

Salud Mental:

Perspectivas y desafíos para
la construcción de otros mundos posibles

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

Relación entre Datos Sociodemográficos y Factores de Vulnerabilidad Psicológica con Niveles de Ansiedad y Depresión en Estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle sede Meléndez

Heidy Yuliza Alvarez, Julián Andrés Mutis, Stefany Talero Rivera

Director: Pedro E. Rodríguez, PhD

Universidad del Valle

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad del Valle, a mi familia presente y la que está en el cielo, a mis amigos que también han sido como familia y a las personas que con palabras de aliento y apoyo me ayudaron a llegar hasta este punto, que es solo el primero. También extendo mi agradecimiento a nuestro director, quien ha confiado y guiado en nuestro proceso.

- Heidi Alvarez

Con profundo afecto, expreso mi gratitud hacia mi familia, Santo González, Nadia Marcela, Johan Mutis y Milú, por su incommensurable apoyo en este proceso de autodescubrimiento y profesionalización; agradezco a mi amistad en la perdurabilidad, Vanessa Ángel, y a la psicóloga Claudia Rueda por su acompañamiento desinteresado en los desencuentros de la vida, durante mi crecimiento personal y académico.

- Andrés Mutis

Quiero agradecer a Dios por permitir cumplir esta meta, a mi familia por ser un pilar, en especial a mi pareja que me ha acompañado y apoyado en todo el proceso, a mi hija por ser una inspiración. Y a mis compañeros por hacer parte fundamental para obtener este logro.

- Stefany Talero

Resumen

Este trabajo se centró en analizar cómo los factores sociodemográficos y la vulnerabilidad psicológica afectan los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de 332 estudiantes de la Universidad del Valle, en la ciudad de Cali, Colombia. Este estudio está guiado por la necesidad de mejorar la salud mental en el contexto universitario. Su objetivo general fue identificar la relación existente entre ansiedad y depresión respecto a los factores sociodemográficos y de vulnerabilidad psicológica en los estudiantes. Entre los objetivos específicos se destacan la descripción de las características sociodemográficas y de vulnerabilidad en los participantes, la identificación de los niveles de ansiedad y depresión y el establecimiento de factores predictivos entre las variables mencionadas. El enfoque del estudio es cuantitativo, utilizando encuestas y escalas estandarizadas para recolectar datos. La investigación incluye un análisis descriptivo, factorial y de correlaciones y regresiones, permitiendo así una comprensión profunda de cómo las variables sociodemográficas y los factores de vulnerabilidad psicológica se relacionan con la ansiedad y depresión en los estudiantes. Además, se tuvieron consideraciones éticas durante el desarrollo del estudio para garantizar la protección de los participantes. Los resultados obtenidos indicaron que hay una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión y diferentes variables como el estrato socioeconómico y el apoyo social. Los hallazgos resaltan que los estudiantes de ingeniería, que enfrentan exigencias académicas elevadas, están en riesgo de desarrollar trastornos mentales. El estudio subraya la importancia del apoyo familiar y de pares en la mitigación de síntomas de ansiedad y depresión. Por otro lado, factores como experiencias de abuso o pérdidas recientes incrementan la vulnerabilidad de los estudiantes. Se concluye que es fundamental desarrollar intervenciones específicas que aborden la salud mental de los estudiantes desde una perspectiva integral. Además, se hace un llamado para realizar más investigaciones en esta área, enfatizando la necesidad de comprender los factores que afectan el bienestar mental de los estudiantes. Estos descubrimientos son cruciales para la formulación de políticas institucionales que fomenten un entorno académico más saludable y aseguren que se reconozcan las necesidades y desafíos específicos de esta población estudiantil. De esta manera, el estudio contribuye no solo a la comprensión de la salud mental en contextos universitarios, sino también a la

creación de estrategias efectivas para promover el bienestar psicológico de los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle.

Introducción

En el discurso público, la salud mental ha cobrado gran relevancia en los últimos años, no solo como un componente esencial del bienestar individual, sino también como un derecho fundamental para todas las personas, independientemente de sus condiciones sociodemográficas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Este creciente reconocimiento ha llevado a que la noción de salud mental se posicione como una categoría común en el orden discursivo, facilitando un proceso de visibilización de sus diversas aristas, limitaciones y retos.

En la agenda académica y social, se han abordado múltiples enfoques para entender la salud mental, destacándose la importancia de estudiar la relación entre los factores de vulnerabilidad y riesgo psicosocial con condiciones considerables como la depresión y la ansiedad. Estas condiciones no solo se presentan como síntomas, sino que también constituyen diagnósticos formales en diversos contextos de salud mental (Vargas, 2021). La comprensión de estas relaciones es crucial, ya que la identificación de factores predictores asociados a los trastornos de depresión y ansiedad podría mejorar las estrategias de promoción y prevención en salud mental.

Este trabajo se enfoca en explorar la relación entre los factores sociodemográficos y los niveles de vulnerabilidad, depresión y ansiedad, con el objetivo de identificar posibles predictores de estos trastornos. La identificación de estos predictores es de gran relevancia, pues permite la elaboración de programas de intervención más efectivos y personalizados, así como el desarrollo de políticas institucionales que aborden de manera integral las necesidades de diferentes comunidades y grupos (Pinilla, López y Sánchez, 2020).

El contexto específico de este estudio se centra en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, estudiantes que en una gran proporción pertenecen al sur occidente colombiano, que llegan a un encuentro común en esta institución. Esta población particular presenta características sociodemográficas y estresores específicos asociados a su trayectoria académica, y contextos individuales, lo cual la convierte en un grupo de especial interés para la investigación. Los estudiantes de ingeniería, debido a la naturaleza demandante de su formación y las presiones académicas y sociales que enfrentan, pueden experimentar niveles significativos de ansiedad y depresión, así como una mayor vulnerabilidad psicosocial Carlessi (2021).

La evaluación de factores de vulnerabilidad asociados a los contextos académicos y sociales es esencial para entender mejor las dinámicas que afectan la salud mental de los estudiantes universitarios. Factores como la presión académica, la competitividad, la carga de trabajo y las expectativas de rendimiento pueden contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. Además, el apoyo percibido por parte de su red familiar, las relaciones interpersonales de cada uno, la falta de recursos adecuados, tanto en términos de apoyo emocional como de servicios de salud mental accesibles, puede agravar estos problemas, impidiendo que los estudiantes busquen y reciban la ayuda necesaria.

Al abordar esta relación en el contexto de los estudiantes de ingeniería, se espera recolectar información valiosa que contribuya a la proyección de creación de programas de intervención específicos y al desarrollo de políticas institucionales que promuevan la salud mental en este grupo poblacional. Además, este estudio podría ofrecer un modelo replicable para otras facultades y universidades, permitiendo así una mayor comprensión y abordaje de los factores que influyen en la salud mental de los estudiantes en general.

Planteamiento del Problema

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad y la depresión son trastornos mentales comunes que afectan significativamente la calidad de vida de los individuos y pueden interferir con su capacidad para funcionar adecuadamente en diferentes áreas de la vida, incluyendo el ámbito académico. Aproximadamente el 3,8% de la población experimenta depresión, lo que incluye al 5% de los adultos (4% de los hombres y un 6% de las mujeres), así como al 5,7% de los adultos mayores de 60 años. De esta forma, alrededor de 280 millones de personas en el mundo padecen depresión (World Health Organization: WHO, 2023). Así mismo, se estima que un 4% de la población mundial presenta un trastorno de ansiedad; en el 2019, se identificó que 301 millones de personas padecían un trastorno de este tipo, lo cual lo posiciona como uno de los trastornos mentales más frecuentes (OMS).

Diversos estudios han demostrado que los factores sociodemográficos y las situaciones de vulnerabilidad están estrechamente relacionados con el desarrollo y la exacerbación de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión. Variables como el género, la edad, el nivel socioeconómico y el contexto cultural desempeñan un papel crucial en la prevalencia y manifestación de estos trastornos (Arévalo et al., 2019; Arrieta et al.,

2014; Polujanski et al., 2023; Vargas, 2021; Yamaguchi et al., 2022). Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres tienden a reportar niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con los hombres, lo cual puede estar influenciado por una combinación de factores biológicos, sociales y culturales (Albert, 2015). Asimismo, los individuos provenientes de entornos socioeconómicos más bajos suelen enfrentar mayores obstáculos para acceder a servicios de salud mental, lo que puede agravar sus síntomas y dificultar la recuperación (Sareen et al., 2011).

En este sentido, la investigación sobre la relación entre los factores sociodemográficos y los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios es de suma importancia. Comprender cómo estos factores influyen en la salud mental de los estudiantes puede proporcionar información valiosa para desarrollar intervenciones más efectivas y políticas educativas y de salud pública que aborden de manera integral las necesidades de este grupo vulnerable. Ante este panorama, surge la siguiente pregunta de investigación:

“¿Cuál es la relación entre ansiedad, depresión, vulnerabilidad y factores sociodemográficos en estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez?”

Este estudio se propone investigar y analizar detalladamente estas relaciones con el objetivo de identificar patrones y predictores que puedan guiar la creación de programas de intervención más personalizados y efectivos. Además, busca contribuir al desarrollo de políticas institucionales que promuevan un entorno académico más saludable y resiliente para los estudiantes, reconociendo y abordando sus diversas necesidades y desafíos.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Identificar la relación existente entre ansiedad y depresión respecto a factores sociodemográficos y factores de vulnerabilidad psicológica en estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y de vulnerabilidad psicológica en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.
2. Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.
3. Establecer la relación entre depresión, ansiedad, vulnerabilidad y factores sociodemográficos en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.
4. Establecer la existencia de factores predictivos entre las variables vulnerabilidad, factores sociodemográficos y la ansiedad y depresión en estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.

Justificación

La elección de investigar la relación entre los factores sociodemográficos, la vulnerabilidad, los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle sede Meléndez, se fundamenta en varias razones de peso.

La primera consideración es que la identificación de predictores específicos de ansiedad y depresión en contextos universitarios puede proporcionar reflexiones valiosas para el desarrollo de programas de intervención y prevención. Dado que los trastornos mentales pueden afectar el rendimiento académico y la calidad de vida de los estudiantes, comprender los factores que los exacerban es crucial para diseñar estrategias de apoyo efectivas. La literatura existente sugiere que intervenciones tempranas y bien diseñadas pueden reducir significativamente los síntomas y mejorar el bienestar general de los estudiantes, promoviendo su éxito académico y personal.

La razón del enfoque en estudiantes de ingeniería responde a la necesidad de abordar las particularidades de esta población, que enfrenta desafíos académicos particulares y altos niveles de estrés. Estudios previos han demostrado que los programas de ingeniería son particularmente exigentes, lo que puede contribuir a niveles elevados de ansiedad y depresión. Además, los estudiantes de ingeniería pueden experimentar

presión adicional debido a las expectativas de excelencia académica y profesional tanto de sus familias como de la sociedad. Este estudio busca agregar información en la literatura al proporcionar datos específicos sobre esta población.

Los resultados obtenidos en este trabajo de grado pueden informar la creación de políticas y programas institucionales que promuevan la salud mental de los estudiantes, contribuyendo a un entorno educativo más saludable y productivo. La implementación de programas de apoyo basados en evidencia puede no solo mejorar el bienestar de los estudiantes, sino también aumentar las tasas de retención y éxito académico.

Finalmente, la salud mental es un derecho fundamental y un componente esencial del bienestar general. Abordar los problemas de salud mental en el ámbito académico no solo beneficia a los individuos afectados, sino que también tiene un impacto positivo en la comunidad educativa y en la sociedad en general. Promover la salud mental de los estudiantes contribuye a formar profesionales más resilientes y preparados para enfrentar los desafíos del mundo laboral y personal.

Esta investigación no solo tiene el potencial de comenzar a hablar sobre la importancia de la salud mental de los estudiantes de ingeniería de la Universidad del Valle, sino que también puede proporcionar una base sólida para futuras investigaciones y políticas que beneficien a estudiantes universitarios en un contexto más amplio. La comprensión profunda de los factores que influyen en la ansiedad y la depresión es un paso crucial hacia la creación de un entorno educativo más inclusivo y saludable.

Marco Teórico

A continuación, se expondrán elementos cruciales relacionados con las variables centrales de interés en este estudio. Este análisis tiene como objetivo una comprensión más completa de cada uno de los factores. En primer lugar, se llevará a cabo una presentación de la variable datos sociodemográficos, seguido de una delimitación de las variables principales de la investigación; Vulnerabilidad, depresión y ansiedad. Y una breve descripción de las pruebas que se van a utilizar en la investigación para determinar niveles vulnerabilidad (test de vulnerabilidad al estrés de Miller y Smith), de depresión, (cuestionario de Beck II) y de ansiedad (prueba STAI).

Variables Sociodemográficas

De acuerdo con de Tejada (2012), las variables sociodemográficas refieren a: Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomados, hacerse proyecciones y predicciones que invitan a la reflexión del investigador y a la búsqueda de posibles soluciones. (p. 248)

En el caso del presente trabajo, las variables sociodemográficas que se considerarán son el semestre, la edad, el género, el estrato socioeconómico, con quien vive, si tiene padres separados, si reporta consumo de sustancias, relación de pareja, creencia en ser superior, reporte de situaciones de abuso o violencia, percepción de apoyo familiar, apoyo de pares, pérdida reciente y la proximidad geográfica al lugar de residencia familiar durante el período de estudios en estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.

Así mismo, a partir de la relación entre las variables sociodemográficas, vulnerabilidad y depresión y ansiedad, se buscarán establecer factores predictivos.

Vulnerabilidad Psicológica

El término vulnerabilidad psicológica se ha abordado desde diferentes enfoques y disciplinas que adaptan su desarrollo y contenido según sus objetivos planteados (García, 2015). De esta manera, tal concepto se ha estudiado desde enfoques como el cognitivo-conductual y el psicosocial.

Inicialmente, desde el enfoque cognitivo-conductual, la vulnerabilidad psicológica se abordó para estudiar la depresión y posteriormente, otros trastornos psicológicos; por lo cual, la vulnerabilidad fue definida como aquellos factores que coadyuvan en la aparición y mantenimiento de los trastornos psicológicos, lo cual hace al individuo más susceptible a desarrollarlos (Cuesta y Villacob, 2018). La vulnerabilidad incluye aspectos de orden psicológico, social y biológico que predisponen a la persona a diversas patologías (Riso, 2009). Así mismo, Ingram et al. (1998) mencionan que para que la vulnerabilidad predisponga el desarrollo de trastornos psicológicos es necesario la presencia de un evento estresante o factor precipitante que active tal vulnerabilidad. Cabe aclarar que la vulnerabilidad no es el único factor que lleva a que determinadas patologías se presenten.

Para abarcar las características y factores que conducen a que determinadas personas sean más susceptibles a que su vulnerabilidad sea activada, se empleó el término vulnerabilidad cognitiva, el cual ha sido definido como:

Una predisposición cognitiva conformada por un sistema de creencias o contenidos esquemáticos acerca de sí mismo y del mundo, que el individuo ha desarrollado a lo largo de su vida y que pueden mantenerse inactivos por un tiempo. Este sistema de creencias que el individuo desarrolló, al ser disfuncionales, se constituyen en la base sobre la cual los trastornos psicológicos aparecen. (Cuesta y Villacob, 2018, pp.75-76)

Se debe resaltar que la vulnerabilidad influye en la aparición de trastornos psicológicos, si se presentan eventos estresantes que guarden correlación informacional con la creencia o esquema; así, dependiendo de qué tan fuerte sea la relación entre los estresores y el contenido esquemático se activará la vulnerabilidad cognitiva (Riso, 2009).

Por otra parte, la vulnerabilidad psicológica ha sido estudiada desde un enfoque psicosocial que se refiere a esta como:

Las características intrínsecas del funcionamiento socio-cognitivo de los individuos o grupos sociales que les permiten identificar y evaluar los riesgos; así mismo, esta organización sociocognitiva, regula la posibilidad de ser afectados ante la ocurrencia de un evento peligroso, y a su vez, determina la capacidad que ellos mismos reconocen tener para anticipar, preparar y recuperarse de las consecuencias de dicho evento. (Zapa-Pérez et al., 2017, p. 94).

De igual forma, es posible identificar que un patrón común respecto a la vulnerabilidad psicosocial consiste en estudiarla con relación a una amenaza. En este sentido, se define como: “Las características y las circunstancias de una persona, comunidad o sistema que los hacen susceptibles a los efectos perjudiciales de una amenaza” (Quezada, 2018).

Partiendo de lo anterior, se observa que la definición de vulnerabilidad psicosocial se formula, a partir de determinadas características. Así, Rodríguez (2001) la define como una serie de características no idiosincráticas que suscitan debilidad o problemas en el desempeño y la movilidad social de los actores, los cuales pueden ser personas, hogares o comunidades; además, tal vulnerabilidad puede dificultar los procesos de

adaptación de los actores a los escenarios sociales cambiantes (como se citó en Estevez, 2011).

De igual modo, la vulnerabilidad psicosocial implica dimensiones individuales, microsociales y macrosociales que cuentan con diversos factores intervinientes. Entre tales factores se reconocen los siguientes: por una parte, se encuentran los factores objetivos que incluyen aspectos económicos, sociodemográficos, sociopolíticos, institucionales, entre otros, que pueden ser transformados en variables con la finalidad de medir la vulnerabilidad psicosocial; por otra parte, los factores subjetivos parten de diferentes aspectos como la percepción de las personas y comunidades respecto a sus vínculos sociales y calidad de vida, las expectativas sobre su movilidad social, las posibilidades de las que disponen y la efectividad de sus estrategias de afrontamiento (Estevez, 2011).

Respecto a otras consideraciones sobre el término vulnerabilidad psicológica, se puede mencionar que también se ha estudiado con relación al estrés. De esta forma, en el presente trabajo se abordará la vulnerabilidad al estrés, partiendo del hecho de que existen: factores sociales y personales que aumentan la posibilidad de que un individuo desarrolle determinadas problemáticas de salud física o mental (Martínez et al., 2009). De igual manera, Pandinha (1996) afirma que la vulnerabilidad incluye variables personales como el estilo de vida y factores sociales como el apoyo social que conducen a que un individuo sea más propenso a presentar un problema específico con respecto a la demás población; en este caso, ser más propenso a desarrollar síntomas asociados al estrés (como se citó en Martínez et al., 2009). Cabe aclarar que tales síntomas pueden desencadenar, a su vez, sintomatología ansiosa y/o depresiva.

En cuanto a los factores sociales, se puede afirmar que la falta de apoyo social y relaciones significativas puede llevar a un aumento de la vulnerabilidad al estrés. En este orden de ideas, se identificó que los individuos con una percepción menor sobre el apoyo social presentan una mayor predisposición para desarrollar trastornos emocionales y físicos, cuando experimentan estrés (Barra, 2004). Por otra parte, respecto a los factores personales, se puede mencionar que ciertas actividades en el estilo de vida pueden influir en la vulnerabilidad al estrés, como lo son el déficit de sueño, el sedentarismo, el exceso de cafeína y el consumo de alcohol o nicotina (Handra et al., 2018). Finalmente, es relevante mencionar que la presencia de situaciones de estrés y la manera en las que se afrontan, se asocian con problemas a nivel académico, emocional y comportamental (Suldo y Huebner, 2004).

Depresión

En el campo de la psicología, los trastornos del estado de ánimo han sido objeto de estudio durante siglos, transitando por los diferentes paradigmas y formas de explicación de este fenómeno (Bourin, 2020). Uno de los trastornos del ánimo más estudiados ha sido la depresión, que adopta su significado contemporáneo en el siglo XIX, sin embargo, no es un trastorno moderno, ya que históricamente sus síntomas han sido descritos por pensadores como Hipócrates y Aristóteles (Bourin, 2020, como se citó en Valencia y Calderón, 2023).

La depresión, al considerarse como uno de los mayores trastornos en la salud mental, a su vez ha abierto el desarrollo de terapias enfocadas en este fenómeno, así como la concientización de la población en general sobre la importancia de la salud mental (Goldberg, 2011).

Para estudiar este fenómeno, se han propuesto diferentes conceptualizaciones desde enfoques como el cognitivo-conductual, el psicoanalítico y el interpersonal. De igual modo, se han llevado a cabo investigaciones relacionadas con los factores biológicos que pueden influir en la depresión.

Desde el enfoque cognitivo conductual, se atribuye la depresión a una serie de pensamientos negativos sobre el sí mismo y el mundo que pueden activarse en diversas situaciones (Carrasco, 2017). Tales pensamientos e interpretaciones dependen de los esquemas cognitivos que no solo constituyen elementos básicos de la personalidad, sino que también conllevan a que las personas seleccionen la información que confirmen dichos esquemas (Zvelc, 2009). De esta manera, se genera una tríada cognitiva en las personas con depresión, la cual consiste en un esquema caracterizado por una visión negativa de sí mismo, el entorno y el futuro (Robayo, 2022). Por tanto, desde el enfoque cognitivo-conductual se busca cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo y promueven la reestructuración de esquemas distorsionados.

Respecto al componente conductual, se plantea que: “Estresores vitales pueden alterar los patrones de reforzamiento conductual normales” (Davidson, Rieckman y Lespérance, 2004, como se citó en Carrasco, 2017, p. 183). Además, la depresión puede ser resultado de la carencia de refuerzo o la falta reciprocidad entre conducta y refuerzo (Pesantes et al., 2019).

Por otro lado, desde el psicoanálisis, se han planteado diferentes explicaciones para los fenómenos depresivos. Entre estas, se menciona que las carencias tempranas, las experiencias traumáticas en la infancia e interferencias en las relaciones de apego, se encuentran relacionadas con diferentes manifestaciones de la depresión (Carrasco, 2017).

Sumado a lo anterior, Freud intenta explicar los fenómenos melancólicos, denominados actualmente como depresivos, ubicando su psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo (Muñoz, 2009). Así mismo, Freud (1917) comprende estos fenómenos como una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista.

De igual forma, la depresión ha sido considerada como una patología con características similares a las del duelo, definiéndose de la siguiente manera:

Una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (Freud, 1917).

En este orden de ideas, se diferencia del duelo, ya que en este no se encuentra perturbado el sentimiento de sí, pues en la depresión se reconoce un empobrecimiento del yo o una rebaja en el sentimiento yoico (Guido y Sarudiansky, 2011).

En cuanto al modelo interpersonal sobre la depresión, se parte de planteamientos provenientes de la escuela de psiquiatría interpersonal, de la teoría de los roles sociales y el apego (Davidson, Rieckman y Lespérance, 2004). A partir de tales fundamentos, se establece que eventos en la infancia influyen en el subsecuente trastorno, sin embargo, no se desestima la influencia de sucesos posteriores.

En este sentido, sucesos de carácter perturbador conllevan a que personas vulnerables desarrollen este trastorno de forma más precipitada, estableciéndose una asociación entre la vulnerabilidad interpersonal y la depresión, la cual puede suscitar fatiga y retraimiento social (Hollon, Thase y Markowitz, 2002).

Aunado a lo previamente expuesto, se ha identificado que familias en las cuales se encuentra un miembro con depresión tienden a caracterizarse por dificultades en el apoyo social, comunicación, apego y convivencia, además, los déficits en las relaciones

sociales, la pérdida temprana de uno de los padres, el desempleo y el estrato socioeconómico son factores de riesgo para la depresión (Carrasco, 2017).

En cuanto a modelos explicativos de carácter biológicos, se han encontrado alteraciones en neurotransmisores, hormonas, citoquinas y en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, presentándose así modificaciones en el sistema nervioso y endocrino (Ramírez et al., 2018). Igualmente, se han evidenciado afectaciones en el sistema inmunológico, puesto que se identificó una reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica; además, alteraciones hipotalámicas conducen a una secreción excesiva de corticotropina que, a su vez, aumenta la secreción de cortisol (Montes, 2004).

Así mismo, la disfunción de la corteza prefrontal influye en la depresión, dado que esta se encuentra asociada con la regulación emocional y funciones cognitivas como el razonamiento y la toma de decisiones; del mismo modo, se ha demostrado que en personas con depresión se puede presentar una disminución de monoaminas como la serotonina, noradrenalina y dopamina (Hernández et al., 2016).

Se considera también que la depresión resulta de la combinación de elementos genéticos, que representan entre un 31-42% del riesgo, y factores ambientales que constituyen un 58-67%, siendo un gen de interés el del transportador de serotonina; se reconoce que distintos subtipos de depresión tienen asociaciones con alteraciones específicas, y las experiencias traumáticas en la infancia pueden incrementar la probabilidad de sufrir depresión en personas particularmente vulnerables (Risch, et. al, 2009).

Por otro lado, en cuanto a las conceptualizaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una alteración persistente en el humor. Según su temporalidad y origen sintomático, la depresión se clasifica en diferentes categorías, siendo las principales el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos bipolares. Por ejemplo, en el trastorno de depresión mayor, cinco o más de los síntomas se han presentado durante el mismo periodo de dos semanas, mientras que para diagnosticar un trastorno depresivo persistente (distimia) los síntomas deben presentarse por lo mínimo 2 años (DSM-5, 2014).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023) se refiere a la depresión como “un estado de ánimo deprimido o la

pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo”. En este sentido, se infiere que un episodio es determinado como depresivo cuando presenta una duración prolongada y los sentimientos destacados son la pérdida de interés o del disfrute. Principalmente, se vincula con una alteración primaria de las emociones caracterizada por el deterioro funcional, la inhibición y el menoscabo emocional (Berrios, 2008). Actualmente, ha sido crucial el reconocimiento de que los sentimientos de tristeza son parte intrínseca de las experiencias humanas y pueden surgir como respuestas normales frente al duelo y la pérdida (Botto et al., 2014) y no se consideran como depresivos, a menos que cumplan con los criterios mencionados anteriormente.

Durante varios años en el estudio de la psicología, se ha abierto la discusión sobre el hecho de que considerar a todos los diagnosticados con depresión mayor bajo un mismo criterio del DSM como equivalentes, es simplista. La realidad muestra una diversidad en las causas y manifestaciones de la depresión, incluyendo respuestas naturales al estrés, trastornos endocrinos, reacciones a medicamentos y distintas formas de este trastorno como la depresión bipolar; también existen variaciones como la depresión melancólica, atípica, psicótica, agitada y retardada, cada una requiriendo enfoques de tratamiento específicos (Goldberg, 2011).

Las personas con padecimiento de depresión pueden presentar síntomas a cualquier edad; por lo que, a raíz de esto, se han realizado diferentes estudios con grandes grupos de edad que han proporcionado más información al respecto. Se ha encontrado que algunos signos distintivos de la depresión que pueden manifestarse en niños preadolescentes incluyen irritabilidad, ansiedad, dificultades conductuales, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), dolencias físicas sin causa aparente, mientras que en los adolescentes se observa una mayor irritabilidad, exceso de sueño, incremento del apetito acompañado de subida de peso, dolencias físicas sin causa aparente y una sensibilidad exacerbada al rechazo (Vargas, 2021). Uno de los grupos de edad con mayor interés en los últimos años han sido los estudiantes universitarios, en la edad de adultez joven; se ha identificado que se encuentran expuestos a situaciones que aumentan su predisposición a padecimientos depresivos como el tipo de actividad laboral, grupo familiar, la calidad de sueño, pésimo estado físico y la mala alimentación; por otro lado, también se encuentran, los factores psicóticos o neuróticos como la disfuncionalidad o problemas familiares; problemas psicológicos; de estado mental y sentido de vida con negatividad; problemas de espiritualidad en la personalidad; así como problemas en las relaciones amorosas (Vargas, 2021).

Por lo anterior, se reconoce la influencia de diversos factores en el desarrollo de la depresión como los biológicos, comportamentales, socioeconómicos y ambientales. También los factores de riesgo clínicos, culturales y socioeconómicos pueden obstaculizar el cuidado de las personas con depresión, al afectar la carga de trabajo, es decir, al generarse desequilibrios entre las demandas de la vida cotidiana como el autocuidado, y la capacidad para responder a dichas demandas, lo cual involucra sus recursos y limitaciones (Pallás, 2023).

Al considerar los diferentes factores que influyen en la depresión, se han propuesto tratamientos tanto farmacológicos, como psicoterapéuticos. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) se deben considerar las características del cuadro depresivo para decidir si se inicia un tratamiento farmacológico. Tal tratamiento abarca diferentes antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que han demostrado eficacia, debido a su influencia en neurotransmisores como la serotonina; por tanto, las guías de prácticas clínicas recomiendan principalmente fármacos como la fluoxetina o sertralina en el tratamiento del trastorno depresivo mayor (Vergel, 2021).

En relación con la psicoterapia, esta ha demostrado ser eficaz en el manejo de los síntomas depresivos, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual ha presentado evidencia positiva tanto para los trastornos depresivos, como para los trastornos de ansiedad de leves a moderados (Vergel y Barrera, 2021). No obstante, en ensayos aleatorios controlados también se ha observado la eficacia de terapias psicodinámicas en diferentes poblaciones con depresión (Shedler, 2010). Se debe agregar que también se evidenciaron los efectos positivos de un tratamiento combinado entre la farmacoterapia y la psicoterapia (Rush et al. 2006).

Una vez trazado el recorrido en cuanto a los factores y modelos explicativos de la depresión, se puede afirmar que esta puede conceptualizarse de diferentes maneras y relacionarse con múltiples precipitantes. En este orden de ideas, de acuerdo con Pallás (2023) la depresión:

Puede ser un diagnóstico psiquiátrico en base a criterios DSM/CIE; puede ser una reacción de duelo ante una pérdida; una consecuencia de una forma pesimista de ver la vida (personalidad depresiva) o un estado subyacente que se manifiesta a modo de debilidad, falta de energía, insomnio, dolor de espalda o de cabeza. (p.4)

La manera en la que se define la depresión para el desarrollo de este trabajo de investigación, se relaciona con las concepciones actuales, es decir, un estado de ánimo donde se presentan síntomas que se han mencionado anteriormente, como lo son la pérdida persistente de placer e interés en las actividades, el menoscabo emocional y sentimientos frecuentes de tristeza, culpa e inutilidad, así mismo, las duraciones de tales síntomas se prolongan de tal manera que afectan a la persona en su vida cotidiana y formas de relacionarse.

Además, se reconoce a la evaluación como una herramienta que puede permitir la obtención de información para la promoción, prevención y tratamiento de esta. Una de las formas en las que actualmente se evalúa la depresión en una persona, es mediante el uso de pruebas psicométricas que han sido diseñadas con este objetivo; algunas de las más utilizadas son: Brief Patient Health Questionnaire y preguntas de Whooley, Montgomery Asberg Depression Rating Scale y Beck Depression Inventory (Muñiz, et al. 2010) que proporcionan información crucial para identificar los síntomas de la depresión y plantear un tratamiento para este trastorno. Así mismo, mediante la entrevista clínica, que parte de la escucha activa a la persona, también se pueden reconocer tales síntomas. Para el desarrollo de este trabajo, se utilizará el cuestionario BECK II, sin embargo, se debe aclarar que la información proporcionada por las pruebas no debe ser el único criterio para establecer un diagnóstico.

Ansiedad

Desde las primeras décadas del siglo XX, la ansiedad ha cobrado relevancia en la literatura psicológica, ya que se considera una respuesta emocional paradigmática que ha permitido ahondar en las investigaciones respecto a las emociones; además, la ansiedad puede definirse como un estado psicológico que acompaña a gran parte de la existencia humana, pues es posible que todas las personas la experimenten, aunque sea moderadamente (Sierra et al., 2003).

Por tanto, se ha rastreado su origen, el cual se localiza en la palabra en latín *anxietas*, que a su vez proviene del indoeuropeo *angh*; de acuerdo con Pichot (como se citó en Sarudiansky, 2013) se puede encontrar esta palabra en textos de autores clásicos como Cicerón o Virgilio, en los cuales se refieren a esta como una constricción o angostamiento; estas primeras definiciones del concepto han trascendido hasta la actualidad. En concordancia con lo anterior, según el diccionario de la Real Academia

Española, la palabra ansiedad no solo proviene del latín *anxietas*, sino que también hace referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Posteriormente, en el año 1985, los psicólogos norteamericanos Hussain Tuma y Jack Maser indicaron que la década de los 80 podría considerarse como la década de la ansiedad, ya que esta obtiene gran relevancia, permaneciendo de este modo hasta la actualidad (Sierra et al., 2003).

Sumado a lo anterior, se han desarrollado diversas conceptualizaciones de la ansiedad desde enfoques como el psicoanalítico y el cognitivo-conductual, además, se han propuesto explicaciones de carácter biológico.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, se establece una diferenciación entre la ansiedad normal que se presenta como una respuesta adaptativa ante una situación real de peligro y la ansiedad patológica que se relaciona con miedos imaginarios (Moreno, 2008). En este último tipo, el tratamiento se orienta a reducir sus componentes, los cuales abarcan reacciones fisiológicas, pensamientos automáticos y conductas de evitación que interactúan entre sí y se refuerzan mutuamente, lo que conlleva al mantenimiento de los síntomas de este trastorno (Pinto, 2014).

Desde el componente cognitivo, se menciona que las experiencias emocionales dependen de la interpretación de los acontecimientos y las circunstancias alrededor de tales experiencias; por lo cual, los trastornos de ansiedad se asocian con distorsiones cognitivas con sesgos negativos, que se caracterizan por patrones de pensamientos que conducen a interpretaciones excesivamente negativas (Curtiss et al., 2021). Entre estos patrones, se identifican inferencias arbitrarias, sobregeneralizaciones, pensamientos catastróficos y razonamientos emocionales (Pinto, 2014). Respecto al componente conductual, se basan en teorías del aprendizaje para explicar que la evitación continua de los estímulos temidos contribuye a mantener una ansiedad prolongada (García, Bados y Saldaña, 2012).

Por tanto, en este enfoque se intentan generar pensamientos más adaptativos y realistas, mediante la identificación de pensamientos sesgados y la reestructuración cognitiva. De igual modo, a través de ejercicios de exposición a situaciones ansiógenas, se busca que la persona reconozca que es menos probable que la situación se relacione con resultados negativos y se refuerzan experiencias de seguridad (Curtiss et al., 2021).

En el enfoque psicoanalítico se menciona que existen ansiedades conscientes e inconscientes; para el primer caso se aborda la ansiedad manifestada por la persona, mientras que, en el segundo, se intenta descubrir la ansiedad latente detrás del síntoma (Pinto, 2014). En este orden de ideas, se parte del supuesto de que la ansiedad puede surgir a causa de: “Un conflicto psíquico entre un impulso inaceptable que está intentando adquirir representación consciente y liberarse, provocando en el Yo la adopción de medidas defensivas contra las presiones que proceden del Ello” (Ceccon, 2020, p. 4).

Así mismo, Freud (como se citó en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) se refirió a la ansiedad como un estado afectivo desagradable que se caracteriza por pensamientos molestos, cambios fisiológicos, aprensiones y sentimientos desagradables asociados a una activación automática, lo que permite reconocer elementos tanto fisiológicos, como subjetivos, siendo estos últimos los predominantes en el malestar propio de la ansiedad. No obstante, también se reconoce un componente adaptativo cuando actúa como una señal ante el peligro para afrontar la amenaza.

Freud (como se citó en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) también establece la siguiente caracterización sobre la ansiedad: primero, la ansiedad real que se presenta en la interacción entre el Yo y el mundo externo, como una advertencia ante el peligro real; segundo, la ansiedad neurótica que refiere a una señal de peligro, cuyo origen se localiza en los impulsos reprimidos, por lo tanto, no se reconoce específicamente el origen de este, dado que el recuerdo del castigo o evento traumático se encuentra bajo efectos de la represión; de esta manera, el peligro se relaciona con el castigo que se presentaría si se expresan los impulsos reprimidos; tercero, la ansiedad moral que se asocia con la vergüenza, producto de que el Superyó amenaza al individuo con la posibilidad de que el Yo no pueda controlar los impulsos.

Por otra parte, desde teorías psicológicas de la personalidad se parte de la ansiedad como un rasgo y un estado: en cuanto a un rasgo refiere a una tendencia a reaccionar de una manera ansiosa, dicho de otra forma, se suele presentar una interpretación de los sucesos como amenazantes y, por tanto, se responde con síntomas característicos de la ansiedad; si bien esta tendencia se relaciona con una personalidad neurótica, este rasgo puede manifestarse de diferentes maneras por la influencia de factores aprendidos y biológicos; respecto a la ansiedad como estado refiere a una fase emocional variable y transitoria en cuanto a su duración e intensidad, sin embargo, una persona puede experimentarla de una forma patológica en la cual predominan activaciones automáticas y fisiológicas, además, la intensidad de la emoción puede

incrementarse si se interpreta un evento como amenazante, aunque este no constituya un peligro real (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Sobre los factores biológicos que intervienen en la ansiedad, existe evidencia respecto a las particularidades en la estructura cerebral de personas con trastornos de ansiedad como, por ejemplo, la reducción en la sustancia blanca y la tasa metabólica en los ganglios basales; las alteraciones electroencefalográficas; y un umbral más bajo en la activación del sistema límbico-hipotalámico (Sadock y Ruíz, 2015). Igualmente, ya que el hipocampo interpreta el potencial amenazante asociándolo con eventos pasados, puede suscitar respuestas ansiosas (Herlyn, 2010).

Así mismo, las proyecciones de los Núcleos del Rafe hacia la amígdala influyen en la regulación de la ansiedad (Nutt et al., 2002). Se han realizado múltiples estudios que sustentan la función de la amígdala como coordinadora de las respuestas asociadas a la expresión de la ansiedad, ya que cuando esta transmite estímulos al hipotálamo, se activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo cual aumenta la liberación de cortisol que, a su vez, incrementa la frecuencia cardíaca y la presión arterial (Herlyn, 2010). Además, se ha observado que personas con trastornos de ansiedad presentan alteraciones en el fascículo uncinado que son producto del aumento desmedido de la actividad de la amígdala y la disminución en la actividad de la corteza órbita-frontal, conllevando a un exceso de cortisol circulante (Escudero, 2015). Por lo anterior, se identificó que personas con trastornos de ansiedad pueden presentar un mayor tamaño en la amígdala (Villegas et al., 2015).

Es relevante mencionar que los factores genéticos también intervienen en el desarrollo de los circuitos cerebrales asociados con la ansiedad (Hettema, Neale y Kendler, 2001). Aunque se debe aclarar que las experiencias tempranas afectan la expresión fenotípica de los genes de riesgo para dichos trastornos; entre tales experiencias se pueden destacar la pérdida o separación de los padres, los traumas y estilos de apegos ansiosos (Garay, 2019). Igualmente, se ha encontrado una asociación entre alteraciones genéticas en el sistema de neurotransmisión serotoninérgica y dimensiones de la personalidad caracterizadas por la preocupación anticipatoria o miedo a la incertidumbre (Vormfelde et al., 2006).

Es importante señalar que otros factores, aparte de los biológicos, también influyen en la expresión de la ansiedad, entre ellos, los de carácter psicosocial, traumáticos y de aprendizaje. En este sentido, estresores de carácter psicosocial como los interpersonales, laborales y socioeconómicos pueden actuar como agravantes o

precipitantes de tales trastornos; aunado a esto, enfrentar eventos con potencial traumático como accidentes graves, desastres y torturas pueden generar alteraciones biológicas que se asocian con los síntomas de la ansiedad (Orozco y Vargas, 2012).

Adicionalmente, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), se describen diferentes tipos de ansiedad como, por ejemplo, el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, entre otros. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad excesiva que dura más de lo que no se tiene durante mínimo seis meses; en consecuencia, al individuo se le dificulta controlar la preocupación y puede presentar síntomas como inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que alrededor del 4% de la población mundial padece un trastorno de ansiedad. Aunque cualquiera puede experimentarla a lo largo de su vida, los trastornos de ansiedad se suelen manifestar a través de un miedo y preocupación excesiva e intensa; sentimientos que se acompañan por una tensión física y otros síntomas tanto conductuales, como cognitivos, lo cual es preocupante, pues interfieren con las actividades de la vida cotidiana y generan un deterioro en aspectos como los familiares, sociales, académicos y/o laborales (OMS, 2023).

Es importante resaltar que, durante la búsqueda de literatura, se ha encontrado que el estrés puede derivar en distintos trastornos, como es el caso del trastorno de ansiedad.

En numerosas ocasiones, se constata que el estrés es la antesala de las respuestas ansiosas; al igual que el miedo, se asocia a un estado de tensión personal ante un hecho comprometedor o amenazador concreto; en la ansiedad se difumina el carácter particular de este hecho y el individuo deja de percibir lo exterior para instalarse en sí mismo como problema esencial” (Luengo, 2004 citado en Serrano et al., 2013, p. 50).

En el presente trabajo, se define la ansiedad como una emoción complicada y displacentera que se presenta de manera persistente. Esto se podría describir como una expectación penosa o desasosiego que se presenta ante un peligro que no es preciso, y frecuentemente está acompañada por síntomas fisiológicos, desembocando así en dificultades para el desarrollo de la vida cotidiana del sujeto, lo cual afecta aspectos como el familiar, social, laboral, y académico. Es decir, el concepto de

ansiedad agrupa síntomas que van desde lo psíquico, cognitivo, conductual y físico (Sierra et al., 2003).

Se debe agregar que la ansiedad y la depresión no solo son uno de los problemas de salud mental más comunes, sino que también es frecuente que coexistan en los mismos pacientes, presentándose una comorbilidad que puede conducir a dificultades en el manejo clínico, incrementos en el riesgo de suicidio y un peor pronóstico caracterizado por mayores probabilidades de resistencia al tratamiento y de recurrencia (Aragonès, Piñol y Labad, 2009). En el caso de los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada pueden presentar otros diagnósticos como el trastorno depresivo mayor (del 40 al 74%), trastorno disruptivo del comportamiento, trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos de ansiedad (Kessler et al., 2005).

Sumado a esto, se han desarrollado cuestionarios, escalas e inventarios que han permitido evaluar las manifestaciones o síntomas asociados con la ansiedad, lo que ha contribuido al diseño de intervenciones terapéuticas adecuadas (Olaya et al., 2023). También han sido útiles para investigar, apoyar el juicio clínico y comprobar el efecto de las intervenciones terapéuticas en la evolución de dichos trastornos (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2008).

Entre tales pruebas psicométricas, se encuentran las siguientes: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Díaz-Kuaik y de la Iglesia, 2019). No obstante, para el desarrollo del presente trabajo se empleará el Inventario de Ansiedad Estado (STAI).

Además, otra técnica para evaluar la ansiedad refiere a las entrevistas clínicas, que permiten conocer experiencias subjetivas e identificar síntomas relacionados con estos trastornos. Dentro de estas entrevistas se pueden mencionar las siguientes: Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV), Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV y DSM-5 (SCID-IV y SCID-5) y Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Díaz-Kuaik y de la Iglesia, 2019).

Por último, para tratar los trastornos de ansiedad se han empleado recursos farmacológicos y psicoterapéuticos basados en evidencia; responden a la gravedad de la sintomatología, su evolución y el tipo de trastorno, y pueden utilizarse para un

abordaje terapéutico integral (Chacón et al., 2021). Generalmente, para el tratamiento farmacológico se emplean antidepresivos y benzodiazepinas por sus efectos ansiolíticos que han obtenido resultados significativos para la disminución de la ansiedad (Craske, 2017). De igual manera, en el tratamiento no farmacológico, terapias como la psicodinámica y la cognitivo-conductual han demostrado ser eficaces para los trastornos de ansiedad, considerándose como tratamientos de primera línea (Chacón et al., 2021). Aunado a esto, las intervenciones psicológicas basadas en mindfulness son un tratamiento eficaz para dichos trastornos, cuando se utilizan como coadyuvantes durante el tratamiento de carácter farmacológico (Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016).

Antecedentes

El presente apartado tiene como objetivo presentar los estudios relacionados con el tema de investigación que se está proponiendo, se buscaron documentos que abordaran el análisis de factores de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, así como factores sociodemográficos y vulnerabilidad.

Entre los estudios que se encontraron relacionados con estudiantes universitarios, encontramos a Vargas, S. (2021) que relaciona los factores sociodemográficos, psicológicos, académicos y situacionales como incidentes en los niveles de depresión, esto por medio de una revisión bibliográfica de 17 artículos del año 2019 al 2020. Así mismo, Lima et. al (2023), realizaron una revisión bibliográfica de 161 artículos en donde encontraron que variables personales, familiares, económicas, institucionales, sociales y culturales pueden afectar la salud de los estudiantes universitarios, por ejemplo, en referencia a la ansiedad, factores como, cambio de su hogar familiar, dificultades en las relaciones interpersonales en el ámbito académico y la necesidad de realizar alguna actividad laboral de manera simultánea con sus estudios indica un riesgo para el desarrollo de ansiedad, de igual forma, los factores encontrados para depresión son, situación socioeconómica de la familia, dejar el hogar de hogar de sus padres y desplazarse a otra ciudad o país y preocupaciones económicas incrementan la posibilidad de síntomas depresivos, además de una relación retroactiva del consumo de sustancias psicoactivas.

Además, Arntz et. al (2022) proponen también la relación entre las variables sociodemográficas con niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios por medio de la asociación de variables con Chi cuadrado, en una

muestra de 166 estudiantes del área de la salud, se encontró que el 54,8% de la muestra se encuentra en riesgo de tener ansiedad y depresión, se identifican aspectos relevantes como la relación entre pertenecer al sexo femenino y los niveles de ansiedad y depresión, también hay una mayor incidencia en las carreras como enfermería, nutrición y dietética. Así mismo, Pinilla, Lopez y Sánchez (2020) con una muestra de 1.028 estudiantes de medicina y mediante cuestionarios con variables sociodemográficas y escalas de medición de ansiedad, establecieron la prevalencia y factores de riesgo asociados a la ansiedad, entre los que se encuentran la falta de horas para dormir, la discriminación, falta de tiempo para comidas, entre otras.

Por su parte, Rabanal et. al (2023), en su estudio descriptivo de corte cuantitativo, con una muestra de 385 estudiantes universitarios de Perú, encontraron que algunos factores predictores para ansiedad son la edad en rango de 25 a 34 años y el estado laboral (tener un trabajo mientras realiza la carrera), así mismo, en la depresión son edad en un rango de 16 años o más, no tener un trabajo mientras se realiza la carrera y el fallecimiento de un familiar también es un factor que influye. Otra de las relaciones que se encontraron, fue la del rendimiento académico, Arévalo et. al (2019) mediante una revisión narrativa de la literatura de 14 estudios publicados en 21 artículos entre el 2000 y 2017, establecen que los factores asociados a niveles de ansiedad y depresión son el sexo femenino, desplazamientos largos a la universidad, disfunción familiar, vivir fuera de la vivienda familiar, consumo de alcohol y sustancias, entre otros. Además, resaltan que los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de países del tercer mundo son mayores que en otros países.

Por su lado, Pons (2022) realizó un estudio con el objetivo también de identificar si una serie de variables sociodemográficas, de estilo de vida y psicosociales podían ser consideradas como factores de riesgo para trastornos de ansiedad en una universidad ubicada en España, los resultados, mostraron que factores como el sexo femenino, tener dificultades para dormir y vivir situaciones de estrés son factores de riesgo para trastornos ansiosos.

Otro aspecto que se ha considerado para el estudio de los factores de ansiedad y depresión es la migración interna, estudiada por Cabrera, Charry y Astaiza (2023), se considera migración interna cuando los estudiantes deben dejar su lugar de origen, mediante el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad de Beck y la escala de estrés percibido se analizaron los factores de 102 estudiantes, se encontró que sí existe una asociación entre el lugar de origen y los altos niveles de estrés y ansiedad en los estudiantes.

En cuanto a investigaciones realizadas en Colombia, encontramos, la de Riveros y Vinaccia (2017), que hicieron un estudio con 503 estudiantes de 17 universidades de la ciudad de Bogotá – Colombia, hay una correlación entre ser mujer y presentar ansiedad. También, Arrieta, Díaz & González (2014), elaboraron un estudio transversal, en una universidad pública de Cartagena, con una muestra de 973 estudiantes, encontrando en esta muestra una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, además algunos de los factores asociados a síntomas de ansiedad son las dificultades económicas, problemas familiares y el consumo de alcohol, igualmente para depresión, aunque excluye el factor consumo de alcohol, pero si correlaciona con ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad y depresión. Así mismo, no se encontraron una diferencia estadística significativa en cuanto al sexo, es decir, si es hombre o mujer.

Por su parte, Campo y Gutiérrez (2001), descubrieron en su estudio de prevalencia descriptivo con una población de 21 estudiantes de quinto semestre de un programa de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle sede Cali, encontraron una asociación entre la depresión y menor grado de adaptación social, por otro lado, este estudio no encontró asociación entre depresión y ansiedad con variables como edad, género, intensidad de la relación familiar, hallazgos opuestos a otras revisiones literarias hechas, por otro lado, encontraron que entre el 65-70% de la muestra presenta trastorno de ansiedad o depresión, y la comorbilidad de los trastornos (ansiedad-depresión). Por otro lado, Ceballos et. al (2013), elaboraron una investigación transversal correlacional, con una muestra de 1349 estudiantes universitarios de Santa Marta Colombia, no encontraron una correlación significativa entre la ansiedad y depresión y la religiosidad en estudiantes universitarios. De igual forma, Cardona et. al (2015), realizaron un estudio de prevalencia de ansiedad en una muestra de 200 estudiantes de una universidad de Medellín, entre los cuales 100 pertenecían a medicina y los otros 100 a ingeniería, lo anterior mediante la escala de Zung, encontraron una prevalencia de ansiedad del 58%, de igual forma, no hay una asociación al sexo ni grupo etario, encontraron una asociación estadísticamente significativa entre estrato social y prevalencia de ansiedad, siendo menor en estudiantes de clase media. También, Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2009), encontraron en su estudio no experimental con una población de 259 estudiantes de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, lo anterior a través de cuestionarios como el BDI, ST/DEP, STAI y YSQ-L, encontrando una correlación entre síntomas de ansiedad y depresión, no se encontraron relaciones significativas entre el sexo y el nivel de la carrera, es decir para esta muestra no tienen valor predictivo.

Los estudios anteriormente mencionados, permiten observar diferentes aspectos, en primer lugar, la relevancia de la asociación de datos sociodemográficos con ansiedad y depresión en la población de estudiantes universitarios, también otros factores relacionados como la presión académica, la relación familiar, entre otros, han dado información sobre aspectos que se deben tener en cuenta para la promoción y la prevención de salud mental y el estudio de las problemáticas.

En cuanto a estudios que hayan tenido en cuenta la vulnerabilidad como un dato posible relacionado con ansiedad y depresión, Mongrain y Blackburn (2005) hacen la relación entre vulnerabilidad y episodios depresivos, con una muestra de 77 estudiantes universitarios, donde los resultados arrojaron que la vulnerabilidad se relaciona de manera única con un mayor número de episodios depresivos. Otro de los estudios encontrados, fue el de Polujanski et. al (2023) donde se busca la comprensión de la variable vulnerabilidad de los estudiantes de medicina en cuanto al desarrollo de síntomas depresivos y sus predictores, los resultados arrojaron que la autoeficacia, resiliencia y la autorregulación, ayudan a que haya menores perfiles depresivos.

Se puede evidenciar con estas investigaciones que los participantes de las muestras y los estudios son generalmente aquellos estudiantes que pertenecen a las Facultades de Salud, lo que deja en evidencia la necesidad de realizar las mismas exploraciones pero en otras carreras, en nuestro caso nos han servido como base para indagar estos aspectos (ansiedad, depresión y vulnerabilidad en relación con los datos sociodemográficos) en la Universidad del Valle, más específicamente con los estudiantes que pertenecen a la Facultad de Ingeniería.

Marco Metodológico

Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio cuantitativo no experimental de corte transversal, lo que significa que los datos son recolectados en un único momento y cuyo objetivo es describir las variables y su relación en un momento dado (Sampieri et al., 1991).

Hipótesis

Para el planteamiento de este trabajo de grado se ha realizado una revisión de investigaciones relacionadas con las variables que se proponen aquí y se han encontrado resultados relevantes que consideramos posibles en este contexto, es a raíz de esto, que se genera la siguiente hipótesis: Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez, y factores sociodemográficos y de vulnerabilidad psicológica.

Variables

Las variables planteadas se delimitarán tanto conceptual como operativamente con el objetivo de obtener una comprensión exhaustiva de lo que se anticipa descubrir. Se destacan, las variables sociodemográficas, las cuales se recopilarán a través de las respuestas marcadas o escritas por los estudiantes en el formulario, y la variable Vulnerabilidad al estrés, que se recopilará por medio de una prueba de vulnerabilidad. Por otro lado, se encuentran las variables relacionadas con la ansiedad y la depresión, las cuales se determinarán según las puntuaciones adquiridas en las escalas respectivas.

Variables Sociodemográficas

Género

Definición conceptual: La OMS indica que género hace referencia a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres, y se puede dividir en femenino y masculino. Para ello, los sujetos pueden marcar F, M o No responde, si no se sienten cómodos con la pregunta.

Definición operacional: Se medirá de acuerdo con muelo manifestado en el cuestionario por los sujetos, sin tener ningún valor positivo o negativo asociado.

Edad

Definición conceptual: Cantidad de años cumplidos en el momento de responder al cuestionario.

Definición operacional: Se medirá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, donde se les solicita seleccionar uno de los rangos que se establecen.

Estrato Socioeconómico

Definición conceptual: Según el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), la estratificación socioeconómica es una clasificación que se le asigna a los inmuebles residenciales, los cuales deben recibir servicios públicos. Lo anterior, se realiza para realizar un cobro diferencial en los servicios públicos domiciliarios, en donde quien tiene mayor capacidad económica ayuda a subsidiar a los de menor capacidad. La clasificación es de manera numérica en donde el 1 es el estrato más bajo y el 6 el más alto.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, con opciones del 1 al 6.

Semestre

Definición conceptual: Periodo académico donde se encuentran ubicados los estudiantes matriculados actualmente en la Universidad del Valle.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, expresado en números del 1 al 10.

Proximidad con el grupo familiar primario

Definición conceptual: Refiere a la proximidad física de las personas con su grupo familiar. Constituye un indicador de elementos protectores y de riesgo, en la medida que implica diferentes interacciones cotidianas.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario.

Con quien vive

Definición conceptual: Refiere a la o las personas con quien reside actualmente el estudiante.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario.

Padres separados

Definición conceptual: Refiere a si los padres del estudiante se encuentran actualmente juntos o separados.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Consumo de sustancias psicoactivas

Definición conceptual: Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), indica la ingesta, inyección o inhalación de sustancias compuestas de manera natural o sintética, que actúan sobre el sistema nervioso y generan alteraciones en las funciones que regulan el pensamiento, emociones y comportamiento.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Relación de pareja

Definición conceptual: Es un vínculo sentimental de tipo romántico, afectivo y sexual que une a dos personas, con el posible título de, noviazgo, concubinato y matrimonio.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Creencia en un ser superior

Definición conceptual: Indica la creencia en algo superior más allá de lo que se puede ver o imaginar, y/o a la pertenencia o asociación con alguna de las religiones, católica, cristiana, pentecostal, judaísmo, islamismo, budismo, entre otros.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Reporte de situación de abuso o violencia

Definición conceptual: El estudiante ha sufrido algún tipo de abuso o violencia física, psicológica o sexual, por parte de un tercero, sea familiar, pareja, conocido o desconocido.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Percepción de apoyo familiar

Definición conceptual: Es la valoración subjetiva de los estudiantes respecto al apoyo brindado por sus familiares ya sea económico, emocional, etc.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Apoyo de pares

Definición conceptual: Es la valoración subjetiva de los estudiantes respecto a poder confiar en amigos, compañeros, para contarles sus problemas y obtener su apoyo en situaciones que atraviesan en su vida.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Perdida reciente

Definición conceptual: Indica la pérdida significativa en el último año, por ejemplo, de trabajo, persona (familiar, amigo, pareja) ya sea por fallecimiento y /o alejamiento, la pérdida de oportunidades, entre otras.

Definición operacional: Se obtendrá por lo manifestado por los sujetos en el cuestionario, mediante un Si o un No.

Vulnerabilidad al estrés

Definición conceptual: Refiere a aspectos personales como el estilo de vida y factores sociales como el apoyo social que llevan a que un individuo sea más propenso a desarrollar un determinado problema, en este caso, síntomas relacionados con el estrés (Pandinha, 1996, como se citó en Martínez et al., 2009), los cuales pueden influir en el desarrollo de una sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Definición operacional: Esta variable se medirá a través de la puntuación obtenida en El Test de Vulnerabilidad al Estrés de Miller y Smith.

Depresión

Definición conceptual: la Organización Mundial de la salud (OMS) define la depresión como “un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo”. Se puede notar entonces que un episodio es determinado como depresivo cuando tiene una duración prolongada y los sentimientos destacados son la pérdida de interés o del disfrute (OMS, 2023).

Definición operacional: Se medirá mediante la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Ansiedad

Definición conceptual: La ansiedad es una emoción complicada y displacentera que se presenta de manera patológica, esto se podría describir como expectación penosa o desasosiego que se presenta ante un peligro que no es preciso, y frecuentemente está acompañada de síntomas fisiológicos, desembocando en dificultades en el desarrollo normal de la vida cotidiana del sujeto, afectando aspectos como el familiar, el social,

laboral, y estudiantil. Es decir, el concepto de ansiedad agrupa síntomas que van desde lo psíquico, cognitivo, conductual y físico (Sierra et al., 2003).

Definición operacional: Se mide mediante la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Instrumentos

Los instrumentos que se emplearán para el desarrollo de este estudio son el Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés de Miller y Smith, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), centrándose en la subescala de ansiedad en el momento presente y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) asignando solo las preguntas de ansiedad estado. También se recopilarán datos sociodemográficos como género, edad, nivel académico, situación socioeconómica y proximidad geográfica al lugar de residencia familiar durante el período de estudios.

Test de Vulnerabilidad al Estrés de Miller y Smith

Es un instrumento diseñado con el propósito de medir el grado de vulnerabilidad al estrés, e identificar aspectos relacionados con el estilo de vida y el apoyo social que pueden influir en tal vulnerabilidad (Arista, 2017).

El instrumento consta de 20 ítems divididos en las siguientes categorías: Estilo de Vida (ítems 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 19 y 20); Apoyo social (ítems 4, 11, 12, 13 y 16); Exposición de sentimientos (ítems 3 y 15); Valores y creencias (ítem 10); y Bienestar físico (ítem 14). Sumado a lo anterior, el test corresponde al estilo Likert y consta de 5 opciones: siempre (1), casi siempre (2), frecuentemente (3), casi nunca (4) y nunca (5). De igual modo, para obtener el puntaje total se debe sumar la puntuación de cada uno de los ítems y al resultado restarle 20. Así, las puntuaciones que superan el número 30 indica que el sujeto es vulnerable al estrés. Además, Si La Puntuación Se Encuentra Entre 50 Y 75 significa Seriamente Vulnerable Al Estrés y si está por encima De 75 indica Extremadamente Vulnerable Al Estrés.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Con el objetivo de detectar los signos de la depresión y medir su grado de intensidad, en el año 1961 surgió el Inventario de Depresión de Beck (conocido como BDI por sus

siglas en inglés). Inicialmente, este instrumento se fundamentó en observaciones clínicas y relatos de pacientes psiquiátricos que experimentaban depresión (Beck, 1967). Sin embargo, en 1979, Beck y su equipo introdujeron una versión modificada, el BDI-IA, que ya incorporaba seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (Beck, et al., 1979). Con la aparición de la versión revisada del DSM-IV en 1994, surgió la necesidad de un nuevo instrumento que se ajustara a las normativas de evaluación actualizadas, como la presencia de síntomas durante un período mínimo de dos semanas, entre otras. La versión resultante y más reciente es el BDI-II, desarrollado por Beck, Steer y Brown en 1996 (Beck, Steer y Brown, 1996).

El Beck-II en su versión en español es un instrumento autoaplicable que cuenta con 21 ítems, donde la persona elige entre 4 alternativas para dar cuenta de la gravedad de sus síntomas depresivos, las 4 alternativas están ordenadas de menor a mayor gravedad, y cada una tiene se puede valorar de 0 a 3 puntos con base en la respuesta elegida por el sujeto. Al realizar la calificación del instrumento se puede obtener una puntuación total que va desde 0 hasta los 63 puntos, y esto se divide en los siguientes grupos, 0-13 mínima depresión, 14-19 leve, 20-28 moderada, 29-63 grave (Beck, Steer y Brown, 1996).

Distintos estudios han demostrado que la confiabilidad de este instrumento oscila entre .90 y .91, así como una sensibilidad y especificidad aceptable (Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, 2008; Osman, Barrios, Uslu et al. 2008) lo que lleva a considerarlo como uno de los más aceptables para investigaciones.

Inventario de Ansiedad Estado (STAI)

Es un instrumento diseñado para medir la ansiedad en dos aspectos distintos: el estado y el rasgo. Su origen se remonta a su primera edición, elaborada entre 1964 y 1970 por Spielberger, Gorsuch y Lushene en California, Estados Unidos (Spielberger de 1994). La ansiedad estado, se refiere a un estado temporal de inquietud que una persona experimenta conscientemente como tensión y preocupación, provocando un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo, puede variar en el tiempo y fluctuar en intensidad (Spielberger, 1966).

El STAI consta de 20 preguntas en cada una de sus subdivisiones (20 para rasgo y 20 para estado), donde cada pregunta se califica utilizando una escala tipo Likert que varía de 0 a 3. Las puntuaciones de la escala del STAI se dividen en diferentes niveles de ansiedad: muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto. Sin embargo, es importante

destacar que los puntajes que delimitan estas categorías varían según el género. En el caso de los hombres, se considera un nivel de ansiedad muy alto si la puntuación oscila entre 29 y 60, alto si se sitúa entre 20 y 28, promedio si es de 19, bajo si está entre 14 y 18, y muy bajo si se encuentra entre 0 y 13. En cuanto a las mujeres, se establece un nivel de ansiedad muy alto si obtienen una puntuación entre 32 y 60, alto si está entre 23 y 31, promedio si obtienen un puntaje entre 20 y 22, bajo si oscila entre 15 y 19, y muy bajo si obtienen entre 0 y 14 puntos. Esta clasificación facilita la comparación y ofrece una manera más clara de identificar niveles altos o bajos de ansiedad (Barreto, 2020).

Muestra y Población

Se obtuvo un total de 332 de estudiantes de diferentes semestres y programas de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle sede Meléndez en la ciudad de Cali, Valle del Cauca que participaron respondiendo los diferentes formularios tanto de forma física como virtual. La elección del número de participantes fue a consideración propia, de manera no probabilística. Además, la población se elige a raíz de un acercamiento a estudiantes de la Facultad de Ingeniería por medio de prácticas y monitorias que se realizan en el espacio de acompañamiento en psicología (CAPSIT), es en este espacio donde se identifica la posibilidad de tomar datos y trabajar en esta problemática. Se espera una aplicación de las pruebas y formularios de manera física y también de manera virtual.

Criterios de Inclusión

- Estudiantes actualmente matriculados en programas de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.
- Disposición voluntaria para participar en el estudio.
- Estudiantes de cualquiera de los niveles académicos de programas de la Facultad de Ingeniería.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes no matriculados en la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle, sede Meléndez.
- Falta de consentimiento voluntario para participar en la investigación.

Diseño

En este estudio, se llevará a cabo un análisis factorial con rotación Varimax cada uno de los instrumentos con el propósito de evaluar su validez. Asimismo, se empleará un modelo de regresión múltiple para cada variable a fin de verificar la existencia de relaciones significativas entre ellas, con un enfoque específico en determinar si estas variables tienen la capacidad de explicar el incremento en los niveles de ansiedad y depresión.

Para el análisis de los datos, este trabajo de investigación busca implementar un Análisis de Regresión Lineal Múltiple, que consiste, principalmente en una técnica estadística utilizada para estudiar la relación entre dos o más variables y predecir diversos fenómenos. La función de regresión más simple es la lineal, donde cada variable participa de forma aditiva y constante para todo el fenómeno observado (Hernández, Ramírez y Ferri, 2005, citado en Vilà, Fonseca y Alvarez, 2019). En el modelo de regresión lineal múltiple, se parte del supuesto de que más de una variable ejerce influencia o se correlaciona con el valor de una tercera variable (Montero, 2016). En complemento a esto, se calculará el coeficiente de correlación entre las variables, para que se pueda tener un entendimiento más simplificado de la relación existente entre variables.

Consideraciones Éticas

Esta investigación tiene en cuenta las normativas éticas y legales, por lo que se les hará entrega a los participantes del respectivo consentimiento informado, brindado toda la información necesaria, y se estará disponible para responder cualquier duda o inquietud que se les genere.

Además, se les garantiza la confidencialidad, protegiendo la identidad y los datos personales de los participantes, igualmente, el uso exclusivo de la información con fines académicos. Así mismo, la participación es de manera voluntaria y se le dejará claro que no están obligados a participar y que en cualquier momento que lo deseen se pueden retirar. Finalmente, se aclara que la participación no tiene ningún tipo de remuneración.

Resultados

En este apartado se presentarán los datos obtenidos y sus respectivos análisis. Se contó con un total de 332 estudiantes que participaron respondiendo a los formularios, de los cuales los datos que se obtuvieron serán analizados a continuación.

Análisis descriptivo

En un primer lugar, se presenta el análisis descriptivo de los datos obtenidos, en la tabla 1 se muestra de manera resumida los resultados de las variables sociodemográficas, en las que se solicitó información como el semestre, la edad, estrato socioeconómico y datos sobre relaciones interpersonales de cada estudiante, así como hábitos y creencias. El acrónimo SD significa Sin Dato y es el número de personas que no dieron una respuesta a este ítem.

Tabla 1
Tabla de frecuencias

Característica sociodemográfica	No. (332)	Porcentaje
Semestre	SD	0,3
	1-2	31,3
	3-4	22,9
	5-6	15,7
	7-8	14,2
	9-10	11,4
	10-más	4,2
Edad	SD	0,9
	17-18	24,4
	19-20	20,8
	21-22	19,3
	23-24	11,7
	25-más	22,9
Género	Femenino	46,1
	Masculino	53
	Otro	0,6
	SD	0,3
Estrato	Uno	26,8
	Dos	45,5
	Tres	21,1
	Cuatro	5,1
	Cinco	1,2

PS		1	0,3
	SD	4	1,2
	Sólo madre	31	9,3
	Sólo padre	4	1,2
Con quién vive	Sólo hermanos	17	5,1
	Padres y hermanos	125	37,7
	Flia Nuclear y Extendida	80	24,1
	Otros	19	5,7
	Solo	51	15,4
PS		1	0,3
Padres Separados	No	174	52,4
	Si	156	47
PS		2	0,6
Consumo de sustancias	No	305	91,9
	Si	26	7,8
PS		1	0,3
Reporta relación de	No	205	61,7
	Si	126	38
PS		1	0,3
Reporta religión o Ser	No	99	29,8
	Si	232	69,9
PS		1	0,3
Reporta abuso o violencia	No	221	66,6
	Si	110	33,1
PS		1	0,3
Reporta apoyo	No	68	20,5
	Si	262	78,9
PS		2	0,6
Reporta apoyo de	No	135	40,7
	Si	196	59
PS		1	0,3
Reporta pérdida	No	154	46,4
	Si	177	53,3
PS		1	0,3
	Misma ciudad diferente casa	34	10,2
	Vive con grupo familiar	210	63,3
Reporta proximidad familiar	Mismo país diferente departamento	49	14,8
	Diferente país	5	1,5
	Mismo departamento diferente ciudad	32	9,6
PS		2	0,6
	Total	332	100

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentarán los respectivos histogramas de cada una de las variables sociodemográficas.

En términos de distribución, la mayoría de los estudiantes que respondieron los cuestionarios, se concentran en los primeros cuatro semestres de su carrera (45%), superando significativamente a los que se encuentran en semestres más avanzados (4.2%). La figura 1 muestra esta distribución.

Figura 1
Frecuencia variable semestre

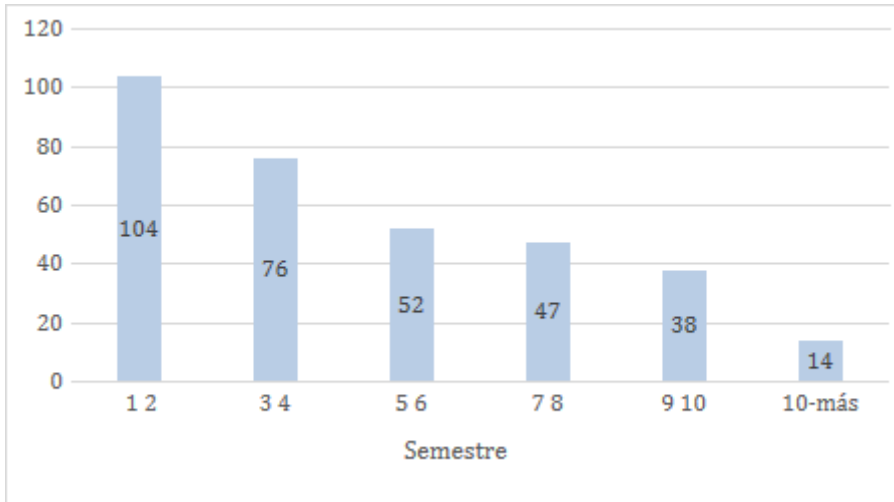
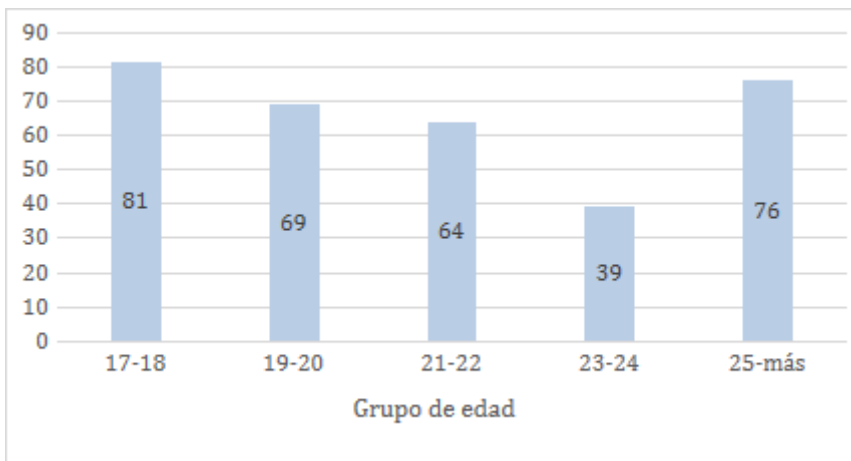


Tabla 3
Resultados de Formulario Vulnerabilidad en estudiantes de la Facultad de Ingeniería

Media	4,6918429
Mediana	4
Desviación	3,10355025
Mínimo	1
Máximo	11
Media	22,006079
Mediana	21
Desviación	4,83760291
Mínimo	16
Máximo	46
Media	2,08459215
Mediana	2
Desviación	0,90055777
Mínimo	1
Máximo	6

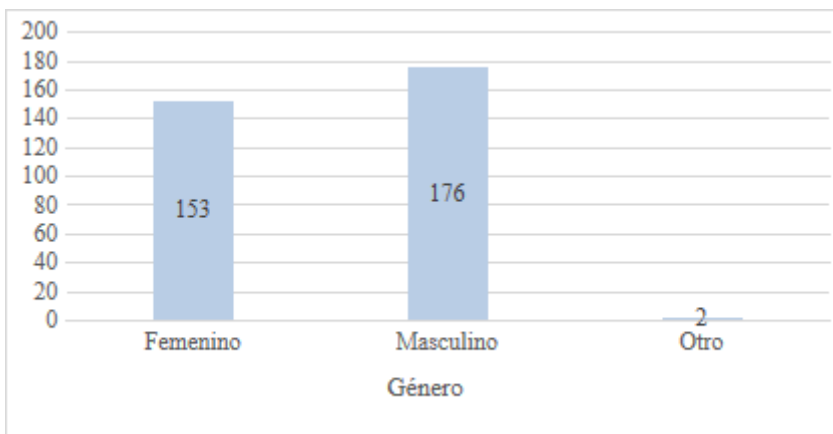
En cuanto a la edad de los estudiantes, el 40% se encuentra en el rango de 17 a 20 años, el 31% se encuentra en los rangos de 21 y 24 años, y el 22.9% tiene 25 años o más. La figura 2 muestra las frecuencias de edades de los participantes.

Figura 2
Frecuencia variable edad



La figura 3, muestra la frecuencia en cuanto al género de los estudiantes, el 53% de los participantes se identifica como masculino, el 46.1% como femenino y el 0.6% seleccionó la categoría 'Otro'.

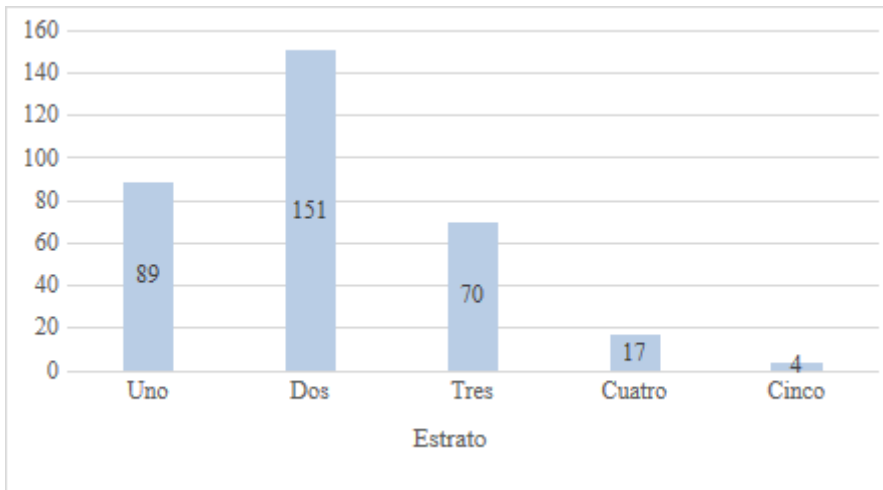
Figura 3
Frecuencia variable género



En términos de estrato socioeconómico, el estrato con mayor prevalencia es el 2, que comprende el 45.5% de los estudiantes, seguido por el estrato 1 con un 26.8%. Los

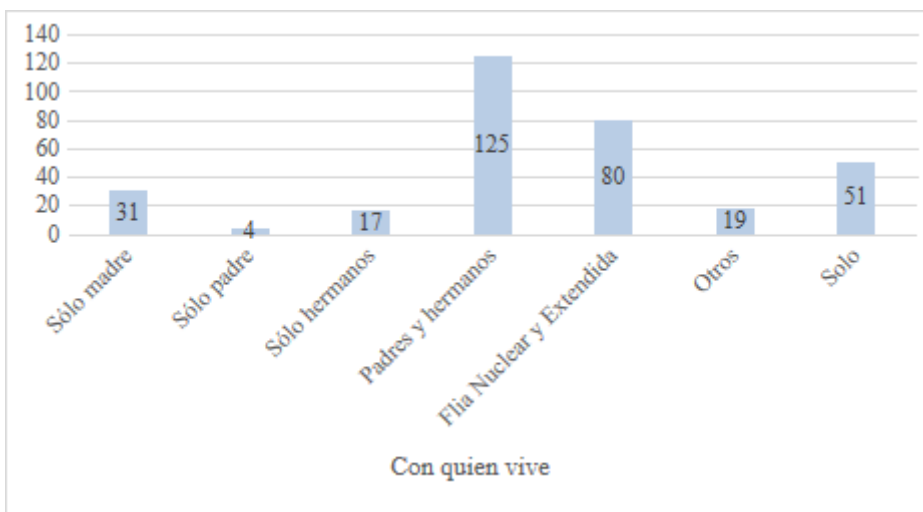
estratos superiores al 3 suman el 27.4% restante. En la figura 4 se muestra esta distribución.

Figura 4
Frecuencia variable estrato



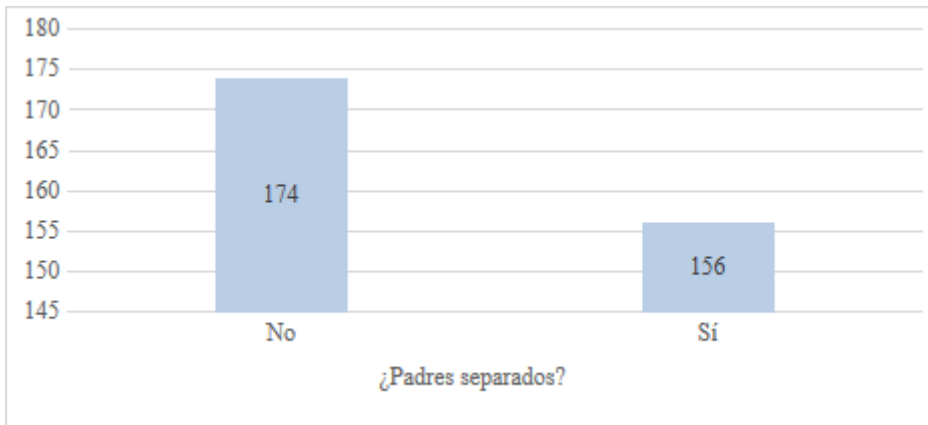
En cuanto a la composición familiar, El 61.8% de los estudiantes viven con una familia nuclear y extendida o junto a sus padres y hermanos, el 10.5 % de los estudiantes vive solo con uno de sus padres, el 5.1% vive solo con hermanos y el 15.4% viven solos. La figura 5 representa esta distribución

Figura 5
Frecuencia variable con quien vive



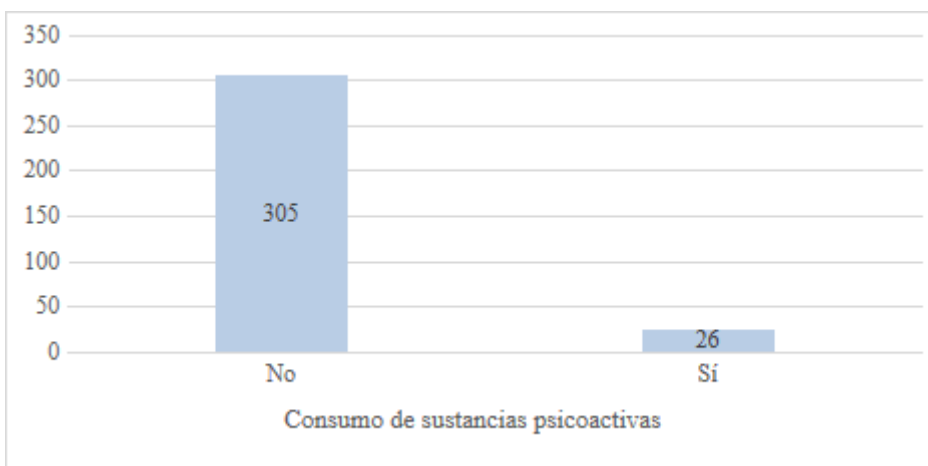
Se encontró también que el 52.4 % de los participantes tienen padres separados, mientras que el 47% no. La figura 6 muestra las frecuencias.

Figura 6
Frecuencia variable padres separados



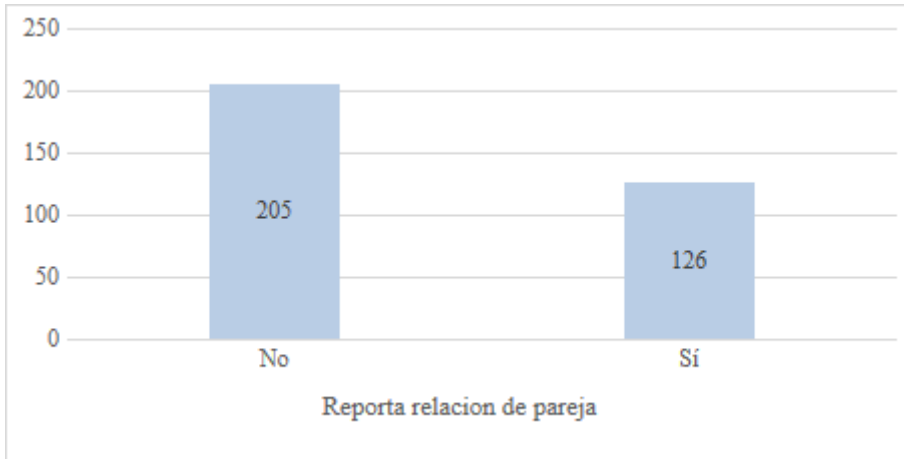
Se hizo una pregunta sobre consumo de sustancias psicoactivas cuyas frecuencias se encuentran en la figura 7, y las respuestas indicaron que el 91% reportó No consumir, mientras que un 7.8% si reportó consumo.

Figura 7
Frecuencia variable consumo de sustancias psicoactivas



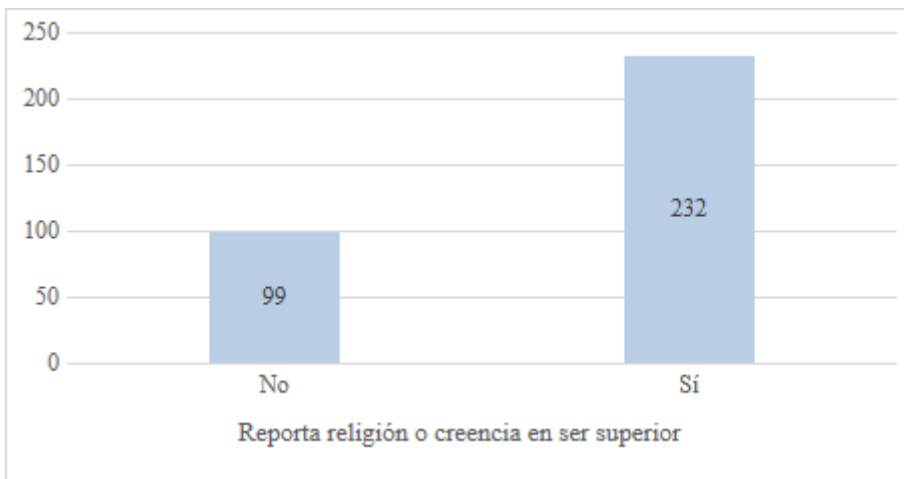
Otro de los aspectos que se indagó fue en cuanto a relación de pareja, los resultados obtenidos indicaron que el mayor porcentaje (61.7%) afirman no tener pareja, mientras que un 38% sí. Se presentan las frecuencias en la figura 8.

Figura 8
Frecuencia variable reporta relación de pareja



Se preguntó sobre la pertenencia a una religión o la creencia en un ser superior, lo que se observó fue que el 69.9% de los que participantes Si tienen y el 29.8% no.

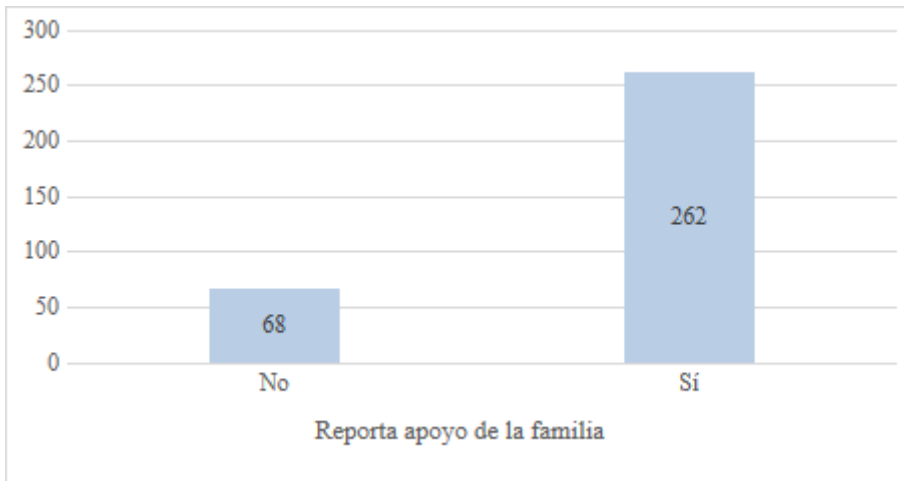
Figura 9
Frecuencia variable religión o creencia en ser superior



En cuanto al apoyo percibido por parte de la familia, los estudiantes que afirman tener un apoyo por parte de su familia son un 78.9, mientras que el 20.5% no lo percibe, la

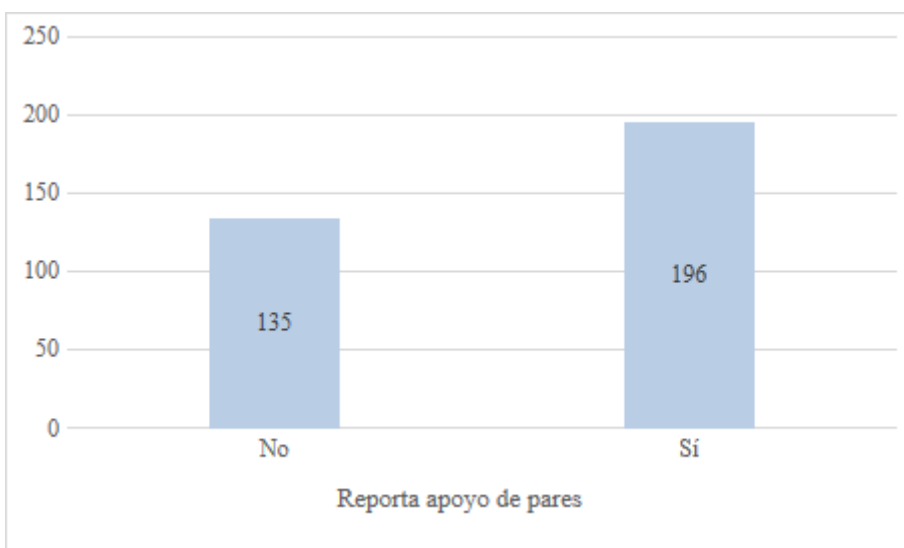
figura 10 muestra la frecuencia con la que los estudiantes respondieron cada una de las opciones.

Figura 10
Frecuencia variable apoyo de la familia percibido



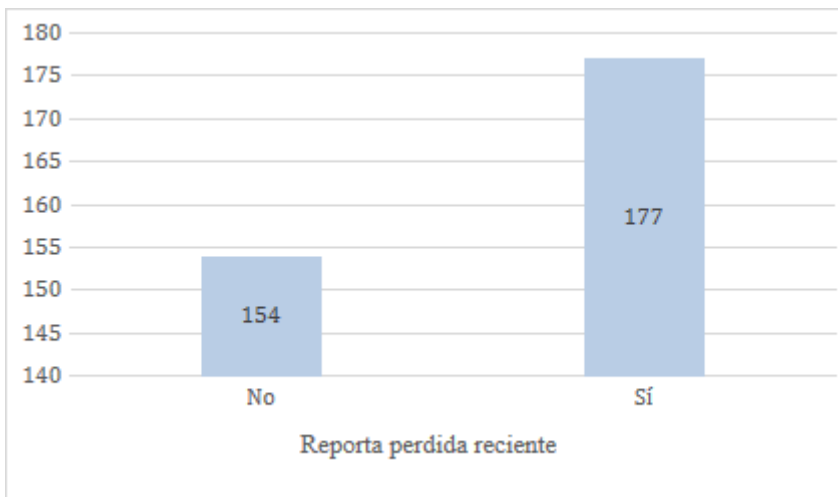
Con respecto al apoyo percibido de pares o amigo, 59% de los participantes respondieron que Si, por otro lado, un 40.7% dieron una respuesta negativa. La figura 11 muestra la distribución de frecuencias.

Figura 11
Frecuencia variable apoyo de pares



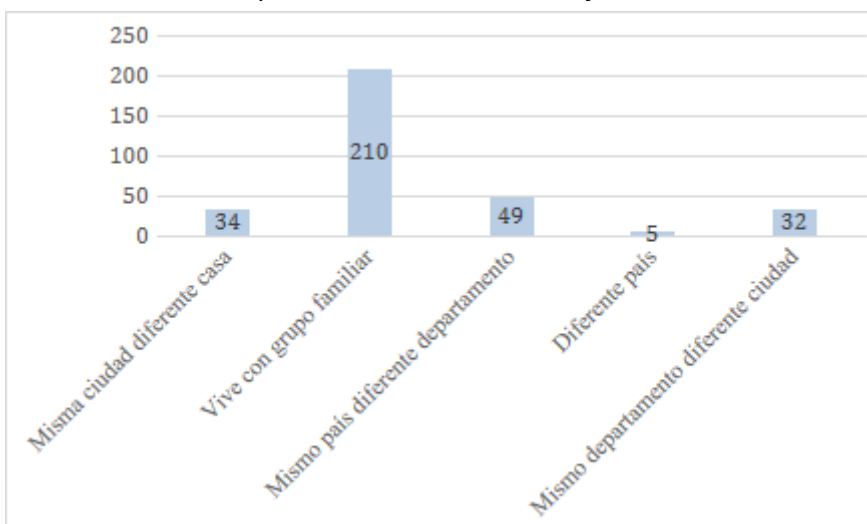
A la pregunta sobre si el estudiante ha experimentado una pérdida reciente, más de la mitad de los estudiantes (53.3%) reporta que si la ha tenido y el 46.4% no. La figura 12 muestra esta distribución.

Figura 12
Frecuencia variable perdida reciente



Por último, se indagó sobre la proximidad que el estudiante tiene con respecto a su grupo familiar, se encontró que, el mayor porcentaje de los estudiantes (63.3%) vive junto a su grupo familiar, el 10.2% vive en la misma ciudad, pero en diferente casa, el 9.6% vive en el mismo departamento, pero diferente ciudad y el 1.5% vive en un país diferente de que su familia. En la figura 13 se evidencia la frecuencia de cada respuesta.

Figura 13
Frecuencia variable proximidad con el núcleo familiar



Se puede decir que, a nivel general, en cuanto a variables sociodemográficas, la muestra estuvo conformada mayormente por hombres jóvenes, aunque no se encontró una diferencia muy grande de cantidad con respecto a mujeres, en su mayoría estudiantes entre los 17 y 20 años, provenientes de estratos socioeconómicos bajos (1 y 2), y se encontraban principalmente en los primeros cuatro semestres de su carrera. En términos de composición familiar, una gran proporción vive con su familia nuclear o extendida. En relación con el género, predominó la identificación masculina. En cuanto a la vida personal, la mayoría de los estudiantes no tenían pareja y un alto porcentaje no consumía sustancias psicoactivas. Además, una considerable parte de los estudiantes manifestaba creencias religiosas y percibía un fuerte apoyo familiar y social. Más de la mitad había experimentado una pérdida reciente y la mayoría vivía en la misma residencia que su grupo familiar, con un pequeño porcentaje viviendo en otras localidades o países.

Los datos sobre la Vulnerabilidad en los participantes del estudio se obtuvieron mediante el Formulario de Vulnerabilidad al estrés, este en su manual establece 4 categorías: La mayoría de los estudiantes se encuentran en las categorías Seriamente Vulnerable y Vulnerable (90%) mientras que en las categorías Extremadamente Vulnerable y No es vulnerable, se encuentra el 9% de ellos. En la tabla 2 y la figura 1 se presenta la distribución de los participantes en dichas categorías.

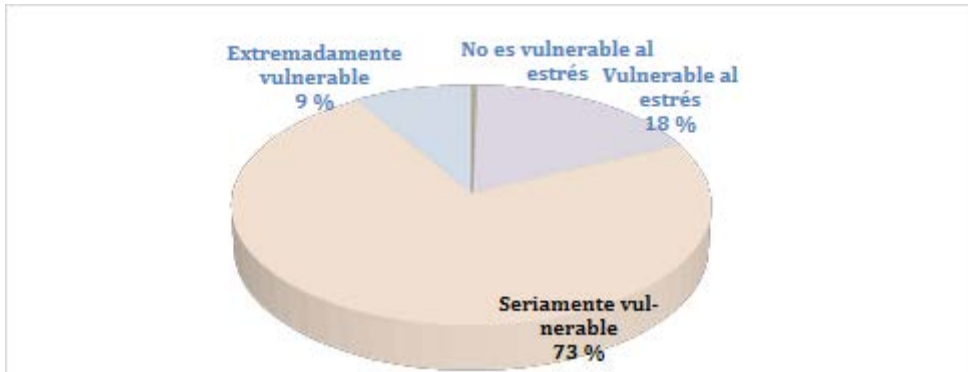
Tabla 3

Resultados de Formulario Vulnerabilidad en estudiantes de la Facultad de Ingeniería

Clasificación de Vulnerabilidad	No.	Porcentaje
No es vulnerable al estrés	1	0,3
Vulnerable al estrés	59	17,8
Seriamente vulnerable	243	73,2
Extremadamente vulnerable	29	8,7
Total	332	100

Figura 15

Diagrama de torta que muestra la distribución de los resultados de Vulnerabilidad



Fuente: Elaboración propia.

Los datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck II, consignados en la tabla 4, evidencian la clasificación de depresión de los 332 estudiantes. El grupo más numeroso, con el 31.3%, se encuentra en la categoría de Mínima Depresión, seguido por un 26.2% en la categoría de Depresión Grave, un 25.6% de los participantes presentan Depresión Moderada, y finalmente, un 16.9% se clasifican con Depresión Leve. En la figura 2 se muestra la distribución de los estudiantes en las diferentes categorías.

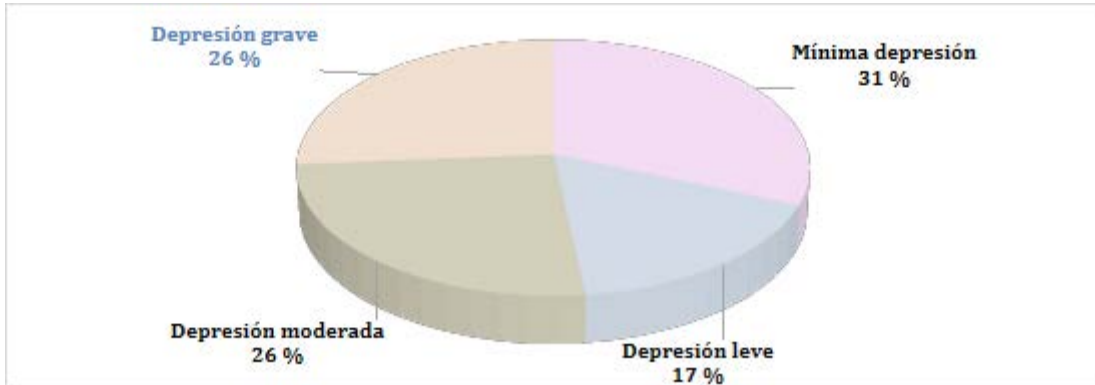
Tabla 4

Resultados de Depresión formulario Beck II en estudiantes de la Facultad de Ingeniería

Clasificación de depresión	No.	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima depresión	104	31,3	31,3	31,3
Depresión leve	56	16,9	16,9	48,2
Depresión moderada	85	25,6	25,6	73,8
Depresión grave	87	26,2	26,2	100,0
Total	332	100,0	100,0	

Figura 16

Diagrama de torta que muestra la distribución de los resultados de Depresión



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad (STAI) muestran en la tabla 4 la prevalencia de Ansiedad Rasgo en los estudiantes que participaron, el 51.5% de los estudiantes presentan niveles altos de ansiedad. Un 22.9% de ellos se encuentran en ansiedad sobre el promedio, mientras que el 11.1% se clasifica con niveles bajos de ansiedad. Además, el 8.1% de los participantes se encuentran en la categoría de tendencia al promedio y el 5.1% en la categoría de promedio. La figura 3 representa estas proporciones.

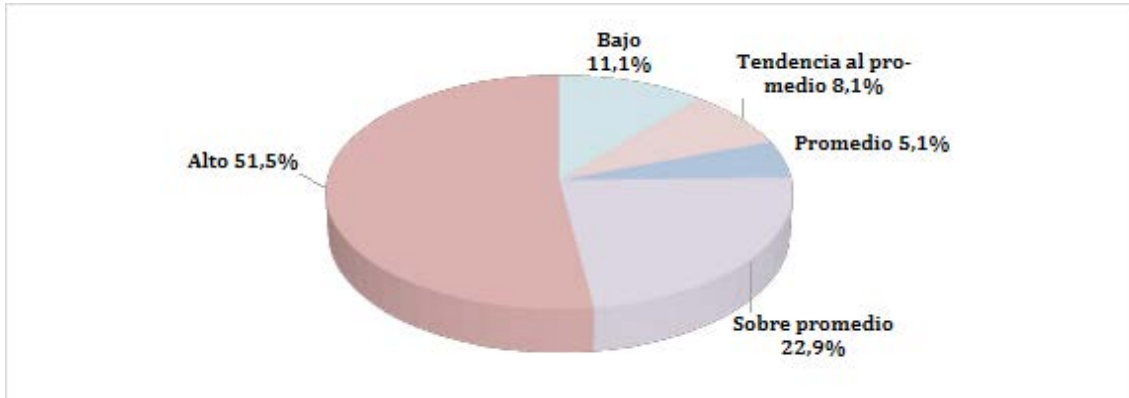
Tabla 5

Resultados de formulario STAI en estudiantes de la facultad de ingeniería

Clasificación de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Sin dato	4	1,2
Bajo	37	11,1
Tendencia al promedio	27	8,1
Promedio	17	5,1
Sobre promedio	76	22,9
Alto	171	51,5
Total	332	100,0

Figura 17

Diagrama de torta que muestra la distribución de los resultados de Ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Análisis Factorial

A continuación, se presenta el análisis factorial de los instrumentos que fueron utilizados en el presente trabajo de grado, esto con el objetivo de validar los mismos.

El análisis factorial del "Test de Vulnerabilidad al Estrés de Miller y Smith" identificó Las comunalidades indicaron que la mayoría de los ítems tienen una varianza bien explicada por los factores, confirmando la solidez de la estructura factorial extraída (tabla 6) La rotación Varimax facilitó la interpretación de estos factores, mostrando qué ítems se asocian más fuertemente con cada factor (tabla 7). Los seis factores significativos que explican el 58.7% de la varianza total (tabla 8). Este análisis proporciona una visión clara de las dimensiones subyacentes de la prueba y asegura que los ítems se agrupan de manera coherente con los factores identificados.

Tabla 6
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Ítem 1	1	0,533
Ítem 2	1	0,461
Ítem 3	1	0,489
Ítem 4	1	0,553
Ítem 5	1	0,674
Ítem 6	1	0,857
Ítem 7	1	0,87
Ítem 8	1	0,551
Ítem 9	1	0,596
Ítem 10	1	0,459
Ítem 11	1	0,618
Ítem 12	1	0,732
Ítem 13	1	0,603
Ítem 14	1	0,497
Ítem 15	1	0,604
Ítem 16	1	0,594
Ítem 17	1	0,543
Ítem 18	1	0,519
Ítem 19	1	0,407
Ítem 20	1	0,597

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 7
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,095	25,474	25,474	5,095	25,474	25,474	2,393	11,967	11,967
2	2,007	10,037	35,51	2,007	10,037	35,51	2,198	10,989	22,956
3	1,386	6,929	42,44	1,386	6,929	42,44	2,006	10,03	32,986
4	1,168	5,842	48,281	1,168	5,842	48,281	1,952	9,76	42,746
5	1,068	5,341	53,622	1,068	5,341	53,622	1,726	8,63	51,376
6	1,035	5,176	58,799	1,035	5,176	58,799	1,485	7,423	58,799
7	0,96	4,798	63,597						
8	0,819	4,097	67,693						
9	0,768	3,84	71,533						
10	0,757	3,786	75,319						
11	0,688	3,441	78,76						
12	0,682	3,409	82,169						
13	0,645	3,225	85,393						
14	0,54	2,701	88,093						
15	0,536	2,68	90,776						
16	0,498	2,492	93,268						
17	0,437	2,186	95,454						
18	0,39	1,951	97,406						
19	0,34	1,698	99,104						
20	0,179	0,896	100						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 8
Matriz de componente rotado

	1	2	3	4	5	6
Ítem 1	0,117	0,102	0,196	0,036	0,637	0,254
Ítem 2	0,276	0,182	0,245	-0,06	0,536	0,028
Ítem 3	0,535	0,328	0,084	-0,041	0,264	0,133
Ítem 4	0,417	0,145	-0,264	0,032	0,062	0,532
Ítem 5	0,107	0,032	-0,003	0,037	0,807	0,095
Ítem 6	-0,023	-0,03	-0,013	0,919	-0,049	0,089
Ítem 7	0,003	-0,006	-0,036	0,927	0,022	0,097
Ítem 8	-0,017	0,073	0,252	0,074	0,163	0,671
Ítem 9	-0,078	0,209	0,673	0,074	-0,061	0,29
Ítem 10	0,127	0,217	0,588	-0,083	0,196	0,069
Ítem 11	0,042	0,748	0,137	0,011	0,196	0,001
Ítem 12	0,203	0,796	0,068	-0,006	0,041	0,225
Ítem 13	0,374	0,667	0,116	0,014	0,002	0,067
Ítem 14	0,11	0,123	0,24	0,064	0,19	0,61
Ítem 15	0,687	0,277	0,168	0,053	0,157	-0,002
Ítem 16	0,734	0,033	0,109	-0,16	0,088	0,098
Ítem 17	0,504	0,344	0,352	0,145	0,067	0,147
Ítem 18	0,375	0,034	0,574	-0,079	0,196	0,057
Ítem 19	-0,138	0,272	0,161	0,389	0,215	-0,301
Ítem 20	0,435	-0,067	0,595	0,089	0,199	0,017

Con respecto al instrumento Beck II, el análisis factorial revela que la mayoría de los ítems tienen una varianza bien explicada por los factores comunes, con comunalidades generalmente superiores a 0.5 (tabla 9). Las comunalidades se derivan de las cargas factoriales y nos indican qué tanto de la varianza de cada ítem es explicado por los factores extraídos (tabla 10). Los factores identificados explican una proporción significativa de la varianza total, lo que valida la estructura factorial del formulario (tabla 11).

Tabla 9
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Ítem 1	1	0,518
Ítem 3	1	0,652
Ítem 4	1	0,569
Ítem 5	1	0,622
Ítem 6	1	0,558
Ítem 7	1	0,594
Ítem 8	1	0,516
Ítem 9	1	0,516
Ítem 10	1	0,341
Ítem 11	1	0,386
Ítem 12	1	0,582
Ítem 13	1	0,492
Ítem 14	1	0,6
Ítem 15	1	0,67
Ítem 16	1	0,473
Ítem 17	1	0,433
Ítem 18	1	0,467
Ítem 19	1	0,571
Ítem 20	1	0,59
Ítem 21	1	0,342

Método de extracción: análisis de componentes
principales.

Tabla 10

Varianza

total

explicada

Componente	Autovaleores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
1	9,871	47,005	47,005	9,871	47,005	47,005	5,78	27,523	27,523
2	1,272	6,058	53,064	1,272	6,058	53,064	5,264	25,541	53,064
3	0,902	4,297	57,261						
4	0,845	4,022	61,283						
5	0,767	3,65	65,033						
6	0,721	3,035	68,468						
7	0,642	3,057	71,525						
8	0,603	2,873	74,399						
9	0,566	2,696	77,094						
10	0,542	2,581	79,675						
11	0,511	2,032	82,107						
12	0,481	2,289	84,396						
13	0,464	2,207	86,604						
14	0,43	2,049	88,652						
15	0,414	1,971	90,623						
16	0,394	1,875	92,498						
17	0,376	1,791	94,289						
18	0,359	1,613	95,902						
19	0,326	1,554	97,437						
20	0,297	1,416	98,873						
21	0,237	1,127	100						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 11

Matriz de componente rotado

	1	2
Ítem 1	0,577	0,43
Ítem 2	0,768	0,25
Ítem 3	0,758	0,279
Ítem 4	0,526	0,54
Ítem 5	0,689	0,384
Ítem 6	0,734	0,139
Ítem 7	0,66	0,399
Ítem 8	0,639	0,328
Ítem 9	0,636	0,334
Ítem 10	0,362	0,458
Ítem 11	0,372	0,498
Ítem 12	0,559	0,519
Ítem 13	0,388	0,585
Ítem 14	0,702	0,328
Ítem 15	0,305	0,76
Ítem 16	0,198	0,658
Ítem 17	0,372	0,543
Ítem 18	0,274	0,626
Ítem 19	0,313	0,688
Ítem 20	0,212	0,738
Ítem 21	0,183	0,556

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

A continuación, se analizan los resultados del análisis factorial para el instrumento STAI que evidencia la efectividad de este para medir la ansiedad Estado y Rasgo.

Tabla 12
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Ítem 1	1	0,553
Ítem 2	1	0,609
Ítem 3	1	0,565
Ítem 4	1	0,516
Ítem 5	1	0,682
Ítem 6	1	0,61
Ítem 7	1	0,544
Ítem 8	1	0,413
Ítem 9	1	0,641
Ítem 10	1	0,645
Ítem 11	1	0,621
Ítem 12	1	0,598
Ítem 13	1	0,417
Ítem 14	1	0,443
Ítem 15	1	0,666
Ítem 16	1	0,643
Ítem 17	1	0,587
Ítem 18	1	0,462
Ítem 19	1	0,726
Ítem 20	1	0,711

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Esta tabla muestra que la mayoría de los ítems de la prueba STAI están bien representados por los factores extraídos, con comunalidades entre 0.413 y 0.726. Los ítems 8, 13, 14 y 18 tienen comunalidades más bajas, sugiriendo la necesidad de una revisión.

Tabla 13
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	9,592	47,959	47,959	9,592	47,959	47,959	6,18	30,899	30,899
2	2,061	10,303	58,262	2,061	10,303	58,262	5,472	27,362	58,262
3	0,858	4,29	62,551						
4	0,824	4,119	66,67						
5	0,75	3,749	70,419						
6	0,666	3,329	73,748						
7	0,591	2,956	76,704						
8	0,526	2,631	79,335						
9	0,497	2,485	81,819						
10	0,473	2,363	84,183						
11	0,427	2,135	86,318						
12	0,38	1,9	88,218						
13	0,372	1,86	90,078						
14	0,352	1,76	91,838						
15	0,309	1,546	93,384						
16	0,301	1,504	94,888						
17	0,283	1,416	96,304						
18	0,274	1,368	97,671						
19	0,237	1,184	98,856						
20	0,229	1,144	100						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Los dos factores principales explican conjuntamente el 58.2% de la varianza total: el primer factor explica el 47.959% y el segundo factor el 10.3%.

Tabla 14
Matriz de componente rotado

	1	2
Ítem 1	0,615	-0,418
Ítem 2	0,709	-0,327
Ítem 3	-0,302	0,688
Ítem 4	-0,225	0,682
Ítem 5	0,78	-0,271
Ítem 6	-0,185	0,759
Ítem 7	-0,391	0,626
Ítem 8	0,639	-0,067
Ítem 9	-0,299	0,743
Ítem 10	0,777	-0,203
Ítem 11	0,744	-0,259
Ítem 12	-0,228	0,739
Ítem 13	-0,21	0,611
Ítem 14	-0,337	0,574
Ítem 15	0,734	-0,358
Ítem 16	0,764	-0,242
Ítem 17	-0,359	0,677
Ítem 18	-0,045	0,678
Ítem 19	0,816	-0,245
Ítem 20	0,76	-0,365

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Análisis de Correlaciones y Regresiones

A continuación, se presentan las tablas de regresión correspondientes a este estudio. En primer lugar, se toma la vulnerabilidad como variable dependiente, mientras que las variables predictoras (Ansiedad-Estado, Con quién vive, Edad, Género, Padres Separados, Reporta apoyo de pares, Consumo de sustancias, Reporta religión o Ser Superior, Estrato, Reporta apoyo familiar, Reporta proximidad familiar, Reporta relación de pareja, Reporta pérdida reciente, Reporta abuso o violencia, Semestre, Beck-II) muestran una relación débil (R ajustado 0.252). Esto indica que las variables independientes solo explican el 25.2% de la variable vulnerabilidad. Sin embargo, la significancia muestra una correlación significativa con un valor de $p < 0.000$. La figura 17 muestra el resumen del modelo de regresión para la variable.

Figura 18

Resumen del modelo de regresión para la variable vulnerabilidad

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio				
						Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Debn-Watson
1	.252 ^a	0.280	0.252	0.43032	0.280	7.818	16	308	0	2.133

a. Predictores: (Constante), ES, E Total, Con quien vive, Edad, Género, Padres Separados, Reporta apoyo de pares, Consumo de sustancias, Reporta religión o Ser Superior, Estrato, Reporta apoyo familiar, Reporta proximidad familiar, Reporta relación de pareja, Reporta pérdida reciente, Reporta abuso o violencia, Semestre, Beck II Total

b. Variable dependiente: EV total

Por su parte, la variable dependiente Beck-II, tiene como variables predictoras (Vulnerabilidad, Edad, Reporta proximidad familiar, Consumo de sustancias, Padres Separados, Reporta religión o Ser Superior, Reporta pérdida reciente, Reporta relación de pareja, Estrato, Reporta apoyo familiar, Género, Con quién vive, Reporta apoyo de pares, Reporta abuso o violencia, Ansiedad-Estado, Semestre), presenta una relación moderada pues (R ajustada es de 0,46), lo que explica el 46% de la relación, de igual modo, la significancia indica una incidencia ya que su valor es de ($<,000$). En la figura 18 se encuentra consignada dicha información.

Figura 19
Resumen del modelo de regresión para la variable Beck II

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			Sig. Cambio en F	Doblo-Watson
						Cambio en F	gl1	gl2		
1	.372 ^a	0,487	0,45	0,87029	0,487	18,264	16	308	0	2,119

a. Predictores: (Constante), RV total, Edad, Reporta proximidad familiar, Consumo de sustancias, Padres Separados, Reporta religión o Ser Superior, Reporta pérdida reciente, Reporta relación de pareja, Estrato, Reporta apoyo familiar, Género, Con quién vive, Reporta abuso de sustancias, Reporta abuso o violencia, RS: E Total, Semestre
b. Variable dependiente: BII: E Total

Además, las variables predictoras (Beck-II Con quién vive, Edad, Padres Separados, Consumo de sustancias, Reporta relación de pareja, Reporta religión o Ser Superior, Reporta apoyo de pares, Estrato, Reporta proximidad familiar, Género, Reporta pérdida reciente, Reporta apoyo familiar, Reporta abuso o violencia, Vulnerabilidad, Semestre), tiene una relación moderada con Ansiedad y explica moderadamente la variación de esta variable (R ajustada 0.372), esto indica que explica el 37,2% de la misma. Por su parte, la significancia indica la incidencia de las variables predictoras si es significativa para la ansiedad (<.000). En la figura 19 se plasman dichos resultados.

Figura 20
Resumen del modelo de regresión para la variable STAI

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio en R cuadrado	Estadísticos de cambio			Sig. Cambio en F	Doblo-Watson
						Cambio en F	gl1	gl2		
1	.418 ^a	0,403	0,372	1,11127	0,403	13	16	308	0	2,047

a. Predictores: (Constante), BII: E Total, Con quién vive, Edad, Padres Separados, Consumo de sustancias, Reporta relación de pareja, Reporta religión o Ser Superior, Reporta apoyo de pares, Estrato, Reporta proximidad familiar, Género, Reporta pérdida reciente, Reporta apoyo familiar, Reporta abuso o violencia, RV total, Semestre
b. Variable dependiente: STAI: E Total

A

continuación, se presenta el análisis de correlación entre las variables sociodemográficas, de vulnerabilidad con respecto a las variables de depresión, ansiedad. La tabla 15 muestra los coeficientes de correlación entre las variables mencionadas anteriormente. El coeficiente de Pearson se utiliza para evaluar la relación lineal entre dos variables, con valores que oscilan entre -1 y 1. Un valor próximo a 1 indica una correlación positiva fuerte, mientras que un valor cercano a -1 indica una correlación negativa fuerte, y un valor próximo a 0 sugiere que no existe correlación. Un valor p menor a 0.05 señala que la correlación es estadísticamente significativa y que se puede aceptar un error del 5%, cuando p<0.01, el margen de error es del 1%. Es crucial tener en cuenta que las correlaciones estadísticamente significativas no implican ni se consideran necesariamente una relación causal. La tabla 6 presenta las correlaciones entre estas variables.

Entre las correlaciones significativas encontradas para la variable Semestre, destaca la relación positiva con la edad (r = 0.596 p<0.01), indicando que a medida que los estudiantes avanzan en los semestres, aumenta su edad, lo cual es esperable en el contexto de su

trayectoria académica. También se encontró una correlación positiva significativa con la variable Estrato ($r = 0.153 p < 0.001$), reflejando que los estudiantes de estratos socioeconómicos más altos tienden a ser menos vulnerables a la deserción. Además, la variable "Edad" muestra una correlación positiva con la variable de relación de pareja ($r = 0.123 p < 0.05$), sugiriendo que conforme aumenta la edad, aumenta la probabilidad de tener una relación de pareja.

Al analizar la relación entre la variable Género y la presencia de una relación de pareja, se observó una correlación negativa significativa ($r = -0.165 p < 0.01$), indicando que las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de reportar una relación de pareja. Asimismo, se encontró una correlación negativa significativa entre el género y la experiencia de abuso o violencia ($r = -0.149 p < 0.01$), sugiriendo que las mujeres tienen más probabilidades de reportar tales experiencias en comparación con los hombres.

En cuanto a las correlaciones con la variable Estrato, se encontró una correlación negativa significativa ($r = -0.183 p < 0.01$) con la variable "con quién vive", indicando que hay una relación inversa entre el estrato socioeconómico y la situación de convivencia, siendo estadísticamente significativa.

Respecto a la variable que indaga sobre si los estudiantes tienen Padres Separados, se encontraron correlaciones positivas significativas con las variables Relación de pareja ($r = 0.130 p < 0.05$) y Reporta abuso o Violencia ($r = 0.155 p < 0.01$), siendo esta última relación estadísticamente significativa ($p < 0.01$). Además, la variable Consumo de Sustancias mostró una correlación positiva significativa con el reporte de Abuso o Violencia ($r = 0.128 p < 0.05$).

Para la variable que reporta Creencia en Dios o en un ser superior, se encontró una correlación positiva significativa ($r = 0.115 p < 0.05$) con la variable de apoyo familiar percibido, indicando que quienes reportan una creencia en un ser superior también tienden a percibir un mayor apoyo familiar.

En el análisis de las correlaciones significativas con la variable que indica el reporte de abuso o violencia, se encontraron dos relaciones notables. Primero, una correlación negativa significativa con la percepción de apoyo familiar ($r = -0.232 p < 0.01$), sugiriendo que quienes reportan haber sufrido abuso o violencia tienden a percibir menos apoyo familiar. Segundo, una correlación positiva significativa con la percepción de pérdida reciente ($r = 0.182, p < 0.01$), indicando que las personas que reportan haber sufrido abuso o violencia también tienden a reportar una experiencia reciente de pérdida.

Para la variable sobre la percepción de apoyo familiar, se encontraron correlaciones significativas con el apoyo de pares ($r = 0.113$ $p < 0.05$), indicando que una mayor percepción de apoyo familiar se asocia con una mayor percepción de apoyo de pares. Además, la correlación con la variable Reporta pérdida reciente fue de ($r = -0.116$ $p < 0.05$), sugiriendo que quienes se sienten más apoyados por su familia tienen menos probabilidades de haber experimentado una pérdida reciente.

En cuanto a las correlaciones significativas encontradas para la variable Vulnerabilidad, se observó una correlación negativa significativa con el Género ($r = -0.136$ $p < 0.05$), indicando que las mujeres tienden a reportar niveles más altos de ansiedad que los hombres. Asimismo, se encontró una correlación negativa significativa con la variable Estrato ($r = -0.145$ $p < 0.01$), sugiriendo que a medida que aumenta el estrato socioeconómico, disminuyen los niveles de vulnerabilidad reportados. Además, la variable Vulnerabilidad mostró una correlación positiva significativa con Reporta abuso o violencia ($r = 0.113$ $p < 0.05$), indicando que quienes reportan niveles más altos de vulnerabilidad también tienen más probabilidades de reportar haber vivido una situación de abuso o violencia. La correlación con Apoyo Familiar fue negativa y significativa ($r = -0.180$ $p < 0.01$), sugiriendo que quienes perciben un mayor apoyo familiar tienden a sentirse menos vulnerables. También se encontró una fuerte correlación negativa con la percepción de apoyo de pares ($r = -0.342$ $p < 0.001$), sugiriendo que a medida que aumenta la percepción de apoyo de pares, disminuyen los niveles de vulnerabilidad. Por último, se encontró una correlación positiva significativa con la variable Pérdida reciente ($r = 0.108$ $p < 0.05$), indicando que los niveles más altos de vulnerabilidad están asociados con una mayor probabilidad de haber experimentado una pérdida reciente.

La variable Depresión mostró una correlación significativa con la creencia en un ser superior ($r = -0.136$ $p < 0.05$), sugiriendo que las personas con creencias religiosas o espirituales tienden a experimentar niveles más bajos de depresión. Además, la depresión mostró correlaciones significativas tanto positivas como negativas con diversas variables. Se observó una correlación positiva con Reporta abuso o violencia ($r = 0.294$ $p < 0.01$), indicando que los niveles más altos de depresión se relacionan con una mayor probabilidad de haber sufrido abuso o violencia. Por otro lado, se encontró una correlación negativa significativa con Reporta apoyo familiar ($r = -0.306$ $p < 0.01$), sugiriendo que quienes tienen menores niveles de depresión perciben un mayor apoyo familiar. Similarmente, la correlación con Reporta apoyo de pares fue negativa y significativa ($r = -0.246$ $p < 0.01$), sugiriendo que el apoyo de amigos y compañeros está asociado con menores niveles de depresión. Finalmente, la correlación con Pérdida reciente fue positiva y significativa ($r = 0.285$ $p < 0.01$), indicando que los niveles más altos de depresión se asocian con una mayor probabilidad de haber

experimentado una pérdida reciente. Además, la variable Vulnerabilidad mostró una correlación positiva significativa con la Depresión ($r = 0.403$ $p < 0.01$), sugiriendo que mayores niveles de depresión están asociados con mayores niveles de vulnerabilidad.

A continuación, se presentan las correlaciones significativas de la variable Ansiedad con otras variables relevantes. Se encontró una correlación negativa significativa entre Ansiedad y Reporta abuso o violencia ($r = -0.148$ $p < 0.01$), indicando que mayores niveles de ansiedad se relacionan con una mayor probabilidad de haber experimentado abuso o violencia. Además, Ansiedad mostró correlaciones negativas significativas con Reporta apoyo familiar ($r = -0.201$ $p < 0.01$), Reporta apoyo de pares ($r = -0.173$ $p < 0.01$), Pérdida reciente ($r = -0.244$ $p < 0.01$), y Vulnerabilidad ($r = -0.352$ $p < 0.01$). Estos hallazgos sugieren que un mayor apoyo social y familiar está asociado con menores niveles de ansiedad, mientras que la experiencia de pérdida reciente y niveles elevados de vulnerabilidad se relacionan con mayores niveles de ansiedad.

Tabla 15
Tabla de correlaciones entre las variables

		Semestre	Edad	Género	Estrato	Con quién vive	Padres Separados	Consumo de sustancias	Reporta relación de pareja	Reporta religión o Ser Superior	Reporta abuso o violencia	Reporta apoyo familiar	Reporta apoyo de pares	Reporta pérdida reciente	Reporta proximidad familiar	RV_total	RB_I_Total	RS_E_Total
Semestre	Correlación de Pearson	1	.596**	-0.017	.153**	0.05	0.029	-0.064	.125*	0.045	0.065	-0.015	0.038	0.026	0.085	-0.048	0.02	0.004
Edad	Correlación de Pearson		1	0.014	0.083	-0.014	0.042	-0.042	.122*	0.106	0.087	-0.074	0.015	0.088	-0.008	0.029	0.028	-0.042
Género	Correlación de Pearson			1	0.055	-0.058	0.005	.129*	-.165**	-.157**	-.149**	0.016	0.017	-0.086	0.017	-.136*	-0.104	-0.074
Estrato	Correlación de Pearson				1	-.183**	-0.008	-0.065	.145**	-0.089	0.029	0.057	0.09	0.017	-0.061	-.145**	-0.014	0.018
Con quién vive	Correlación de Pearson					1	0.001	0.062	-0.034	0.031	-0.01	-0.069	-0.004	-0.012	.254**	-0.006	0.013	0.017
Padres Separados	Correlación de Pearson						1	-0.007	.130*	0.103	.155**	-0.041	0.059	0.077	0.069	0.026	0.042	0.071
Consumo de sustancias	Correlación de Pearson							1	-0.067	-0.03	.128*	-0.046	0.014	0.082	-0.028	-0.036	0.064	0.106
Reporta relación de pareja	Correlación de Pearson								1	0.036	0.094	0.012	0.043	-0.042	-0.026	-0.081	0.009	0.066
Reporta religión o Ser Superior	Correlación de Pearson									1	-0.029	.112*	0.008	0.012	-0.043	-0.052	-.136*	-0.073
Reporta abuso o violencia	Correlación de Pearson										1	-.232**	-0.028	.182**	-0.04	.113*	.294**	.148**
Reporta apoyo familiar	Correlación de Pearson											1	.113*	-.116*	0.011	-.180**	-.306**	-.201**
Reporta apoyo de pares	Correlación de Pearson												1	-0.047	-0.039	-.342**	-.246**	-.173**
Reporta pérdida reciente	Correlación de Pearson													1	0.078	.108*	.285**	.244**
Reporta proximidad familiar	Correlación de Pearson														1	0.017	0.09	0.085
RV_total	Correlación de Pearson															1	.403**	.352**
RB_I_Total	Correlación de Pearson																1	.598**
RS_E_Total	Correlación de Pearson																	1

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Discusión

A continuación, se presenta una síntesis contrastiva de los resultados obtenidos en este estudio con los hallazgos reportados en diversas investigaciones relevantes sobre la prevalencia y factores asociados a la salud mental de estudiantes universitarios en Colombia. Los instrumentos utilizados para hallar los datos de los estudios varían de manera significativa, así que se ha considerado el estudio del tema en el contexto colombiano como punto de partida.

El presente estudio se realizó en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, se obtuvo una muestra de estudiantes jóvenes de estratos socioeconómicos bajos, se encontró una alta prevalencia de síntomas de vulnerabilidad al estrés y depresión, con un 26.2% de los participantes mostrando depresión grave y un 51.5% presentando niveles elevados de ansiedad. Estos hallazgos se alinean en gran medida con el estudio de (Arrieta et al., 2014) en la ciudad de Cartagena, quienes reportaron prevalencias de síntomas depresivos (56.6%), ansiosos (37.4%) y de estrés (45.4%) en estudiantes de odontología. Ambos estudios identifican factores similares asociados a estos síntomas, como la disfunción familiar y la falta de apoyo social, en el caso de nuestro estudio, los niveles altos de vulnerabilidad son una de las variables que aparece con una mayor relación con los factores mencionados anteriormente, ambos coinciden en que el apoyo por parte de la familia es un factor de gran relevancia para el estudiante y que puede ser tanto un factor de protección como de riesgo cuando es disfuncional. En el estudio de Arrieta et al. (2014), se tiene en cuenta la carga académica específica del programa, que es a la que se encuentran expuestos los estudiantes, demarcando un aspecto que también puede ser relevante para este tipo de análisis de factores asociados a ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

Otro de los estudios que se encontraron en el contexto colombiano, fue llevado a cabo en la ciudad de Medellín (Rúa et al., 2019) también con estudiantes del programa académico odontología, los resultados encontrados en dicho estudio, muestran una mayor prevalencia síntomas de depresión y ansiedad altos en mujeres, evidenciando una diferencia de género significativa. En cuanto a los resultados de nuestro estudio, el género femenino mostró relaciones significativas con variables sociodemográficas como el reporte de pareja, el haber vivido una situación de abuso o violencia y la creencia de un ser superior, aunque en nuestro estudio, también se reportan altos niveles de depresión y ansiedad, la diferencia por género no es tan marcada. Ambos estudios coinciden en la importancia del apoyo social como un factor de riesgo significativo para la salud mental. En los resultados obtenidos por Rúa et al., (2019), se encuentra significativa la relación entre niveles de depresión y estrato socioeconómico, hallando que los estratos más bajos tienen niveles graves de depresión, resultado esperado para este proyecto teniendo en cuenta los antecedentes consultados, pero en la cual no se encontró relación significativa.

Por otro lado, en un estudio en la ciudad de Montería, realizado por Alpi y Bechara (2021), se identifican una serie de factores sociodemográficos que influyen en la salud mental de los estudiantes, como el sexo, la edad, el estado civil y el estrato social. En nuestro estudio, se observó que la mayoría de los participantes son jóvenes de estratos bajos, quienes presentan una alta vulnerabilidad al estrés y la depresión, aunque no se profundizó en otros factores como el estado civil o la raza. Esta diferencia puede ser atribuible a la diversidad en

las características demográficas de las poblaciones estudiadas y la variabilidad en los factores de riesgo específicos de cada contexto. Este estudio toma estudiantes de otras carreras no asociadas al área de la salud, argumentando y señalando que la mayoría de los estudios encontrados son de dicha área, lo que lleva a proponer estudiantes de Ingeniería Civil, esta idea se comparte también en este proyecto, puesto que fue evidenciada la falta de estudios en los estudiantes de Ingeniería, según los resultados expuestos por los autores, no hay mucha diferencia entre los estudiantes de este programa y los de medicina, aunque esto lleva a pensar que hace falta estudiar dicha facultad a nivel macro y hacer comparaciones con estudiantes del área de la salud, esto con la idea de que pueden existir diferencias en los niveles de ansiedad y depresión demarcadas por exigencias académicas propias de cada programa y área del conocimiento.

Finalmente, un estudio reciente realizado por Mieles y Pabón (2023) en la ciudad de Bucaramanga, muestra altos niveles de ansiedad y depresión en estudiantes que retomaron la presencialidad tras el confinamiento por COVID-19, con diferencias significativas en la sintomatología depresiva por género, pero no por estrato socioeconómico. Nuestros resultados también indican una alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos, y resaltan la importancia de factores familiares y de apoyo social. No obstante, en el caso de los resultados obtenidos en este estudio, los estratos bajos se identifican como una variable determinante en la aparición de estos síntomas. Un factor importante para tener en cuenta con los resultados obtenidos en el estudio de Mieles y Pabón (2023) es que tienen como variable la satisfacción familiar, donde la conclusión es que no es influyente en los niveles de ansiedad y depresión, caso contrario a como sucede con los resultados de nuestro estudio, puesto que en una gran parte de las relaciones que se encuentran, las variables relacionadas con la percepción de apoyo por parte de la familia son significativas. Esto lleva a pensarse en estudios donde se aborde con mayor profundidad el valor y la importancia que tienen las relaciones interpersonales para un estudiante universitario y a raíz de esto, adelantar estrategias para contribuir a construir dichos lazos o trabajar en estos.

No se encontraron estudios donde relacionaran la vulnerabilidad con las mismas variables tenidas en cuenta para este proyecto ni estudios recientes en la universidad del Valle sobre aspectos de salud mental en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería. En este estudio se obtuvieron resultados significativos relacionados con vulnerabilidad, donde variables mencionadas en los estudios anteriores tuvieron correlaciones significativas con esta, como por ejemplo el estrato socioeconómico, que tiene una relación negativa, mostrando que a mayores niveles socioeconómicos menores niveles de vulnerabilidad, lo cual es esperable, puesto que las personas con menos ingresos económicos tienen a ser población en condición de riesgo, lo que los lleva a ser vulnerables. Los factores asociados con las relaciones

interpersonales que tienen los estudiantes mostraron que el sentir apoyo de pares o de su familia representa menores niveles de vulnerabilidad y de depresión y ansiedad, esto debe ser tenido en cuenta para la propuesta de programas de intervención integrales donde el tema de las redes de apoyo se fortalezca y se inviten a los estudiantes a construir relaciones interpersonales sanas. Otro factor que llama la atención es la relación significativa positiva de la vulnerabilidad con el reporte de abuso o violencia y reporte de pérdida reciente, en estos casos se puede observar que, la relación es positiva, mostrando entonces lo importante que es estar al tanto de estas situaciones para intervenir y acompañar a los estudiantes.

Se observa que los estudios revisados del contexto colombiano y los resultados obtenidos en nuestro propio proyecto coinciden en la alta prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes universitarios, destacando la influencia de factores económicos, sociales y familiares en la aparición de estos síntomas. A pesar de algunas diferencias en las variables específicas y la distribución de la prevalencia de síntomas, es evidente la necesidad de abordar estos problemas desde una perspectiva integral que contemple los múltiples factores de riesgo identificados en cada contexto. Esto resalta la importancia de implementar intervenciones específicas para mejorar la salud mental de los estudiantes universitarios, con un enfoque particular en aquellos de estratos socioeconómicos bajos o situaciones de vulnerabilidad alta con redes de apoyo interpersonales pobres o nulas.

Limitaciones y recomendaciones

Una de las limitaciones más significativas del estudio fue la formulación de algunas preguntas sociodemográficas, que no mostraron correlaciones significativas con otras variables. No obstante, estas preguntas proporcionaron información valiosa sobre la muestra. Durante la recolección de datos, se observó una pequeña cantidad de respuestas incompletas en ciertas variables. Aunque estas omisiones se tuvieron en cuenta en el análisis estadístico, es probable que se hubiera podido prevenir este problema si las respuestas a cada pregunta hubieran sido obligatorias desde el inicio del proceso de recolección virtual. Entre las preguntas sociodemográficas se buscó indagar sobre los estudiantes “foráneos”, sin embargo, la pregunta iba dirigida hacia si vivía con su círculo familiar, dejando de lado la consideración de que el círculo se hubiera movido o haciendo claridad de que si en la ciudad de cali vive sin su círculo, ya que muchos estudiantes pueden seguir considerando que aún viven con sus padres si estos son los que pagan su manutención.

Además, es importante destacar que una mayor heterogeneidad en variables como el estrato socioeconómico podría haber arrojado resultados diferentes, aportando información adicional que hubiera enriquecido el análisis. Asimismo, considerar aspectos específicos relacionados con la carrera académica de los participantes podría proporcionar datos relevantes para la formulación de futuras políticas o intervenciones dirigidas a la Facultad de Ingeniería.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en este estudio y su análisis, se concluye que los niveles de depresión y ansiedad en los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle están significativamente relacionados con la vulnerabilidad y diversas variables sociodemográficas. Es importante enfatizar que los resultados de los cuestionarios aplicados no deben ni buscar interpretarse como un diagnóstico clínico, sino como una indicación de la presencia de un conjunto de síntomas de salud mental que sugieren la necesidad de atención.

Se observa que las relaciones interpersonales, especialmente el apoyo recibido de la familia y los pares, juegan un papel fundamental en la reducción de la vulnerabilidad y la mitigación de síntomas de depresión y ansiedad. Por otro lado, factores como haber sufrido situaciones de abuso o violencia y la experiencia de pérdidas recientes aumentan significativamente la vulnerabilidad y, consecuentemente, los niveles de ansiedad y depresión.

Una de las reflexiones más importantes que surge de este trabajo es la necesidad de realizar más estudios sobre la salud mental de los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad del Valle. Es esencial comprender los factores que influyen en su bienestar mental, con el objetivo de proponer estrategias efectivas que promuevan su cuidado integral y fortalezcan sus redes de apoyo. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la salud mental desde una perspectiva preventiva y multidimensional, que contemple los múltiples factores de riesgo identificados.

Referencias

- Agudelo-Vélez, D., Casadiegos-Garzón, C. y Sánchez-Ortiz, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-104.
- Alpi, S. V., & Bechara, A. O. (2021). Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica/Universitas Psychologica*, 19. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy19.vaad>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Aragonès, E., Piñol, J.L. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551. doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011
- Arevalo, G. E., Castillo-Jimenez, D. A., Cepeda, I. L., Pacheco, J. L., & López, R. P. (2019). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1). <https://doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.5342>.
- Arista, K. (2017). *Características Epidemiológicas y Vulnerabilidad al Estrés en Estudiantes Preuniversitarios, en Arequipa, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6300>
- Arntz, J., Trunche, S., Villarroel, G., Werner, K., & Muñoz, S. (2022). Relación de variables sociodemográficas con niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(2), 156-166. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000200156>
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica de medicina de familia*, 7(1), 14-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 237-243. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>

- Barreto, A (2020). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI*.
- Beck, A. (1967). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. E.U.: Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory (Second edition)* [Inventario de depresión de Beck (segunda edición)]. Psychological Corporation.
- Berríos, G. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Fondo de Cultura Económica.
- Cabrera-Díaz, E., Charry-Mendez, S., & Astaiza-Arias, G. (2023). Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 33(2), 477-486. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2829>
- Campo Cabal, G., & Gutiérrez Segura, J. C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud – Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351-358. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80630402>
- Cardona-Arias, Jaiberth A., Pérez-Restrepo, Diana, Rivera-Ocampo, Stefanía, Gómez-Martínez, Jessica, & Reyes, Ángela. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982015000100006&lng=en&tlng=es
- Carlessi, H. H. S., Chocas, L. a. Y., Alva, L. J., LLacuachaqui, E. R. N., Iparraguirre, C. A., Calvet, M. L. M., Santayana, E. G., Medina, I. E., Quispe, J. S., & Figueroa, C. F. (2022). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in human medicine interns at a reference university in Peru during the COVID-19 pandemic. *Revista De La Facultad De Medicina Humana*, 22(3), 540–546. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3179>
- Carrasco, A. (2017). MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS PARA LA DEPRESIÓN: HACIA UN ENFOQUE INTEGRADO. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2),181-189. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>

Ceballos Ospino GA, Charris KR, Carrascal Gutiérrez SM, Oviedo Acevedo HC, Herazo E, Campo Arias A. Asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes universitarios. *MedUNAB* [Internet]. 31 de marzo de 2013;16(1):19-23.

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1866>

Ceccon, J. (2020). Eso que llaman ansiedad...es angustia? *Psicopatología II*, 2-10.

<https://www.aacademica.org/julieta.ceccon/2>

Chacón, E., Xatruch, D., Lara, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Coryell, W. (2023). Trastornos depresivos. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiatricos/trastornos-del-estado-de-animos/trastornos-depresivos>.

Craske, M. (2017). *Anxiety*. The Lancet.

Cuesta, M. y Villacob, K. (2018). VULNERABILIDAD COGNITIVA: UNA MIRADA DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL. En O.L. Hernández. (Ed). *Psicología y Vulnerabilidad* (pp.73-92). Editorial CECAR. Ceballos Ospino GA, Charris KR, Carrascal Gutiérrez SM, Oviedo Acevedo HC, Herazo E, Campo Arias A. Asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes universitarios. *MedUNAB* [Internet]. 31 de marzo de 2013;16(1):19-23.

Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I. & Baker, A. W. (2021). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 184–189.

<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>

Davidson, K., Rieckmann, N., & Lespérance, F. (2004). Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 165-173.

[doi:10.1097/01.psy.0000116716.19848.65](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000116716.19848.65)

De Tejada, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Revista de*

Pedagogía, 33(92), 235-269.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65926546002>

Del Cid, M. T. C. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89isupl.1.12047>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), (s.f). <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>

Desseilles, M., Chang, T., Piguet, C., Bertschy, G., & Dayer, A. (2012). A Three-Dimensional Model of Thoughts: Insight into Depression. *Psychopathology*, 45(4), 203-214. <https://doi.org/10.1159/000335073>.

Díaz-Barriga, C. G. y González-Celis, A. L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2563>

Estevez, A. (2011). Vulnerabilidad psicosocial: una aproximación conceptual [conferencia]. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-052/290>

Estrella, B. O., & Vigo, M. G. (2016). Prevalencia de la depresión y nivel de estrés en estudiantes de la Universidad Continental de Huancayo. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 6(1). <https://doi.org/10.18259/acs.2016004>.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Tomo XIV). Amorrortu Editores.

Garay, C., Donatti, S., Ortega, I., Rosales, G., Freiría, S. y Koutsovitits, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología*, 15, 7-21. https://www.researchgate.net/publication/339774363_Modelos_cognitivo-conductuales_del_trastorno_de_ansiedad_generalizada

- García, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 5-14. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758001>.
- García, S., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840008>
- Goldberg, D. (2011). The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry*, 10(3), 226-228. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00061.x>
- Handra, C., Naghi, E., & Otelea, M. (2018). Stress vulnerability assessment among medical and political science and public administration students. *Romanian Journal of Occupational Medicine*, 69, 43-48. https://www.researchgate.net/publication/330877017_Stress_vulnerability_assessment_among_medical_and_political_science_and_public_administration_students
- Herlyn, S. (2010). Bases biológicas de la ansiedad.
- Hernández, H., Lupercio, Patricia., Collas, J. y Castro Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Hernández, J. y Barrera, M.E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?. *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 85-91. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Hodann-Caudevilla, R. y Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 22, 39-45. [10.1016/j.anyes.2016.04.001](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.001)
- Hollon, S., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77. [10.1111/1529-1006.00008](https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008)
- Ingram, R., Miranda, J., & Segal, Z. (1998). *Cognitive Vulnerability to depression*. Guilford Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the

National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-7310201100100005&lng=es&tlng=es.

Lima, V. (2023). SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR: REVISÃO DE LITERATURA. *Interação em Psicologia, Curitiba*, 26(3).

Maldonado-Avenidaño, N., Castro-Osorio, R. & Cardona-Gómez, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1016/j.rcp.2021.08.007>.

Martínez, A., Valdés, A., Cabral, F., y Galván, L. (2009). Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del Instituto Tecnológico Superior de Cajeme (ITESCA). *Investigación Educativa Duranguense*, 11, 60. https://www.researchgate.net/publication/28316209_Vulnerabilidad_al_estres_en_estudiantes_del_Instituto_Tecnologico_Superior_de_Cajeme_ITESCA.

Mieles-Toloza, I.L. & Pabón-Poches, D.K.(2023). Satisfacción familiar, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios del nororiente colombiano. *Tesis Psicológica*, 18(2), X-X. <https://doi.org/10.37511/tesis.v18n2a2>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. 1st ed.*

Mongrain, M., & Blackburn, S. (2005). Cognitive vulnerability, lifetime risk, and the recurrence of major depression in graduate students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 747–768. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-4290-7>

Montero Granados. R (2016): Modelos de regresión lineal múltiple. Documentos de Trabajo en Economía Aplicada. Universidad de Granada. España.

- Montes, C. (2004). *La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja*. Academia Biomédica.
- Moreno P. (2008). Superar la ansiedad y el miedo. Desclée de Brouwer.
- Muñiz, J y Fernández-Hermida, JR (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*.
- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto*. Manantial.
- Nutt, D. J., Ballenger, J. C., Sheehan, D. & Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 5(4), 315–325. <https://doi.org/10.1017/S1461145702003048>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2023). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety>.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). Abuso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Pallás, D. (2023). Teorías etiopatogénicas y modelos en la depresión [Jiménez, Botto y Fonagy]. Parte 1: Epistemología, epidemiología, psicopatología e historia de la depresión. *Aperturas Psicoanalíticas* (72). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001213>
- Pesantes, D. A., Lindao, M. A., Burgos, L. X. y Dimitrakakis, L. B. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *RECIMUNDO*, 3(2), 1095-1109. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3\(2\)](https://doi.org/10.26820/recimundo/3(2))
- Pinilla, L. M., López, O. J., Moreno, D. A., y Sánchez, J. C. (2020). Prevalencia y Factores de riesgo de ansiedad en estudiantes de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuarzo*, 26(1), 22–27. <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v26.n1.493>.

- Pinto, J. (2014). Posibilidades de Combinación del Modelo Cognitivo-Conductual y el Psicoanalítico en el Tratamiento de la Ansiedad. *Clínica Contemporánea*, 5(2), 137-147. <https://doi.org/10.5093/cc2014a10>
- Polujanski, S., Rotthoff, T., Nett, U. E., & Schindler, A. (2023). First-year Medical Students' Varying Vulnerability to Developing Depressive Symptoms and Its Predictors: a Latent Profile Analysis. *Academic Psychiatry*, 47(2), 143–151. <https://doi.org/10.1007/s40596-023-01757-x>
- Pons, P. (2022). *Factores de riesgo asociados a la ansiedad en estudiantes universitarios españoles* [Tesis de pregrado, Universidad de las Islas Baleares]. <http://hdl.handle.net/11201/159745>
- Posadas-Escudero. (2015). Trastornos de ansiedad. Una revisión de los factores biológicos y ambientales. *Ágora de Heterodoxias*, 1(2), 22-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9072363>
- Quezada, A. (2018). LA GESTIÓN DE RIESGOS DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL. En O.L.Hernández. (Ed). *Psicología y Vulnerabilidad* (pp. 201-216). Editorial CECAR.
- Rabanal, L. (2023). Características asociadas a la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios. *Enfermería Global*, 22(3), 152–178. <https://doi.org/10.6018/eglobal.553991>
- Ramírez, L.A., Pérez-Padilla, E.A., García-Oscos, F., Salgado, H., Atzori, M. y Pineda, J.C. (2018). Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. *Biomédica*, 38(3):437-50. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view>
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K., Eaves, L., Hoh, J., et al. (2009). Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression: A Meta-analysis. *JAMA*, 301(23), 2462-2471.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Editorial Paidós Ibérica.
- Riveros, F., & Vinaccia-Alpi, S. (2017). Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes

- universitarios colombianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 229–241. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.16330>
- Robayo, B. (2022). *Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor Recurrente: Estudio de Caso Clínico* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. <http://hdl.handle.net/10584/11634>
- Rúa, L. J. Á., Rendón, Y. A. C., Vásquez, V. A. H., Parra, M. A. O., Arango, S. E. P., Peláez, S. V., Gómez, M. L. M., & Suárez, A. A. A. (2019). Salud mental en estudiantes de odontología de una Universidad Pública de Medellín (Colombia) y sus factores relacionados. *Revista Nacional de Odontología*, 15(29), 1-19. <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.02.08>
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Stewart, J.W., Warden, D., Niederehe, G., Thase, M.E., Lavori, P.W., Lebowitz, B., McGrath, P., Rosenbaum, J.F., Sackeim, H.A., Kupfer, D.J., Luther, J. & Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR report. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 05-17. [10.1176/ajp.2006.163.11.1905](https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1905)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry (11ª ed.)*. Wolters Kluwer.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1991). *Metodología de la investigación*.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Serrano, C., Rojas, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>.

- Spielberger, C., & Sydeman, S. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (Vol. 1, pp. 292-321). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Suldo, S. & Huebner, E. (2004). Does Life Satisfaction Moderate the Effects of Stressful Life Events on Psychopathological Behavior During Adolescence?. *School Psychology Quarterly*, 19(3), 93-105. <https://psycnet.apa.org/record/2004-15225-001>.
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*.
- Valencia, M.A. y Calderón, N.Y. (2023). *Predictores de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios del pregrado de psicología de la Universidad del Valle en un contexto post confinamiento* [Tesis de pregrado, Universidad del Valle].
- Vargas, S. (2021). Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Conrado*, 17(82), 387-394. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000500387&lng=es&tlng=es.
- Vilà Baños, R., Torrado-Fonseca, M., & Reguant Alvarez, M. (2019). Anàlisi de regressió lineal múltiple amb SPSS: un exemple pràctic. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.222704>
- Vinaccia Alpi, S. (2020). Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes
- Zapa-Pérez, K. L., Navarro-Carrascal, O., y Rendón-Rivera, A. R. (2017). MODELO DE ANÁLISIS DE LA VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES. *Revista De Gestão Social E Ambiental*, 11(2), 91-110. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v11i2.1309>.
- Zvelc, G. (2009). Between Self and Others: Relational Schemas as an Integrating Construct in Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 39(1), 22-38. [doi:10.1177/036215370903900104](https://doi.org/10.1177/036215370903900104)