



**Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín**

**Grado: 8°**

**Grupo: A**

**Asignatura: Seminario de tesis.**

**Lic. Mario Diego Scarfatti**

# Contenido

<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	3
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	23

## **MARCO CONCEPTUAL.**

### **LA DEPRESION.**

De acuerdo con la OMS 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.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Algunos médicos especialistas en psiquiatría hablan que el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos- esfera de los sentimientos o emociones: Tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud, las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a la ansiedad, con casi el doble de posibilidades de sufrir un episodio a lo largo de su vida. Unos 73 millones de mujeres son diagnosticadas al año en todo el mundo, siendo el suicidio la séptima causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años.

Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez (2006), definen a la depresión como un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida pacífica, haciendo énfasis en la vida afectiva.

Del mismo modo, Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas (2008) plantean la siguiente definición de depresión: “Es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican las pautas de neurotransmisión entre hemisferios cerebrales y el sistema límbico”. Por otra parte (Beck et al., 1983; Ellis, 1981; 1990; citado por Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008), refieren que la depresión, clínicamente es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de una tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por acontecimientos de la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos.

Asimismo, Pardo, Sandoval y Umbarela, (2004; citado por Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008) mencionan que es el punto más bajo de las fluctuaciones del estado de ánimo normal, de la vida emocional de todos los días; estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional, que se presenta como reacción a una

situación o evento displacentero, el cual es considerado como la causa de tal respuesta emocional. Por su parte, Pereyra y Mussi (2005) mencionan que quizás la depresión provenga de una vida monótona, sin atractivo, uniformemente gris, en la cual cada día se deja caer en el alma una gota ínfima de desesperanza, por pequeña que sea, que va destruyendo imperceptiblemente el brillo de la existencia y extinguiendo a la alegría, para finalmente, dejar traslucir ese fondo temido, sumiendo la existencia en una noche sin mañana.

Así también, la depresión es el estado que domina la existencia cuando dejamos de contemplar el cielo, perdemos la alegría de vivir y permitimos que los problemas se agolpen sobre nuestra cabeza hasta quitarnos el espíritu de lucha y llevarnos al derrotismo (Pereyra, 2006). Finalmente, para Beck (2003), la define como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información.

Entre tales series de distorsiones sistemáticas en el procesamiento se encuentra la sobre generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. La depresión es uno de los principales problemas de salud pública actual y se considera como un trastorno propio de la época moderna, pero de fatales consecuencias por sus efectos en el comportamiento y por la presencia de ideas de suicidio entre quienes la sufren.

Cualquier persona está expuesta a sufrirla (Beck, 1976). Es también uno de los trastornos psicológicos más comunes, al grado de que se le suele denominar el resfriado entre los problemas de salud mental (Arean, Perri, Nezu, Schein, Christopher & Joshep, 1993). Se trata de un estado que, aunque en ocasiones no es muy notorio,

generalmente provoca alteraciones en las funciones cotidianas debido a las manifestaciones que trae consigo: desánimo, desinterés y aislamiento social, entre otras (Antonini, n.d.).

La depresión no solo existe, sino que es un trastorno psicológico cuyas tasas han ido en aumento en los últimos tiempos (Klerman & Weissman 1989; cfr. Pérez, M. & García, J. M., 2001), al punto de que estos autores hablan de la época de la depresión (como antes lo fuera la época de la ansiedad y en tiempos de Freud la de la histeria). Según estos mismos autores, la prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico (Bernardo, 2000).

Cabe destacar que, tal como lo revelan varios estudios, la proporción de mujeres que padecen depresión es, como poco, el doble de los hombres (excepto en la depresión bipolar, en la que los sexos están equilibrados). La edad de comienzo es cada vez más temprana, la mayor incidencia se da entre los quince y los diecinueve años, la cual se mantiene igualmente elevada hasta los cuarenta años en los hombres y los cincuenta en las mujeres (dentro de su proporción), si bien se ha observado un despunte para la mujer en edades posteriores (Wu & Anthony, 2000).

En los últimos veinte años se ha producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión (véase Vázquez y Sanz, 1995). Gran parte del aval empírico que apoya los actuales con Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes 43 universitarios de ciencias de la salud de una

universidad pública (Colombia) Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N° 27: 40-60, 2011 de los psicológicos de la depresión proviene de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimido con un estado anímico depresivo intenso, pero no hospitalizados, que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión (Tennen, Hall & Affleck, 1995; Vredenburg, Flett & Krames, 1993). Esta estrategia metodológica supone la asunción implícita de la llamada hipótesis de la continuidad de la depresión, que plantea que la depresión es un continuo y, por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo (Beck, 1976).

La depresión es un estado anímico que manifiesta como síntoma principal el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí misma, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, a lo que especialistas como Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) denominan como un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

En el ámbito universitario, por sus características complejas que exigen nuevas formas de comportamiento para enfrentar situaciones nuevas, existen una serie de factores estresantes que pueden generar depresión (Amézquita & González 2003). La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo (Goldman, 2001).

Los jóvenes entre los 18 y 29 años atraviesan una etapa evolutiva conocida como adultez emergente (Arnett, 2000), cuya característica más distintiva es que quienes transitan por ella no se ven como adolescentes, pero tampoco sienten que han alcanzado la adultez, aplazando hitos como el matrimonio, la paternidad, la independencia financiera o la salida del hogar hasta una edad cercana a los 30 años (Arnett, 2000, 2008). Si bien la descripción y teorización de la adultez emergente surgió en Estados Unidos, el interés por esta etapa de vida se ha expandido rápidamente por Latinoamérica (Dutra-Thomé, 2013; Facio y Micocci, 2003; Fierro y Moreno, 2007; Pérez, Cumsille, y Martínez, 2008).

En Chile, un estudio tuvo por propósito indagar la presencia de la adultez emergente en universitarios, un grupo que transita por el rango de edad descrito por esta etapa de vida (Barrera-Herrera y Vinet, 2017). Esta investigación constató la existencia de la adultez emergente en este grupo de jóvenes, puesto que las características centrales de la teoría son reconocidas y vivenciadas por los universitarios chilenos (exploración de la identidad, inestabilidad, gran optimismo y posibilidades, estar centrado en sí mismos, y sentirse “en el medio” entre la adolescencia y la adultez). Además, el estudio reporta evidencia de aspectos de carácter cultural propios de la adultez emergente como, por ejemplo, la gran importancia que los vínculos familiares y sociales tienen para estos universitarios (Barrera-Herrera y Vinet, 2017).

En los últimos años, las investigaciones en salud mental han propiciado centrar la atención en los universitarios, pues los estudios tanto a nivel nacional como internacional señalan que las características de la etapa, junto con los desafíos que

enfrentan los jóvenes en la universidad tales como el manejo de la autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, pueden desencadenar la aparición de trastornos o sintomatología de salud mental (Arnett, Žukauskienė, y Sugimura, 2014; Baader et al., 2014; Micin y Bagladi, 2011)

La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que afectan nuestras actividades diarias ya que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica y crónica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, la cual puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (American Psychiatric Association, 1987).

Por otra parte, la presencia de los síntomas antes citados, pueden deberse a una preocupación exagerada por actividades futuras que las personas tienen que realizar, lo que va generando un grado de ansiedad en ellas, y que generalmente va en aumento. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar interior, el sentimiento que tiene el sujeto de no ser capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia. (Beck y Clark, 1988).

Dado que ambos problemas, el de la depresión y ansiedad, requieren de soluciones claras y concisas, la psicología clínica se ha encargado de estudiar la

depresión, y las causas más comunes que llevan a que se presente este problema en las personas, ya que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad actual. Por esta razón existen varios autores que han investigado la depresión y la ansiedad para encontrar soluciones efectivas que disminuyan estos problemas en los pacientes que los presentan.

Tenemos por ejemplo a Beck (1987), quien propuso una teoría donde se asume que los sujetos deprimidos se caracterizan por la existencia de un estilo cognitivo específico; denominado la triada cognitiva negativa, es decir, una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la cual contribuye al mantenimiento de la depresión y cuya reestructuración es necesaria si se quiere lograr una mejoría estable del estado depresivo. Posteriormente Beck propone un modelo teórico para la adquisición de la depresión, basado en una teoría de esquemas definidos como estructuras cognitivas que sirven para procesar la información entrante, girar la atención, las expectativas, la interpretación y el fundamento de la memoria, centrándose en la existencia de esquemas y de autoesquemas de contenido negativo, los cuales sirven como factores causales de la adquisición de la depresión.

Un trabajo que se preocupó por el estudio de la cognición como factor de la depresión, fue el realizado por Herrera y Maldonado (2002), donde evaluaron las cogniciones como un factor de predisposición a la depresión y si las cogniciones negativas de igual forma aumentaban el problema, se estudió a 304 estudiantes de 18 a 44 años, que cursaban el primer grado en una facultad de psicología; los autores aplicaron 3 instrumentos de medición, uno para conocer los síntomas depresivos, otro para medir la visión negativa a futuro, y el último para evaluar el nivel de cognición

negativa y estado de ánimo del sujeto al momento de la entrevista; se encontró que existe una correlación alta entre la depresión y el nivel previo de la misma, además de que las cogniciones se ven modificadas por el estado de humor del participante al momento de la entrevista.

Por otro lado, Aguilar, Hade y Berganza (1996), realizaron un trabajo donde se evaluó la depresión y el autoestima en adolescentes estudiantes guatemaltecos de distinto género y clase social. Se trabajó con 908 adolescentes, se dividieron en grupos basándose en su clase social (alta, media, baja), y todos tenían una edad aproximada de 15 años, se emplearon dos instrumentos, uno que evaluó el autoestima a través de 50 ítems, abarcando 5 aspectos: global, académica, familiar, imagen corporal y social y otro que evaluó el grado de depresión a través de 20 ítems; los resultados mostraron una correlación negativa significativa entre la depresión y la autoestima, de igual forma se encontraron niveles significativos de depresión en los adolescentes, y diferencias de género, presentando las mujeres mayor depresión que los varones, en las 3 clases sociales. Un estudio más realizado por Arrivillaga, Cortés, Goucochea y Lozano (2003), se centró en conocer la caracterización de la depresión en jóvenes universitarios; a partir del trabajo clínico y psicoeducativo en donde se identificaron aspectos específicos por los que se presenta la depresión con 2 instrumentos, el Inventario de depresión de Beck y la Escala autoaplicada de Zung; además de un apartado de datos complementarios.

Estas pruebas fueron aplicadas a 218 jóvenes estudiantes, 135 mujeres y 83 hombres, encontrándose una presencia significativa de depresión en la muestra, siendo las mujeres las que presentaron más este problema, por lo que se describen algunos

factores estresantes en el estudiante, así como situaciones biológicas como las posibles causantes de que se presente la depresión en estudiantes universitarios. En otra investigación, Ramírez y Ramírez (1999) estudiaron las relaciones entre las actividades placenteras, el locus de control y la depresión en niños de 8 a 12 años de edad. Se les aplicaron varios instrumentos para determinar su nivel socioeconómico, si presentaban depresión, las actividades que perciben como placenteras y un cuestionario en el cual se evaluaba la percepción del locus de control.

Los resultados mostraron que las correlaciones más fuertes se dieron entre la depresión y la frustración instrumental, esta última se encuentra dentro del locus de control. También se encontró una correlación negativa entre depresión y las actividades placenteras. La correlación entre depresión y frustración instrumental se entiende como un síntoma clásico de la depresión ya que, al estar deprimido, el individuo comienza a sentirse incapaz de lograr las cosas que intenta, esto último que se considera una causal de la ansiedad.

Por otra parte, Keller, Bhargava, Gergen, Miller, Nitschke, Deldin, y Heller, (2000), realizaron una encuesta donde se estudiaron los niveles depresivos y de ansiedad en la etapa de la vejez, considerando que esta edad ambos problemas son comunes, ya que se presentan sentimientos de inadecuación e inutilidad porque surgen cambios tanto en el estilo de vida como en el cuerpo de los ancianos; estos padecimientos están sumamente relacionados con la ansiedad de pensar que al ser viejo una persona ya no desarrollará las mismas actividades que antes de ser jubilados, siendo la depresión la principal enfermedad de las personas jubiladas. En relación a la

depresión con las presonas de avanzada edad Goblin, Kransnoperova y Neubauer (2004) tuvieron como objetivo determinar el grado.

La adolescencia es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social, las cuales aparecen en mayor proporción comparándolas con las que se suscitan en otros periodos de edad (Craig, 1997). Para el adolescente los cambios físicos, así como en las relaciones que establece con su grupo de referencia y amigos, implican un proceso de transformación en el concepto, de sí mismo, que lo llevará a adquirir nuevas ideas, valores y prácticas y por lo tanto a construir una identidad propia (Fize, 2007). Todo esto, demanda en el joven el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permitan consolidar su autonomía y éxito tanto personal como social (Blum, 2000). Dentro del contexto familiar la adolescencia también resulta crítica, en tanto que exige reajustes en el sistema de crianza infantil (González Forteza y Andrade, 1995). De acuerdo con Flour y Buchanan (2003), la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación.

En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996). Cummings y Davies (2002), argumentan que la exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de

educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión.

El trastorno depresivo ha sido conceptualizado a través de diferentes perspectivas, las cuales involucran desde aspectos médicos hasta socioculturales y conductuales. Desde el enfoque cognitivo, Beck (1972) define la depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Entre tales deformaciones se encuentran la sobre-generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. De esta manera, señala Beck, las emociones y conducta típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad. La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar (Milne y Lancaster, 2001). Por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares (Sánchez, 2007).

En el estudio llevado a cabo por Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006), se evaluó la relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes de 16 años de edad. A través de la Subescala de Ambiente Familiar y el Cuestionario de Humor Depresivo, aplicados en dos periodos con un intervalo de tres años, encontraron una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, particularmente en los adolescentes que tenían padres o algún familiar cercano que fuese depresivo. En el estudio que llevaron a cabo Vázquez, Ordóñez,

Strausz, Arredondo y Lara (2004), se pretendió evaluar la diferencia en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven (con la familia o fuera del núcleo familiar). Los autores aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 68 estudiantes entre 13 y 17 años de edad, de los cuales 34 vivían con su familia y 34 fuera de ésta. En otro estudio, Aydin y Öztücüncü (2004), exploraron la relación entre la depresión y el ambiente familiar en 311 adolescentes de 16 y 17 años de edad. Los instrumentos que emplearon para obtener datos respecto a cada una de las variables fueron la Escala de Ambiente Familiar (FES), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los autores reportaron una relación inversa entre la cohesión familiar, el grado de pensamientos automáticos y el humor depresivo presentados por los adolescentes de la muestra. Es decir, los adolescentes que mantenían relaciones distantes y hostiles con sus padres, obtuvieron puntajes más altos en las subescalas de depresión y pensamientos automáticos que aquellos que contaban con amplios recursos de apoyo familiar. Cabe señalar, que en algunas investigaciones se ha encontrado que la influencia del clima familiar en la etiología de la depresión en los adolescentes, varía de acuerdo a ciertos factores sociales y culturales. En el estudio realizado por Herman, Ostrander y Tucker (2007), se examinó la relación cohesión familiar, conflictos familiares y depresión en adolescentes afroamericanos y euroamericanos, cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 17 años. Se hallaron diferencias entre los dos grupos evaluados, específicamente los bajos niveles de cohesión familiar se asociaron con los síntomas depresivos únicamente en los adolescentes afro americanos. Mientras que la correlación entre conflictos familiares y depresión fue significativa sólo

en los adolescentes euro americanos, misma relación que no se mostró con los indicadores de cohesión familiar.

## RENDIMIENTO ACADEMICO

El rendimiento académico ha sido definido como la capacidad de respuesta que presenta el estudiante ante diversos estímulos educativos previamente establecidos y también como el término que facilita conocer la calidad de la educación en todos sus niveles. Un rendimiento académico bajo conlleva al fracaso del educando y produce resultados que afectan a todos los miembros de la comunidad educativa como alumnos, padres, profesores y por ende, a la sociedad (García-Cruz, Guzmán & Martínez, 2006). El rendimiento académico en estudiantes universitarios ha sido relacionado con un amplio número de factores (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2008; Castejón & Pérez, 1998; Contreras, Caballero, Palacio & Pérez, 2008; Millings & Zahid, 1999; Mruk, 1998; Papalia, Wendkos & Duskin, 2005). Reyes (2004) manifiesta que un estudiante con mal rendimiento académico puede generar variados problemas, tales como la insatisfacción personal, falta de motivación, hasta una baja autoestima, entre otros. Rice (2000), manifiesta la importancia de investigar la problemática de los adolescentes, teniendo en cuenta para ello la influencia que ejercen los principales contextos en los cuales ellos se desenvuelven, entre los que destaca aquellos entornos con los que tienen un contacto inmediato, primordialmente familia, amigos y la escuela.

La ansiedad ante los exámenes produce en algunos alumnos una serie de reacciones emocionales negativas que pueden inhibir la ejecución de los estudiantes de acuerdo con su potencial académico (Onyeizogbo, 2010). El miedo a los exámenes no es un miedo irracional; no en vano, la actuación en ellos determina gran parte del

futuro académico de la persona. Pero, como ocurre la mayoría de las veces con la ansiedad, es cuando se da a niveles muy elevados, cuando puede interferir seriamente en la vida de la persona. Según Rosario et. Al. (2008), la ansiedad ante los exámenes es un comportamiento muy frecuente, sobre todo entre la población escolar que afronta una presión social muy centrada en la obtención de un gran éxito académico. Asimismo, Conde (2004) afirma que los alumnos al ser evaluados se sienten amenazados, por lo que pueden llegar a padecer ansiedad perjudicial.

Atendiendo a experiencias realizadas como la de Escalona y Miguel-Tobal (1996), la mayoría de estudiantes experimentan una elevada ansiedad en época de exámenes. Esta elevada activación no sólo repercute negativamente en el rendimiento ante los exámenes, sino que puede llegar a desequilibrar la salud de los alumnos ante este tipo de situaciones. Así, antes de que comiencen los exámenes, el alumnado con ansiedad, comienza a padecer trastornos físicos muy diversos (insomnio, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, etc.), agravándose conforme se van acercando los días para el examen.

Otro ejemplo de carácter más general, lo representa el trabajo de Fisher y Hood (1987), quienes unos estudios longitudinales realizados con estudiantes universitarios escoceses revelaron un incremento significativo en niveles de depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración tras seis semanas de permanencia en la Universidad, tiempo en el cual no tuvieron oportunidad de realizar exámenes. Esto indica que el fenómeno del estrés académico no debe unirse exclusivamente a la realización de exámenes, aun siendo éste un elemento de suma importancia. Existen numerosas definiciones de ansiedad, pero se van a recoger aquí algunas de las más

concluyentes y clarificadoras: Spielberger (1980) señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

Navas (1989) define la ansiedad como un estado emocional, por lo tanto hay una mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. Papalia (1994) define la ansiedad como un estado que se caracteriza por la presencia de sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión que surgen como consecuencia de que el sujeto anticipa una amenaza real o imaginaria. Asimismo, se ha de diferenciar lo que es la ansiedad normal, que todos tenemos ante cualquier situación importante estando más activados física y mentalmente y más preparados para responder, de la ansiedad que aparece de forma continua y excesiva descontrolando conductas y pensamientos. Dicha ansiedad, sí supone un problema porque nos impide alcanzar los objetivos que nos hemos propuesto: estudiar, ir al examen, aprobar. Esta ansiedad puede ser “anticipatoria” si el sentimiento de malestar se produce a la hora de estudiar o al pensar en qué pasará en el examen, o “situacional” si ésta acontece durante el propio examen.

Además, la ansiedad ante los exámenes puede ser considerada como un rasgo de personalidad o como un estado. Así hay personas más propensas a la ansiedad (temor) en las situaciones de examen, entonces esa ansiedad ante el examen se conceptualiza como un rasgo de personalidad específico frente a esa situación (Bauermeister, 1989). En cambio, otras personas perciben la situación de examen como potencialmente amenazante por el hecho de que fallar en ella puede interferir con

el alcanzar metas importantes, y esto les genera un estado de ansiedad que una vez pasado el mismo desaparece, pudiendo estar presente sólo en aquellos exámenes que el sujeto percibe como muy difíciles (Spielberger, 1980).

Según la Teoría Tridimensional de la Ansiedad (Lang, 1968, citado en Oblitas, 2004), la reacción emocional de la ansiedad puede observarse a un triple nivel: cognitivo subjetivo, haciendo referencia a la experiencia; fisiológico, haciendo referencia a los cambios corporales; y motor, haciendo referencia a las conductas claramente observables. A nivel cognitivo, la ansiedad se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras debilidades, dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros. Teniendo en cuenta el curso académico, Martín (2007) indica que los escasos trabajos sobre el tema han demostrado la existencia de índices notables de estrés en las poblaciones universitarias, alcanzando mayores cotas en los primeros cursos de carrera y en los períodos inmediatamente anteriores a los exámenes (Muñoz, 1999) y siendo menor en los últimos. Idénticos resultados fueron encontrados por Rosenthal y colaboradores (1987, citado en Martín, 2007). No encontrándose en ningún caso diferencias significativas en función de la titulación académica cursada.

La relación entre ansiedad y rendimiento académico en los diferentes estudios que se han realizado a lo largo del tiempo, no han dejado suficientemente claro que exista una relación directa e inequívoca entre ambas variables. Se pueden situar las

primeras investigaciones en el año 1908 con los estudios de Yerks y Dodson (citados en Oblitas, 2004), quienes concluyeron que los sujetos con un alto nivel de ansiedad se suelen centrar más en sus propios pensamientos y temores que en la tarea del examen. Es decir, estos sujetos reparten su tiempo y su atención en atender las exigencias de la tarea y los indicadores de ansiedad. En cambio, los sujetos con un bajo nivel de ansiedad pueden concentrarse más en la tarea no resultándoles interferentes los indicadores de ansiedad los experimentos realizados por la escuela de Iowa (citado en Hernández, Pozo y Polo, 1983) con individuos que puntúan alto y bajo en el rasgo ansiedad, concluyeron que el rendimiento está en función de la interacción que se produzca entre el nivel de ansiedad del sujeto y la naturaleza o dificultad de la tarea. Para ellos, la ansiedad facilita el rendimiento en las tareas fáciles y lo empeora en las difíciles. Otros estudios, en cambio, señalan que cuando a la situación de examen se le añade presión, los sujetos que presentan un nivel de ansiedad elevado rendían peor, independientemente de la dificultad de la tarea. (Mandler y Saranson, 1952) Por su parte, Fernández-Castillo (2009), indica que los alumnos que obtienen una puntuación alta en los niveles de ansiedad, presenta bajos niveles de atención selectiva, mientras que unos niveles moderados de ansiedad se asocian a mejor rendimiento académico.

El consenso en señalar la ansiedad como la característica central de los problemas de conducta llega tanto desde el psicoanálisis como el existencialismo (Friman, Hayes y Wilson, 1998). Aunque en el ámbito etiológico-médico las hipótesis señalan la desregulación en la homeostasis (neurotransmisión) de los sistemas de la serotonina y la norepinefrina como el origen neurobiológico común a ambas

expresiones fenotípicas de un mismo continuo (Baldwin, Evans, Hirschfeld y Kasper, 2002), la necesidad de buscar alternativas a los tratamientos exclusivamente farmacológicos se basa en los siguientes resultados. Primero, porque muchos medicamentos tienen efectos secundarios no deseados; segundo, la medicación parece tener una efectividad decreciente con el tiempo; y, tercero, la discontinuidad en medicación presenta tasas más altas de recaídas que la discontinuidad en intervenciones psicoterapéuticas (Bloom, 2002)

La Ansiedad ante los Exámenes (AE) es uno de los síntomas más comunes presentes en los estudiantes que se enfrentan a diversas pruebas académicas. Esta situación produce respuestas de tensión física y psicológica que pueden repercutir en la salud mental de los estudiantes (Fernández, 1990), así como causar interferencias con su desempeño educativo. Por lo anterior, la AE ha sido asumida como un rasgo específico o situacional, que se caracteriza por el miedo al desempeño inadecuado y por sus consecuencias negativas para el rendimiento académico (Gutiérrez-Calvo & Avero, 1995).

En el medio académico, existe un amplio número de variables que generan estrés y pueden asociarse a la pérdida de control por parte del estudiante (Ayora, 1993). Las investigaciones en esta área han demostrado la existencia de índices notables de estrés en las poblaciones estudiantiles, especialmente en los primeros cursos de educación y en los periodos previos a los exámenes (Muñoz, 1999). De manera más concreta, entre los estresores académicos se han resaltado: el excesivo trabajo para la casa, los exámenes finales y el estudiar para los mismos (Martín, 2007), así como la percepción de la carga académica por parte de los estudiantes y su

capacidad para el manejo del tiempo (Sansgiry & Sail, 2006). Como ya vemos, una de las principales condiciones asociadas a la AE la constituye la evaluación académica, que en ocasiones supone una respuesta excesiva del estudiante al producir una sobrecarga en la memoria de trabajo, lo cual interfiere con las respuestas cognitivas encaminadas a la resolución de la tarea y aumenta la ansiedad percibida (Lancha & Carrasco, 2003). En este sentido, varios estudios han considerado la naturaleza estresora que supone una situación de examen, dado que puede activar en el estudiante elevados niveles de ansiedad y vulnerar en algunos casos el equilibrio físico y psicológico disminuyendo, en consecuencia, el nivel de rendimiento esperado (Viñas Poch & Caparrós, 2000).

Tales dificultades son muy habituales entre la población universitaria (Gutiérrez-Calvo, 1996; Valero, 1999), en la cual la ansiedad aparece asociada con frecuencia a conductas como el aumento del consumo de café, tabaco o alcohol, y a la reducción de horas de sueño, alteraciones conductuales y otras formas de inadaptación (Ortiz et al., 2008). Todos estos estados contribuyen, por demás, a que los estudiantes desconfíen de sus posibilidades (Álvarez et al., 2010).

Algunos estudios epidemiológicos indican que, aproximadamente, 9% de los niños presenta desórdenes de ansiedad durante el estudio (Berstein & Borchardt, 1991; Jadue, 2001), y esto es aún más prevalente entre los jóvenes, entre quienes alcanza valores que van del 13 al 17% (Kashani & Orvaschel, 1990). Estos datos indican que estamos ante un fenómeno frecuente, que afecta a un número importante de estudiantes y cuyas consecuencias pueden interferir en el rendimiento académico y hasta en el futuro formativo del educando. la existencia de pensamientos negativos, las

dificultades al momento de la solución de problemas, los déficits atencionales y las bajas autoestimas también han sido descritos como causantes de esta problemática (Blankstein, Flett & Batten, 1989; Gutiérrez-Calvo, 1984, 1986; Tobias, 1985). Los aspectos cognitivos y emotivos son ciertamente relevantes, dado que la interpretación formulada por el individuo sobre la activación fisiológica y el estado afectivo provocado por la tensión de la situación evaluativa pueden asociarse al desarrollo de ansiedad (Sánchez, Castañeiras & Posada, 2008).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La educación constituye el principal instrumento a través del cual una sociedad procura formar ciudadanos competentes en los diferentes ámbitos de la vida con una formación personal apta para su normal desarrollo en la sociedad a la que está inmerso.

Durante mi formación de estudiante de medicina he observado que el bajo rendimiento escolar en los estudiantes del nivel de educación superior, en su mayoría es una consecuencia del deficiente apoyo tanto de los maestros como de los padres de familia. La atención a la excesiva presión hacia los estudiantes de medicina es un hecho de gran relevancia social porque de ella depende el buen desempeño de los estudiantes de la carrera, ya que les es útil no solo para su desarrollo académico, sino que también para su desenvolvimiento en las diferentes situaciones de su vida diaria.

Dentro del proceso de formación educativa en la carrera de medicina se constituyen los aspectos esenciales para que nuestros jóvenes educandos adquieran los conocimientos básicos y necesarios para aprender a desenvolverse en el ámbito del cuidado de la salud, que puede expresarse de diferentes formas y que nos brinda la posibilidad de participar socialmente, lograr metas personales.

Es importante propiciar en los estudiantes la capacidad de la autorregulación de las emociones. En nuestro país los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (enep) señalaron que 9.2% de los mexicanos sufrió un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre mujeres (10.4%) que entre hombres (5.4%).

Tal es el caso de la Universidad del Sureste, campus Tuxtla con turno matutino, con un horario de 7:00 am a 3:00 horas, ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, donde se encuentra la carrera de licenciatura de Medicina Humana.

Dentro de la institución de la ya mencionada, encontramos muchas situaciones deficientes que afectan el proceso de enseñanza-aprendizaje de los jóvenes estudiantes de medicina humana, por ello el presente trabajo busca responder una de las más importantes necesidades de dicha comunidad escolar me refiero a la depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina.

Los docentes muchas veces no dimensionan de que forma la exigencia del cumplimiento de tareas, ejerce una presión que desencadena problemas más graves, que no han sido tratados como la ansiedad y la depresión. Este problema se viene

presentando desde hace muchos años, pero hace poco se ha roto el tabú de la depresión y ansiedad, por tal motivo, el siguiente protocolo de investigación lleva por nombre “La depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina”

Elegí este tema porque es indispensable conocer y reconocer las causas y consecuencias de la depresión y ansiedad de los estudiantes de medicina

Este trabajo tiene la intención de estudiar las causas de la depresión y ansiedad y de qué manera estas repercuten en el proceso de aprendizaje de los estudiantes, así como estas afectan el rendimiento escolar.

Las preguntas centrales para el protocolo de investigación que se tomaron en cuenta para profundizar en el tema elegido fueron: 1. ¿Qué es la depresión y ansiedad? 2. ¿en qué medida la depresión y ansiedad afectan el rendimiento escolar de los estudiantes de medicina? 3. ¿Cuáles son las causas y consecuencias de la depresión y ansiedad?