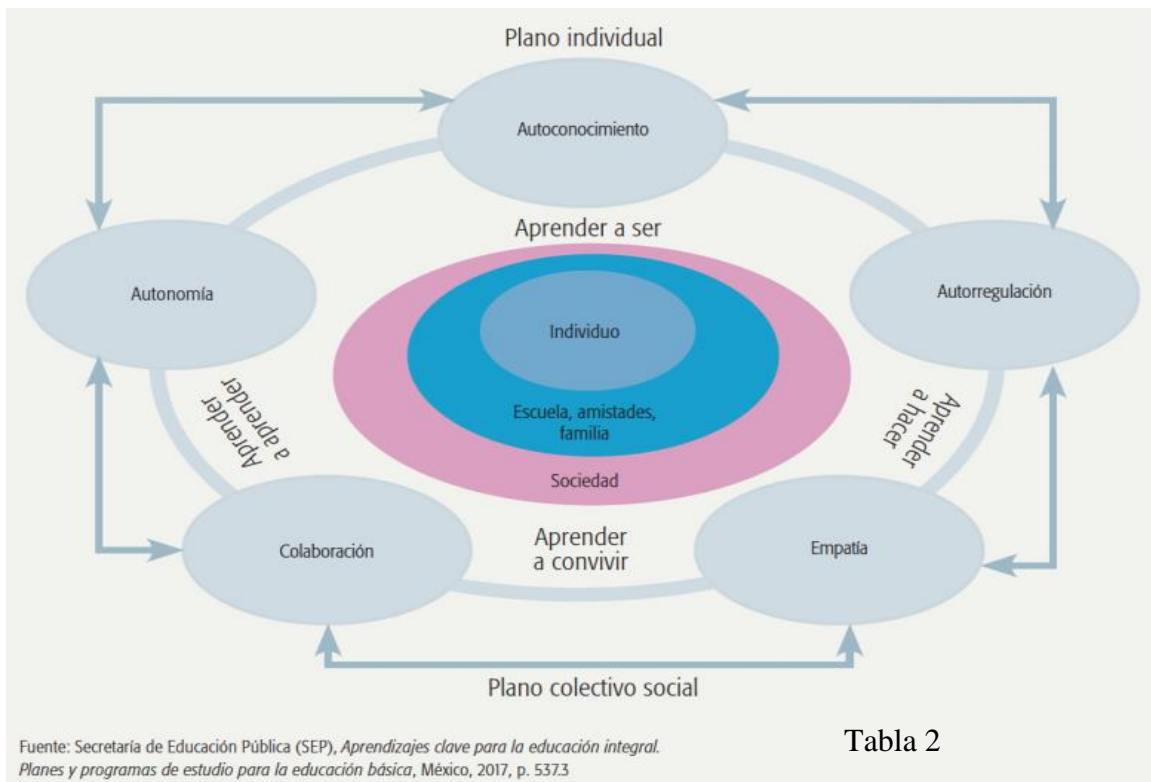


Tabla 2

A partir de este programa se plantea que para fortalecer el desarrollo de las dimensiones socioemocionales propias del plano colectivo (colaboración y empatía) es necesario trabajar de forma equiva las dimensiones del plano individual (autoconocimiento, autorregulación y autonomía), y viceversa, puesto que las distintas dimensiones generan entre sí uniones y se potencian unas a otras. Por ejemplo, la autonomía sin colaboración corre el riesgo de fomentar el individualismo egoísta, y la colaboración sin autonomía, el de educar a personas sumisas y faltas de iniciativa. De esta suerte, las cinco dimensiones forman un entramado interdependiente en el que cada una de ellas tiene componentes específicos, pero a la vez compartidos con las otras dimensiones para en conjunto construir armónicamente la salud emocional de una persona.

Las cinco dimensiones y sus habilidades asociadas son:

Las 5 dimensiones en la educación psicoemocional	
Autoconocimiento	Implica desarrollar la atención sobre los propios procesos cognitivos y emocionales, y expresar las emociones adecuadamente. La finalidad del autoconocimiento es aceptarse y valorarse a sí mismo, y fortalecer el sentido de identidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda el desarrollo gradual de las siguientes habilidades: atención, conciencia de uno mismo y de lo que nos rodea, autoestima y bienestar.
Autorregulación	Permite modular los propios pensamientos, emociones y conductas; implica controlar los impulsos, tolerar la frustración, perseverar en el logro de objetivos, postergar la necesidad de recompensas inmediatas, manejar la intensidad y duración de las emociones, e incluso lograr que surjan voluntariamente las constructivas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere cultivar las siguientes habilidades: metacognición, expresión y regulación de las emociones, autogeneración de emociones para el bienestar y perseverancia.
Autonomía	Favorece tomar decisiones y actuar de forma responsable, considerando no sólo el bien para sí mismo, sino también para los demás, y asumiendo conscientemente las consecuencias previsibles de los actos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye las siguientes habilidades: la iniciativa personal, identificación de necesidades y búsqueda de soluciones; el liderazgo y apertura; y el compromiso y la autoeficacia.
Empatía	Implica la capacidad de percibir, identificar y comprender elementos afectivos, conductuales y actitudinales que comunica el otro, verbal o no verbalmente. Es un elemento imprescindible para crear relaciones interpersonales sanas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Implica bienestar y trato digno hacia otras personas, toma de perspectiva en situaciones de conflicto, reconocimiento de prejuicios asociados con la diversidad, sensibilidad hacia personas y grupos que sufren exclusión o discriminación, y cuidado de la naturaleza.
Colaboración	Se define como el conjunto de habilidades que desarrolla una persona para establecer relaciones armónicas con los demás que lleven a la consecución de metas grupales. Implica la construcción del sentido de “nosotros” y la búsqueda del bien de la colectividad. La persona que se siente parte de una comunidad satisface la necesidad de pertenencia, y también la del reconocimiento, porque en la comunidad se es “parte de algo” y, a la vez, se es “alguien”.
	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere fortalecer la comunicación asertiva, la responsabilidad, la inclusión, la negociación de conflictos y el sentido de interdependencia.

Así tomando en cuenta estos puntos al realizar talleres y guiados por el maestro o instructor, induzcan a la reflexión para lograr el contacto del joven con las motivaciones internas como externas y propiciar los cambios positivos y necesarios de acuerdo con su propio nivel de desarrollo emocional.

En la Tabla 3 se pueden observar las dimensiones y habilidades socioemocionales señaladas.

Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Atención • Conciencia de las propias emociones • Autoestima • Aprecio y gratitud • Bienestar
Autorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Metacognición • Expresión de las emociones • Regulación de las emociones • Autogeneración de emociones para el bienestar • Perseverancia
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia • Iniciativa personal • Identificación de necesidades y búsqueda de soluciones • Liderazgo y apertura • Toma de decisiones y compromisos
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar y trato digno hacia otras personas • Toma de perspectiva en situaciones de desacuerdo o conflicto • Reconocimiento de prejuicios asociados a la diversidad • Sensibilidad hacia personas o grupos que sufren exclusión o discriminación • Cuidado de otros seres vivos y de la naturaleza
Colaboración	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación efectiva • Responsabilidad • Inclusión • Resolución de conflictos • Interdependencia
<p>Fuente: SEP, <i>Aprendizajes clave para la educación integral. Planes y programas de estudio para la educación básica</i>, México, 2017, p. 538.</p>	

Otra sugerencia para el Centro Vasco de Quiroga de Huejutla, es la aplicación del Inventario de Afectividad positiva y Afectividad negativa (PANAS) que ayude a evaluar el estado emocional de los alumnos, el cual se recomienda hacerlo en cada semestre del ciclo escolar para monitorear los cambios positivos o negativos que se vayan generando debido a que esta podrían ser una de las principales consecuencias abandono académico y así mismo verificar la eficacia de los del programa implementado, y evitar dicha probabilidad de que los alumnos se den de baja en el instituto.

Mediante este medio también se hace constar que es muy importante contar con un guía profesional que brinde apoyo en el área de psicología educacional, el cual, de sus servicios a los alumnos en cualquier ámbito general, principalmente para aquellos que presenten bajo rendimiento académico ya que, por lo general, podrían ser los más propensos a padecer afectividad negativa por las diferentes situaciones que posiblemente estén experimentando en los diferentes ámbitos de sus vidas lo cual se podría ver reflejado en este aspecto, asimismo tratar de evitar el desarrollo de síntomas o rasgos depresivos como de ansiedad significativos en los estudiantes universitarios.

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (2016). La enseñanza del bienestar aumenta el rendimiento académico: evidencia de Bután, México y Perú. *Publicly Accessible Penn Dissertations*, págs. 1-89.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión, [en línea]. Brasil: Revista Mal-estar E Subjetividad, Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27180302>
- Apaza, M., Seminario, S., & Santa, E. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 402-413. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/290/29063559022/html/>
- Arias, F. (2004). *El proyecto de la investigación - introducción a la metodología científica*. Venezuela: Episteme C.A. .
- Balladares, S., & Saiz, M. (2015). Sentimiento y afecto. *Ciencias psicológicas*, 9(1), 63-71. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000100007%20-%20Jung69
- Barquín, C., García, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- Barrera, C., - Cabezas, F., Cabrera, R., Caiguara, Z., Fernández, J., Gallardo, M., . . . Ruiz, A. y. (2018). INTRODUCCIÓN A LA VIDA UNIVERSITARIA. *Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Ciencias Exactas y Tecnologías*, 1-17. Obtenido de <https://www.facet.unt.edu.ar/ingbiomedica/wp-content/uploads/sites/46/2018/03/VidaUniversitaria-Modulos-1-y-2.pdf>
- Beck, A., Steer, R., GK, Brown. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Argentina: Paidós
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina, M. (Enero-Febrero de 2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado el 24 de Abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10625594007.pdf>
- Bericat, E. (2012). *Emociones*. Universidad de Sevilla, España. Sevilla, España: Sociopedia.isa. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/47752/DOIEmociones.pdf>
- Bisquerra, R. (2011). *Educación emocional y bienestar*. Madrid: Wolter Kluwer España.
- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L., & Garavito, C. (2012).

- Depresión: Recorrido histórico y conceptual. *Contextos*, 1-12. Obtenido de http://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf
- Cano, V., & Tobal, M. (2001). EMOCIONES Y SALUD. *Ansiedad y Estrés*(7), 111-121. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/230577062_Emociones_y_Salud
- Carbonell, M., Riquelme, A., & Pérez, R. (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicología desde Caribe*, 23(3), 410-423. Recuperado el 18 de Junio de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v32n3/v32n3a06.pdf>
- Carranza, R. (2012). DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ASOCIADOS EN ESTUDIANTES Y LÍDERES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA. *Apuntes Universitarios, Revista de investigación*(2), 79-90. Recuperado el 24 de Abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646125005.pdf>
- CASEL. Colaborativo para el aprendizaje académico, social y emocional (2015). 2015
- Castillo, I. (2017). *Un estudio sobre la ansiedad*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciencia sociales y Administración. Chihuahua, Mexico: Avances de Coordinación de Investigación. Obtenido de <http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>
- Castillo, L., & L., G. (2009). *Depresión en estudiantes universitarios*. Universidad Autónoma de México. Mexico: Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719069001.pdf>
- Castillo, R. (2021). *ESTUDIO CASO CLÍNICO*. COLOMBIA-SANTANDER: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/34047/6/2021_estudio_caso_clinico.pdf
- CHAU, C., & SARAVIA, J. (26 de Agosto de 2014). Adaptación Universitaria y Su Relación con la Salud Percibida en Una Muestra de Jóvenes de Perú*. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 269-284.
- Chóliz, M. (2005). *PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN:EL PROCESO EMOCIONAL*. Valencia : Dpto de Psicología Básica Universidad de Valencia.
- Clinic, H. M. (28 de Agosto de 2019). *Hospital Mayo Clinic*. Obtenido de

<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/childrens-health/in-depth/bullying/art-20044918>

- Coon, D & Mitterer, J (2010). *Introducción a la Psicología: el acceso a la mente y la conducta* Ed. CENGAGE Learning México
- Condes, L. c. (29 de Julio de 2020). *La clínica de los condes*. Obtenido de <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/coronavirus/salud-mental-jovenes-covid>
- Cosacov, E. (2010). *Introducción a la Psicología* Ed. Brujas Argentina
- Cunningham, W., McGinnis, L., García, R., Tesliuc, C. y Verner, D. (2008). *Jóvenes en riesgo en América Latina y el Caribe: comprensión de las causas y realización del potencial*. Washington: Banco Mundial.
- Delgado, M. L. (2015). *Fundamentos de Psicología*. En M. L. Delgado Lozada, *Psicología del Desarrollo* (págs. 267-294). Madrid: Panamericana. Obtenido de <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498352535.pdf>
- Dufey, M., & Fernandez, A. (2012). Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. *RIDEP*, 1(34), 157-173. Obtenido de https://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART%208.pdf
- Durlak, J., Domitrovich, C., Weissberg, R. y Gullotta, T. (2015). *Manual de aprendizaje social y emocional. Investigación y práctica*. Nueva York: The Guilford Press.
- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R. y Schellinger, K. (2011). El impacto de mejorar el aprendizaje social y emocional de los estudiantes: un meta-análisis de intervenciones universales basadas en la escuela. *Desarrollo infantil*, 82 (1), págs. 405-432.
- Fernández, E., & Jiménez, M. (2010). *La psicología de la emoción*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces. Recuperado el 18 de Junio de 2021, de <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>
- Fidias, A. (2004). *El proyecto de la investigación* (Cuarta ed.). República Bolivariana de Venezuela: EDITORIAL EPISTEME, C.A. Recuperado el 04 de Agosto de 2021, de http://www.formaciondocente.com.mx/06_RinconInvestigacion/01_Documentos/El%20Proyecto%20de%20Investigacion.pdf
- Goldberg, B. (1998). *ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERGER*. España: GZEMPP.
- Gómez, I., Hervás, G., & Vázquez, C. (2015). ADAPTACIÓN DE LA “ESCALA DE

AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO” (PANAS) EN UNA MUESTRA GENERAL ESPAÑOLA. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(3), 529-548. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/287391848_Adaptacion_de_la_Escala_de_a_fec

Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E., & Salazar, L. (enero-junio de 2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES de Medicina*, 24(1), 8-9. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261119491001.pdf>

Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. [en línea]. Colombia: Universidad Médica. Vol., 48 N°, Obtenido de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/6-FENOMENOLOGIA.pdf>

Hernández, J. (1 de Julio de 2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 1. Recuperado el 26 de Febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

Izard, C. E. (1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. In M.

Jóvenes, E. d. (2020). *Los jóvenes y la pandemiade la COVID-19: efectos en los empleos, la educación, los derechos*. Organizacion Internacional del trabajo. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_753059.pdf

Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer.

LeDoux, J. (1999). *"El cerebro emocional"*. España: Ariel.

Lewis (Ed.), *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford Press, pp. 631-641.

Lobos, M., & Gutiérrez, J. (2020). Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. *Revista entorno*(70), 87-98. Obtenido de <file:///C:/Users/Vanesa/Downloads/10947.pdf>

Lyness, A. (enero de 2017). *TeensHealth*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/teens/stressful-feelings-esp.html>

Margulis, M., & Urresti, M. (2000). La indeterminacion del espacio de la juventud. En M. Margulis, *La juventud es mas que una palabra* (2 ed., págs. 13-30). Buenos Aires: Biblos. Obtenido de https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/MARGULLIS_MARIOURRESTI_MARCELO.pdf

- Marquina, R., & Jaramillo, L. (2020). *El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población*. Lima, Perú: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Obtenido de file:///C:/Users/Vanesa/Downloads/452-Preprint%20Text-567-2-10-20200512.pdf
- Martínez, N. (2012). *Reseña metodológica sobre los grupos focales*. San Salvador : Editorial Universidad Don Bosco, N 9, 47-53. Recuperado el 04 de Agosto de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/47265053.pdf>
- Martínez, A., & Izzedin, R. (2007). *Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños*. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Los Libertadores. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>
- Martínez, F. (2008). La emoción. En F. Palmero & F. Martínez Sánchez (Eds.), *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 27-68
- Montañés, M. (2005). *PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN: EL PROCESO EMOCIONAL*. Universidad de Valencia: Dpto de Psicología Básica. Obtenido de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- O., H. (2012). *Estadística Elemental para Ciencias Sociales* (Tercera ed.). San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica. Recuperado el 04 de Agosto de 2021
- Paivio, S., & Greenberg, L. (1999). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Pérez, M., Redondo, M., & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electronica de Motivación y Emoción (R.E.M.E)*, 11(28). Obtenido de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/texto.html>
- Pérgola, F. (2002). Breve Historia de la Depresión. [en línea]. Buenos Aires, Argentina: Médicos y Medicina en la Historia. Vol. I – N° 1, Obtenido de <http://www.fmv-uba.org.ar/Portada/Revista01/Breve.pdf>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). *EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA*. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado el 19 de Marzo de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psych evolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- Prieto, M., Vera, N., Pérez, N., & Ramírez, I. (Septiembre de 2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica Y Salud*, 18(2). Obtenido de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200005

- Psiquiatría, A. A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (5 ed.). España: Panamericana.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*, 3.a ed., México: McGraw-Hill Interamericana
- Regalado, M. (18 de Marzo de 2020). *Infobae*. Recuperado el 25 de Febrero de 2021, de <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/18/de-la- peste-negra-al-coronavirus-cuales-fueron-las-pandemias-mas-letales-de-la-historia/>
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1).
- Robert, S. y Lamontagne, Y. (1977). *Depresión. Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid: Debate.
- Robles, J., Galicia, I., & Sánchez, A. (enero-junio de 2015). Afectividad y dimensiones temporales asociadas a la depresión en estudiantes de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 40-47. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944230005.pdf>
- Robles, R., & Páez, F. (2003). ESTUDIO SOBRE LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LAS ESCALAS DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75. Obtenido de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2601/sm260169.pdf>
- Rosas, O. (2011). LA ESTRUCTURA DISPOSICIONAL DE LOS SENTIMIENTOS. *Ideas y valores*, 60(145), 5-31. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-00622011000100001&lng=es&nrm=is&tlng=es
- Rovira, D., & Carbonero, A. (1993). AFECTIVIDAD, COGNICION Y CONDUCTA SOCIAL. *Psicothema*, 5(1), 133-150. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1134>
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6). Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado el 26 de Marzo de 2021
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*.

En A. Belloch & B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, pp. 53-80.

SEP, Aprendizajes clave para la educación integral, SEP, México, 2017, p. 518.

SEP. Secretaría de Educación Pública (2014). Programa Construye T - Programa del Gobierno Mexicano, diseñado e implementado a través de la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS), en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Obtenido de <https://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/programa-construye-t-4598>

Schmidt, A. (1985). *La psicología de las emociones*. España: Barcelona : Herder.

Sroufe, A., (2000). El desarrollo emocional: La organización de la vida emocional en los primeros años. México: Universidad Iberoamericana.

Ucha, F. (Septiembre de 2010). *Afectividad* . Obtenido de Definición ABC : <https://www.definicionabc.com/social/afectividad.php>

Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4ª Ed.). Barcelona, España: Masson S.A.

Vallés, A., & Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas* (1 ed.). Madrid: EOS (Instituto de Orientación Psicológica Asociados).

Vergaraa, K., Cárdenas, S., & Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003

Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., & Gallo, J. (Enero-Febrero de 2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11. Recuperado el 24 de Abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58223290002.pdf>

Zavala, M., Trejo, Y., & Hernández, M. (2018). El desarrollo de habilidades socioemocionales de los jóvenes en el contexto educativo, México, 88-97, Obtenido de <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/05/10AIDia.pdf>

Anexos

- Formulario: Encuesta de opinión a universitarios

Encuesta de opinión a universitarios

Estimados universitarios, el presente formulario tiene la finalidad de conocer la opinión con relación al tema de afectividad y su influencia en este momento de su vida. La información que nos compartirás es de carácter confidencial y no requerimos datos de carácter personal, te pedimos tu apoyo para que contestes de la manera más sincera posible.

CUVAQH, SI SOMOS UNAM.



CENTRO UNIVERSITARIO
VASCO DE QUIROGA DE HUEJUTLA

(CUVAQH)

Activar
Ir a Con

Carrera a la que perteneces: *

- Arquitectura
- Trabajo Social
- Pedagogía
- Psicología

Sexo *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Edad *

Texto de respuesta corta

Activar
Ir a Con

Durante esta pandemia haz manifestado algunos de estos síntomas: señala los que has experimentado *

- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para dormir
- Reacciones físicas (como dolor de cabeza, dolores corporales, problemas estomacales, etc.)
- Cambios de humor repentinos
- Cambios en el apetito, niveles de energía, deseos e intereses
- Ninguna de las anteriores

¿Haz perdido interés en las actividades que disfrutabas antes? *

- Si
- No
- En ocasiones

Con relación al sueño regularmente: *

- Se me dificulta dormir
- Me la paso durmiendo a todas horas
- No tengo dificultad para dormir

Con relación a la alimentación regularmente: *

- No tengo hambre
- Me la paso comiendo todo el tiempo
- Normal (como a mis horas)

Con relación al peso regularmente:

- Me mantengo en mi peso
- He bajado de peso

Activar
Ir a Configuración

Activar
Ir a Configuración

He subido de peso

Aparte de los síntomas anteriores, ¿has presentado algún problema de los siguientes? *

- Dificultad para recordar cosas a corto plazo
 - Problemas de razonamiento o atención al realizar actividades
 - Pensar demasiado alguna situación
 - Ninguna de las anteriores
-

¿Has notado cambios en tu rendimiento académico? *

- Sí
- No
- Algunas veces

Activ
Ir a C

Consideras que antes de la pandemia ¿habías presentado algunos de los síntomas anteriores? *

- Sí
- No
- Solo en esta pandemia

- Pruebas de PANAS que se utilizaron para realizarla vía internet:

PANAS

Marque con una cruz la opción que refleje mejor cómo se ha sentido en [insertar instrucción temporal; "la última semana" o "el último mes"], incluyendo el día de hoy:

	Nada o muy ligeramente	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Interesado/a por las cosas					
2. Angustiado/a					
3. Ilusionado/a o emocionado/a					
4. Afectado/a					
5. Fuerte					
6. Culpable					
7. Asustado/a					
8. Agresivo/a					
9. Entusiasmado/a					
10. Satisfecho/a consigo mismo/a					
11. Irritable					
12. Despierto/a					
13. Avergonzado/a					
14. Inspirado/a					
15. Nervioso/a					
16. Decidido/a					
17. Concentrado/a					
18. Agitado/a					
19. Activo/a					
20. Miedoso/a					

Escalas de Afectividad Positiva y Negativa, versión corta en castellano

PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted durante **LA ÚLTIMA SEMANA**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1 **2** **3** **4** **5**
Muy poco o nada Algo Moderadamente Bastante Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **LA ÚLTIMA SEMANA** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	-----	irritable	-----
molesto (a disgusto)	-----	alerta	-----
emocionado	-----	avergonzado	-----
de malas	-----	inspirado	-----
firme	-----	nervioso	-----
culpable	-----	decidido	-----
temeroso	-----	estar atento	-----
agresivo	-----	inquieto	-----
entusiasmado	-----	activo	-----
estar orgulloso	-----	inseguro	-----

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se siente **GENERALMENTE**, esto es, cómo se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1 **2** **3** **4** **5**
Muy poco o nada Algo Moderadamente Bastante Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **GENERAL O REGULARMENTE** usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	-----	irritable	-----
molesto (a disgusto)	-----	alerta	-----
emocionado	-----	avergonzado	-----
de malas	-----	inspirado	-----
firme	-----	nervioso	-----
culpable	-----	decidido	-----
temeroso	-----	estar atento	-----
agresivo	-----	inquieto	-----
entusiasmado	-----	activo	-----
estar orgulloso	-----	inseguro	-----

Activar W
Ir a Configura

Escala PANAS adaptada a Chile

Esta escala consiste en un número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada ítem y luego marque la respuesta adecuada en el espacio próximo a cada palabra, en base a lo que usted siente en estos momentos (es decir, en el momento presente)*. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

* En la versión general se debe sustituir "en estos momentos" y "en el momento presente" por "generalmente" y "en promedio"

1 - muy levemente o nada

2 - un poco

3 - moderadamente

4 - Bastante

5 - extremadamente

- interesado
- molesto
- entusiasmado
- enojado
- fuerte
- culpable
- asustado
- hostil
- optimista
- orgulloso

- irritable
- alerta
- avergonzado
- inspirado
- nervioso
- decidido
- atento
- intranquilo
- activo
- temeroso

Activar V
Ir a Configu

- La prueba traspasada por formulario Google:



Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) por Watson, Clark y Tellegen

Estimado (a) Universitario (a) solicitamos tu participación para responder la presente escala, cuyo principal objetivo es recabar información sobre la afectividad en tiempos de confinamiento, de alumnos universitarios del CUVAQH, que cursan el segundo semestre. La información recabada es de carácter educativo, científico y confidencial, por lo que no se solicitarán datos personales.

Indicaciones: La escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones de las personas. Lee cada palabra y marca en el espacio correspondiente la respuesta más apropiada del cómo te sientes generalmente. RECUERDA: No hay respuestas correctas ni incorrectas. Utiliza la siguiente escala para registrar tus respuestas.

1) Muy poco o nada 2) Algo 3) Moderadamente 4) Bastante 5) Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y últimamente te has sentido extremadamente triste, entonces registrarás tu respuesta con el número 5: Triste: 5

Por tu ayuda y tiempo, muchas gracias gracias.

Sexo: *

- Mujer
- Hombre
- Otra...

Edad: *

Texto de respuesta breve

Carrera que cursas: *

- Psicología
- Arquitectura
- Trabajo Social
- Pedagogía

Activar
Ir a Conf

1.- Interesado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.- Molesto(a), disgustado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.- Entusiasmado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Activ
Ir a Cc

4.- Enojado(a), Tenso(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Fuerte, energético(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Culpable *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acti

7- Asustado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.- Hostil *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.- Optimista *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.- Orgullos(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.- Irritable *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12.- Alerta *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.- Avergonzado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.- Inspirado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.- Nervioso(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Act

16.-Decidido(a), Dedicado(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.- Atento(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.- Intranquilo(a), Inquieto(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acti

19.- Activo(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20.- Temeroso(a), Tímido(a) *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Act

- Las distintas versiones de escalas de ansiedad y depresión de Goldberg que se usaron:

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- TOTAL ANSIEDAD= _____
-

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN= _____

Activar
Ir a Conf

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

- La escala traspasada a formulario Google:



Escala de ansiedad y depresión por Goldberg D.

Estimado (a) Universitario (a) solicitamos tu participación para responder la presente escala, cuyo principal objetivo es recabar información sobre rasgos de ansiedad y depresión en tiempos de confinamiento de alumnos universitarios del CUVAQH, que cursan el segundo semestre. La información recabada es de carácter educativo, científico y confidencial, por lo que no se solicitarán datos personales.

Indicaciones: A continuación se te presenta un cuestionario de 18 preguntas que deberás responder con un Si o un No. Reflexiona sobre si durante el último año se han presentado algunos de los síntomas que se citan. Por favor, contesta todas las preguntas y se totalmente sincero(a) al responderlas, aunque observarás que por defecto, y para tu comodidad, ya se hallan seleccionadas las respuestas negativas. Te recordamos que no hay respuestas correctas o incorrectas.

NOTA IMPORTANTE: La prueba esta dividida en 2 partes. En la primer parte, las primeras 4 preguntas son obligatorias, si en dos o más preguntas las respuestas son afirmativas, favor de seguir contestando las siguientes, de lo contrario pasar a la segunda parte.

En la segunda parte, de igual forma las 4 primeras son obligatorias, pero en esta escala, si alguna de las preguntas se afirma, por favor de seguir contestando las siguientes hasta terminar.

Por tu ayuda y tiempo, muchas gracias gracias.

Activ:

Sexo: *

- Mujer
- Hombre
- Otra...

Edad: *

Texto de respuesta breve

Carrera que cursas: *

- Psicología
- Arquitectura
- Trabajo Social
- Pedagogía

Activ
Ir a Co

PRIMERA PARTE

*

1.- ¿Te has sentido muy excitado(a), nervioso(a) o en tensión?

- Sí
- No

2.- ¿Has estado muy preocupado(a) por algo? *

- Sí
- No

3.- ¿Te has sentido muy irritable? *

- Sí
- No

4.- ¿Has tenido dificultad para relajarte? *

- Sí
- No

INDICACIÓN PRIMERA PARTE: Con relación a los reactivos 1 al 4: Si mis respuestas son SI en dos o mas ocasiones, entonces responderé los reactivos del 5 al 9. Si mi respuesta es SI en cero o una ocasión pasaré a la pregunta 10.

- He entendido las indicaciones. Continúa con la escala
- No entendí las indicaciones: te sugerimos volver a leer.

5.-¿Has dormido mal, has tenido dificultades para dormir?

- Sí
- No

Activa
Ir a Cont

6.- ¿Has tenido dolores de cabeza o nuca?

Sí

No

7.- ¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
(síntomas vegetativos)

Sí

No

8.- ¿Has estado preocupado(a) por tu salud?

Sí

No

Activ.
Ir a Cor

9.- ¿Has tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarte dormido(a)?

Sí

No

SEGUNDA PARTE

*

10.- ¿Te has sentido con poca energía?

Sí

No

11.- ¿Has perdido el interés por las cosas? *

Sí

No

Active
Ir a Con

12.- ¿Has perdido la confianza en ti mismo(a)? *

Sí

No

13.- ¿Te has sentido desesperanzado(a), sin esperanzas? *

Sí

No

INDICACIÓN SEGUNDA PARTE: Con relación a los reactivos DEL 10 al 13: Si mis respuestas son SI * en una o más ocasiones, entonces responderé los reactivos del 14 al 18. Si mi respuesta es SI en cero ocasiones enviaré mi formulario y daré por terminada mi escala.

He entendido las indicaciones. Continúa.

No entendí las indicaciones: te sugerimos volver a leer.

Activar

14.- ¿Has tenido dificultades para concentrarte?

Sí

No

15.- ¿Has perdido peso? (a causa de tu falta de apetito)

Sí

No

16.- ¿Te has estado despertando demasiado temprano?

Sí

No

Activar

17.- ¿Te has sentido como si estuvieras enlentecido?

Sí

No

18.- ¿Crees que has tenido tendencia a encontrarte peor por las mañanas?

Sí

No