

**CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS DE ESTUDIO, LA ANSIEDAD Y LA
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ALTO Y BAJO RENDIMIENTO DE
PSICOLOGÍA**

ÓSCAR MAURICIO GALLEGO VILLA

DIRECTOR

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C., DICIEMBRE DE 2010**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS DE ESTUDIO, LA ANSIEDAD Y LA
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ALTO Y BAJO RENDIMIENTO DE
PSICOLOGÍA**

NÉSTOR GARZÓN

JOHANNA GAVIDIA

KATHERINE LÓPEZ

MILEYDA MEDINA

JORGE MORA

JHON JAIRO MORALES

JUAN CAMILO RAMÍREZ

CÉSAR RIAÑO

ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

BOGOTÁ, D.C., DICIEMBRE DE 2010

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	3
Marco conceptual	5
Objetivos	64
Marco Metodológico	66
Tipo de Estudio	66
Método	66
Participantes	66
Instrumentos	68
Procedimiento	71
Resultados	73
Referencias	76
Anexos	86

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad se clasifican (DSM IV TR, APA, 2001)	21
Tabla 2. Estrategias de evaluación de los trastornos de ansiedad	26
Tabla 3. Tratamientos para los trastornos de ansiedad	36
Tabla 4. Criterios diagnósticos del episodio Depresivo Mayor según el DSM – IV – TR	38
Tabla 5. Instrumentos De Medición para la evaluación de la Depresión	44
Tabla 6. Instrumentos De Medición para la evaluación de la Depresión según el ministerio de sanidad.	46
Tabla 7. Cuestionarios sobre hábitos de estudio	61
Tabla 8. Distribución de la muestra según el semestre	66
Tabla 9. Escalas del LASSI	67
Tabla 10. Puntajes del Inventario LASSI	73

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuestionario de datos demográficos y consentimiento informado	86
Anexo B. Inventario de Estrategias de Estudio y Aprendizaje (IEEA/LASSI)	87
Anexo C. Escala de Síntomas Depresivos de Zung	90
Anexo D. Escala de Ansiedad de Zung	91
Anexo E. Protocolo de aplicación	92
Anexo F. Formato de consentimiento de aplicación para docentes	98
Anexo G. Acta de aplicación y asistencia	99

CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS DE ESTUDIO, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

De la misma manera que lo presenta el estudio de salud mental en Colombia desarrollado en 2003, las problemáticas de ansiedad y depresión (junto con las de consumo disfuncional de sustancias psicoactivas) se reportan como las más prevalentes en la población universitaria (esto se ve reflejado en estudios como los de Rivero, Hernández & Rivera, 2007 y Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2008).

Según lo reportan estas investigaciones, problemáticas de esta índole conducen a problemáticas de diversa índole en los estudiantes que les impiden adaptarse de manera funcional y efectiva a las demandas académicas, lo que los lleva a problemas significativos de rendimiento académico y eventual deserción.

En el contexto de la Iberoamericana se carece de información sistemática y actualizada sobre los tipos de problemáticas afectivas y emocionales que presentan los estudiantes de la facultad y su relación con sus hábitos de estudio y rendimiento académico, este estudio pretende arrojar luces acerca de este aspecto con miras al desarrollo de estrategias de prevención e intervención oportuna y eficaz para las características de esta población.

Dado lo anterior, al no realizar un estudio sistemático acerca de las principales problemáticas psicológicas de los estudiantes de psicología de la Corporación Universitaria Iberoamericana se corre el riesgo de desatender

estas problemática y no mejorar en las estrategias de prevención y atención para los estudiantes afectados profundizando problemáticas como el bajo rendimiento académico, la desmotivación y la eventual deserción.

Ante esta situación se hace necesario el desarrollo de esta investigación que permitirá la obtención de información relevante acerca de la prevalencia de las problemáticas de depresión, ansiedad y hábitos de estudio de la población lo cual puede servir de insumo para el desarrollo de estrategias de mejoramientos de los programas y estrategias de seguimiento y acompañamiento académico para los estudiantes con bajo rendimiento académico que presenten alguna de las condiciones que serán objeto de estudio.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, este estudio pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características de los hábitos de estudio, la ansiedad y la depresión de los estudiantes de psicología (en la CUI) según su rendimiento académico?

Sistematización del problema

Dicha pregunta general se desglosa en las siguientes subpreguntas:

- (1) ¿Cuál es el perfil de hábitos de estudio de los estudiantes de psicología de la CUI?
- (2) ¿Qué tan frecuente es la problemática de ansiedad en los estudiantes de psicología de la CUI?
- (3) ¿Qué tan frecuente es la problemática de depresión en los estudiantes de psicología de la CUI?

(4) ¿Qué relación existe entre el perfil de hábitos de estudio y los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de psicología de la CUI según su rendimiento académico?

Una vez identificadas las preguntas de formulación y sistematización de esta investigación, es importante presentar una panorámica amplia de los referentes conceptuales que sustentan este estudio.

La revisión teórica que se presenta a continuación muestra la panorámica general de algunos estudios desarrollados en las áreas de interés de la investigación, posteriormente ahonda en los conceptos de ansiedad, depresión y hábitos de estudio retomando factores de tipo descriptivo, explicativo y de tratamiento.

En la actualidad es posible encontrar gran cantidad de investigación dirigida a establecer la prevalencia de los cuadros de ansiedad y depresión (Beuke, Fischer, & MCdowall, 2003), que buscan no sólo describir estas condiciones sino también establecer factores de predisposición con miras al establecimiento de estrategias adecuadas de prevención e intervención una vez estas condiciones ya están presentes. Estudios como estos se han centrado en el análisis de variables demográficas como la edad, los factores psicosociales, el estilo cognitivo entre otros aspectos con el propósito de dilucidar factores de adquisición y mantenimiento de la ansiedad y la depresión (Calvete, 2005; Kohn, Levav, Caldas et al., 2005; Robins & Luten, 1991; Nettle, 2004; Spielberger & Reheiser, 2003). En este sentido, hay gran cantidad de estudios que incluyen población universitaria (Amézquita, González & Zuluaga,

2000; Arboleda, Gutiérrez, y Miranda, 2001; Arco, López, Heiborn & Fernández, 2005; Campo, Díaz, Rueda & Barros, 2005; Campo & Gutiérrez, 2001; Galli, 2005; González, Campo & Haydar, 1999; Miranda, Gutiérrez, Bernal & Escobar, 2000), que en general concluyen que las problemáticas de ansiedad y depresión presentan alta prevalencia en esta población y que estas condiciones influyen de manera negativa en aspectos como el rendimiento académico, la deserción, la calidad de vida y el bienestar de los estudiantes, etcétera. Adicionalmente a lo anterior, también es altamente documentado el tema de la covariación entre ansiedad y depresión en la población general, así, estudios como el de Ninan y Berger (2001) y Gorman (1996), muestran que la comorbilidad de estos cuadros puede incidir en la gravedad de los mismos y en las consecuencias en el nivel de deterioro funcional de los afectados.

En el caso de la depresión, Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003) señalan que ésta se puede constituir en un factor asociado a los problemas de rendimiento académico en la medida en que conduce a la pérdida de motivación y a la baja frecuencia de actividades relacionadas con el estudio. Adicionalmente, entre los factores que pueden desencadenar depresión según estos autores, también aparecerían las dificultades académicas

Por otra parte, Campo et al., (2005), indican que varios estudios han encontrado que la identificación temprana de la depresión no sólo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de

cigarrillo o de alcohol o las conductas alimentarias desadaptativas asociadas con la presencia de trastornos depresivos.

Por su parte, para el caso de la ansiedad, Cassaretto (2003), encontró en una muestra de estudiantes de psicología que dentro de los generadores de estrés se encuentran aquellos relacionados con el futuro, es decir el desempleo, la destrucción del medio ambiente y la percepción de falta de éxito, los cuales se evidencian en altas puntuaciones en ansiedad.

En el contexto nacional, los datos epidemiológicos el Ministerio de Protección Social (2003), señalan que la ansiedad y la depresión constituyen un importante problema de salud, ocupando los primeros renglones en cuanto a los motivos de consulta psicológica y psiquiátrica.

Finalmente, en el caso de la Corporación Universitaria Iberoamericana, el estudio de Avilés, Castaño y Gallego (2003) mostró que en el servicio de psicología de la Unidad de Bienestar Universitario se encontraba como motivos de consulta frecuentes la depresión (16.9%), los problemas académicos (10.5%) y en menor medida los problemas de ansiedad (8.8%), no obstante es importante hacer una actualización de estos datos para verificar estas tendencias.

Dada esta panorámica general en este campo de investigación se profundizará en los conceptos centrales del estudio.

Definición de Ansiedad

Sin lugar a dudas, la ansiedad se constituye en un concepto complejo y asociados a otros tantos como angustia, estrés, miedo, arousal, etc., que también han contribuido a oscurecer su definición. Es por ello que varios estudios han intentado dilucidar el término (Tobal, 1985).

La ansiedad se puede entender como un mecanismo defensivo que permite al individuo ponerse alerta. Es una respuesta de alerta ante situaciones consideradas amenazantes; de todas las emociones básicas del ser humano la ansiedad es la más común y esta se encuentra presente a lo largo de toda nuestra vida y La función es la de movilizar al organismo y mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o perjudiquen, empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, etc.), según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro. En todos los mamíferos superiores hay mecanismos biológicos adaptativos, programados genéticamente, cuyo fin es brindar protección se produce de manera automática e inmediata, sin embargo, en algunos casos, este mecanismo funciona de forma alterada, puede producir problemas de salud y, en lugar de ayudar, incapacita al individuo es probable que si el estímulo es muy intenso y aterrador, la respuesta sea quedarse inmóvil o paralizado (Barlow & Durand, 2007).

Históricamente hablando, Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que

se asocian a la activación autonómica. Freud (1971) identificó tres teorías sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, 3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Factores Psicológicos

Lazarus (1976), define la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Todas las personas saben lo que es sentir ansiedad esta emoción incita al ser humano a actuar. En general, lo ayuda a enfrentarse a las situaciones, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Tobal, 1996).

Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas,

creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, él individuo a penas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio (Akiskal, 1985).

Lewis (1980) señala que la ansiedad constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, lucha. El problema viene cuando esta emoción se desborda y se automatiza, aumentan la intensidad, la frecuencia y la duración de sus síntomas y hace que veamos más peligros de los que hay realmente, predisponiéndonos a sufrir patologías más graves.

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez, traduciéndose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo. Desde el

punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la ansiedad patológica, antes llamada neurótica, es desmedida y persistente, anticipa un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre (Bandura 1986).

Por su parte, Wolpe (1958) describe la ansiedad como "lo que impregna todo", estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada. Una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Antony y Swinson (2000), afirman que un amplio número de estudios han reportado que el aprendizaje juega un rol importante en el desarrollo de la ansiedad, Todo ello indica que se

puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

Beck y Clark (1997) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad. Estos planteamientos son compatibles con el modelo biológico de la ansiedad propuesto por LeDoux (1996). Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son enfermedades frecuentemente relacionadas con la estructura biológica y las experiencias en la vida de un individuo y con frecuencia son hereditarias (McKay, Davis & Fanning, 1985).

Factores Biologicos

Actualmente nuestro mecanismo de defensa es heredado y lo hemos ido desarrollando a lo largo de miles de años de evolución de la especie; algunos investigadores han indicado que en la generación y mantenimiento de problemas de ansiedad se pueden identificar algunos factores de orden biológico, tales como la transmisión genética o la hipersensibilidad del sistema nervioso frente a la recepción de estímulos evaluados como amenazantes, La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. (Botella, Baños y Perpiñá, 2003).

La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y

del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad. En resumen la ansiedad es un estado de ánimo que se caracteriza por un afecto marcadamente negativo y síntomas corporales de tensión, en el cual una persona aprensiva piensa que hay un peligro en el futuro o desgracia (Barlow & Durand, 2007)

La investigación ha descubierto un receptor específico benzodiazepínico conectado totalmente al sistema neurotransmisor del ácido gammaaminobutírico (GABA) es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiazepínico (flumazenil) es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de ansiedad. Se han identificado supuestos agonistas y antagonistas internos para este sistema (Caballo 1995).

Uno de los modelos más completos ha sido compuesto por Jeffrey Gray (1982). El modelo de Gray incluye estimulaciones desde el tallo encefálico, incluyendo sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos y noradrenérgicos, e implicando áreas del cerebro superior incluyendo el sistema límbico y la corteza prefrontal (Caballo 1995). El tallo encefálico es el más primitivo supervisa y registra los cambios de las funciones corporales y transmite señales potencialmente peligrosas a procesos corticales más elevados a través del

sistema límbico, este sistema septal-hipocampal se activa por CFR y rutas serotoninérgicas y noradrenérgicas mediadas que se originan en el tallo encefálico.

El sistema Gray lo llamo Sistema de inhibición conductual (SIC) que es el circuito cerebral en el sistema límbico que responde a señales amenazantes al inhibir la actividad y causando ansiedad, el SIC recibe también un gran impulso de la amígdala (LeDoux, 1996, Caballo, 1995). Cuando se activa el sic por señales que surgen del tallo o descienden de la corteza nuestra tendencia es inmovilizarnos, experimentar ansiedad y evaluar aprensivamente la situación para confirmar si hay peligro presente (Barlow & Durand, 2007).

Algunos estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotoninérgicos tanto de tipo directo (m-clorofenilpiperacina) como indirectos (fenfluramina) puede provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad

El encargado de coordinar dicha activación motora y todos los cambios físicos que supone es el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), forma parte del sistema nervioso periférico. Es un sistema involuntario que se encarga de regular funciones tan importantes como la digestión, la circulación sanguínea, la respiración y el metabolismo. Entre sus acciones están: el control de la frecuencia cardíaca, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, la

contracción y relajación del músculo liso en varios órganos, la acomodación visual, el tamaño pupilar y secreción de glándulas exocrinas y endocrinas.

El sistema nervioso autónomo se divide en dos subsistemas que tienen funciones diferentes:

El sistema nervioso simpático: se encarga de preparar al cuerpo para la acción y la producción de la energía que necesita. Para ello libera dos productos químicos (la adrenalina y la noradrenalina), que desencadenan una respuesta completa, es decir, se experimentan todos los síntomas que componen la respuesta de ansiedad (lucha y huida).

El sistema nervioso parasimpático: su acción produce efectos opuestos al sistema nervioso simpático. Propicia la desactivación, la recuperación y restauración del organismo. Favorece el almacenamiento y la conservación de la energía. Lo hace a través de la acetilcolina.

La descripción detallada del sistema de huida lucha (SHL). Es un tipo de respuesta que nos prepara para hacer frente a los peligros, circuito cerebral en los animales que cuando se estimula causa una alarma inmediata y respuesta de huida que se asemeja al pánico en humanos (Barlow & Durand, 2007). Nuestro cerebro (corteza cerebral, amígdala) interpreta que estamos ante una situación peligrosa se comunica con el Sistema Nervioso Autónomo, que activa su rama simpática, propiciando una serie de cambios físicos para preparar al organismo para luchar o huir (Gray & McNaughton, 1996).

El sistema muscular: los grandes grupos musculares (extremidades y otros) entran en acción, tensándose, para poder emprender la acción de huir o

luchar. La contracción de los grandes grupos musculares que prepara al organismo para la acción se reconvierte en sensaciones de tensiones musculares o incluso dolor, temblores, espasmos, calambres y sacudidas.

Sistema respiratorio: La preparación del organismo para una reacción rápida e intensa requerirá un aporte energético extra (glúcidos y lípidos).

Sistema exocrino: El proceso de sobre-activación propio de la respuesta de lucha-huida produce un aumento de la temperatura corporal que el organismo compensa incrementando la sudoración, para refrigerarse. Por otro lado, la piel resbaladiza a causa del sudor dificultaría el ser capturado. Todos estos cambios constituyen la respuesta fisiológica de la ansiedad, respuesta, que a su vez acaba influyendo o modulando las respuestas cognitiva y conductual.

Factores Biopsicosociales

En el caso de la teoría tridimensional de Lang, se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. Debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Tobal, 1985).

Estos tres sistemas, si bien se manifiestan en forma conjunta, pueden ser activados en mayor o menor grado en diferentes individuos. Nuestro cuerpo reacciona con cambios importantes tales como la tasa cardiaca, respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, molestias digestivas, náuseas,

vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

En el área cognitiva los pensamientos más característicos son sentimientos de malestar, preocupación, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos. Intelectuales o cognitivos: , Los síntomas de comportamiento estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc. Lang (1968).

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración, y son poco incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un

mecanismo funcional y adaptativo. En 1929, Cannon se refirió a la ansiedad como Respuesta de lucha-huida, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos prepara para luchar o bien para huir del peligro. Y, efectivamente, si nos encontramos ante una situación de peligro. Tenemos que estar preparados para una acción inmediata, necesitamos que en nuestro cuerpo se produzcan una serie de cambios, encaminados a superar con éxito la situación. La finalidad de la ansiedad es proteger al organismo y sus intereses. Caballo, (1995)

Tobal (1985) propone que "la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad tiene varias formas en las que puede aparecer y con diferentes niveles de intensidad o gravedad, Existe una ansiedad que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. desde sentir un leve sensación de intranquilidad hasta un ataque de pánico completo.

El modelo propuesto por Barlow se presenta como un modelo integrador que recoge buena parte de los contenidos de otros modelos (como por ejemplo los que plantea Lazarus y Folkman) en la opción teórica de Barlow se supone que la ansiedad es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La mayoría de los teóricos estarían de acuerdo que las

respuestas básicas son reacciones de alarma primaria como ocurre en la ansiedad lo cual se observa desde muy abajo en la escala filogenética (Barlow & Durand, 2007).

Especialmente es importante para el modelo la diferenciación entre los distintos tipos de reacción de alarma, para Barlow existen las alarmas verdaderas, que son las que se producen ante situaciones que conllevan una amenaza real, las alarmas falsas que ocurren en la ausencia de estímulos amenazantes para la vida y las alarmas aprendidas que normalmente ocurren entre la asociación entre falsas alarmas y señales internas o externas; el modelo admite que tanto las falsas alarmas como las alarmas verdaderas pueden producirse bien con el contacto directo con la situación temida o bien por experiencias vicarias (Caballo, 1995).

Si se reúnen los factores en forma integral describimos una teoría del desarrollo de la ansiedad llamada teoría de vulnerabilidad triple (Barlow & Durand, 2007), la primera vulnerabilidad o diátesis es una vulnerabilidad genética generalizada el cual consiste en tener una tendencia sensible hereditaria al efecto negativo de la ansiedad, una segunda vulnerabilidad es la psicológica generalizada y consiste en que la persona cree que el mundo es un sitio peligroso y por lo tanto no tiene el control sobre las diferentes situaciones que encuentre a su alrededor y la tercera vulnerabilidad en la psicológica específica es la cual una persona aprende una experiencia temprana que determinadas situaciones eran peligrosas aunque realmente no lo sean, si la persona se encuentra bajo una situación estresante; el estresor

podría activar sus tendencias biológicas de tener ansiedad y sus tendencias psicológicas a sentirse incapaz de lidiar con la situación y controlar el estrés (Barlow & Durand, 2007).

En resumen, las personas con trastornos de ansiedad pueden tener una gran diversidad de causas o situaciones que sirvan como evento disparador para una crisis de ansiedad entre ellas están las influencias biológicas: como la vulnerabilidad heredada experimentar ansiedad o pánico, la activación de circuitos cerebrales específicos, neurotransmisores y sistemas neurohormonales, también las influencias conductuales: el apoyo social reduce la intensidad de las reacciones físicas y emocionales a los disparadores o estrés, la falta de apoyo social intensifica los síntomas, las influencias conductuales: el cual consiste en la evitación marcada a situaciones y/o personas asociadas con la ansiedad o el ataque de pánico, y por último todo lo que se refiere a las influencias emocionales y cognoscitiva: la sensibilidad acentuada a situaciones o personas percibidas como amenazadoras o la sensación inconsciente de que los síntomas físicos o el pánico son catastróficos lo cual intensifica la reacción física, (Barlow & Durand, 2007).

Trastornos Asociados

Síntomas y trastornos asociados: El trastorno de ansiedad suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej. trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej. dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros

trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej. síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada DSM-IV.

Prevalencia: En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 %. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada DSM-IV.

Cuadros de ansiedad

La tabla 1 presenta una descripción general de los trastornos de ansiedad según el DSM IV TR (APA, 2001)

Tabla 1. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad se clasifican (DSM IV TR, APA, 2001):

TRASTORNO	DEFINICION
Crisis de pánico o crisis de angustia	Consiste en experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente.
Trastorno de pánico sin agorafobia	miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes Ausencia de agorafobia
Trastorno de pánico con agorafobia	La agorafobia, temor y evitación de situaciones, personas o lugares en los que sería inseguro tener un ataque de pánico: centro comerciales, tiendas, autobuses, etc...En caso extremo incapacidad para dejar la casa incluso una habitación, todo comienza después de un ataque de pánico pero puede continuar por años aun cuando no se tenga otro ataque
Fobias específicas	miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional,

	<p>ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa; se desarrolla a partir de una experiencia personal o vicaria de un suceso traumático con el objeto o situación activadora o por la mala información Barlow 2007.</p>
Fobia social	<p>La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. La fobia social más común es el miedo de hablar en público. Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Barlow H, & Durand 2007.</p>
Trastorno obsesivo compulsivo (t.o.c.)	<p>El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar. Si usted padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos. se puede estar obsesionado con los gérmenes, mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión. Barlow H, & Durand 2007</p>
Trastorno de ansiedad generalizada	<p>Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. (Barlow, Esler, & Vitali, 1998). En el trastorno de ansiedad generalizada no se teme nada en particular pero se teme todo al mismo tiempo. La persona que sufre este trastorno de ansiedad tiene una gran facilidad para preocuparse por muchas cosas y mucha dificultad para controlar las preocupaciones. No se limita la ansiedad a una o varias situaciones con cierta similitud entre sí, como ocurre en el resto de trastornos de ansiedad. Es como si siempre hubiera algo de lo que preocuparse Barlow, durand 2007).</p>

Trastorno de estrés postraumático	las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traída a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT repetidamente vuelve a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día.
Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas	Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. DSM – IV
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico DSM-IV.
Trastorno de ansiedad no especificado	El trastorno de ansiedad no especificado se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria) DSM-IV.
El trastorno de ansiedad por separación	que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia» (v. pág. 116) DSM-IV

Evaluación de la ansiedad

Para la evaluación de la ansiedad existen diferentes instrumentos para su diagnóstico de trastornos de ansiedad, instrumento para la evaluación de los

síntomas de ansiedad y técnicas de evaluación dirigidas a la obtención del análisis funcional de la conducta.

Las entrevistas han mostrado niveles adecuados de confiabilidad para la mayoría de los trastornos de ansiedad, en la tabla se describen entrevistas estructuradas y semiestructuras para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad.

Tabla 2. Estrategias de evaluación de los trastornos de ansiedad

Entrevista Estructurada Y Semiestructurada Para El Diagnostico De La Ansiedad Y Escala De Evaluación Para Trastornos De Ansiedad	
Entrevista diagnóstica internacional compuesta, Composite International Diagnostic Interview CIDI (Robins, 1988)	Entrevista estructurada puede ser aplicada para obtener el diagnóstico de diversos trastornos mentales incluyendo ansiedad, con base en los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud CIE/10 caracterizada con una alta confiabilidad interevaluadores y estabilidad temporal valores Kappa superiores a 0.70.
Entrevista trastornos de ansiedad, Anxiety disorders Interview Schedule ADIS R DiNardo y Barlow 1988	entrevista estructurada diseñada específicamente para el trastorno de ansiedad con base en reactivos desarrollados por autores de otros adaptados del SADS del PSE y de las escalas de depresión de Hamilton; goza de adecuada confiabilidad interevaluadores, coeficiente Kappa de confiabilidad alto para agorafobia, ataques de pánico de 0.85 y fobia social de 0.77, pero no es así para el trastorno de ansiedad generalizada es de 0.42.

<p>Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI, de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999).</p>	<p>La prueba consta de dos partes, con 20 preguntas cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala de rasgo. Críticas: no tienen en cuenta la situación, los aspectos de la situación. Se ha criticado la estabilidad del rasgo. Enfoque interactivo hay que tener en cuenta que se ha tenido la influencia de la teoría tridimensional. Desde el modelo interactivo se habla por un lado de situaciones y por otro de respuestas por lo tanto los auto informes serán cuestionarios s-r. Evalúan la frecuencia o intensidad con que las respuestas se producen en diferentes situaciones. echeburria (2000)</p>
<p>Escala de ansiedad de Hamilton</p>	<p>Es de carácter hero-aplicado de la escala y reactivos globales implica la imposición de una fuente de error, algunos reactivos como el insomnio y las dificultades de concentración son comunes a otros cuadros clínicos, la heterogeneidad de los síntomas impide discriminar entre los diferentes trastornos de ansiedad, la ausencia de los baremos impide comparación del paciente con valores normativos.</p>
<p>Escala de ansiedad y depresión en el hospital HAD (Zigmond & Snaith 1983)</p>	<p>Escala de autoreporte compuesta por 14 reactivos que se responden con base a una escala Likert de 0 a 3 según intensidad del síntoma de ansiedad o depresión, fue diseñada para el contexto hospitalario.</p>
<p>La Escala Magallanes de Ansiedad (EMANS)</p>	<p>Constituye un auto-informe para aplicar a partir de los 12 años. Consta de 15 frases que describen sensaciones fisiológicas y movimientos involuntarios, relacionados con tensión, malestar, agobio, ... La persona en evaluación informa sobre la frecuencia con que ha experimentado cada una de esas sensaciones o movimientos durante los últimos dos meses. Los resultados de esta escala permiten detectar a los sujetos que presentan respuestas fisiológicas indicadoras de ansiedad generalizada, mantenida al</p>

	<p>menos durante dos meses</p>
<p>La Escala Magallanes de Problemas de Ansiedad (EPANS)</p>	<p>Tiene como finalidad identificar, de una manera rápida aquellos adolescentes (12-18 años) que tienen problemas de ansiedad, relacionados con situaciones escolares. Además, con él se pueden conocer los elementos concretos evocadores de las respuestas de ansiedad. Puede resultar de gran utilidad para detectar "fobias escolares" incipientes. Está elaborado en forma de auto-informe, con 14 frases que describen sensaciones de nerviosismo y malestar ante otras tantas situaciones escolares.</p>
<p>La Escala de Ansiedad Manifiesta, M.A.S. (Taylor, 1953).</p>	<p>Preguntas de verdadero y falso. pero utiliza dobles negaciones, basados en el modelo de rasgo o concepción unitaria de la ansiedad; por su parte, el modelo interactivo ha desarrollado inventarios tipo SxR (Situación-Respuesta) tales como el S-R Inventory of Anxiousness (Endler et al., 1962), el S-R Inventory of General Trait Anxious-ness (Endler y Okada , 1975), las Escalas Multidimensionales de Ansiedad de Endler (End-ler, Edward y Vitelli, 1991), el Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas, I.A.S.D., (Bermudez, 1983), etc</p>
<p>ISRA "Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad" ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994).</p>	<p>Este cuestionario trata de conjugar las aportaciones de dos modelos teóricos. Por un lado el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad (Endler, 1973; Endler y Magnusson, 1974, 1976); por otro, el modelo tridimensional o de los tres sistemas propuestos por Lang (1968). El ISRA presenta un formato S-R y consta de 224 items, formados por la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas representativas de los tres sistemas de respuesta. Incluye, además una situación abierta que puede ser descrita por el sujeto, de gran utilidad en la práctica clínica.El objetivo del ISRA es posibilitar mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias individuales, estas son: FI ansiedad ante la evaluación, FII ansiedad interpersonal, FIII ansiedad fóbica y FIV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.El sujeto debe responder a los items de acuerdo con una escala de frecuencia de 5 puntos, donde 0 es "casi nunca" y 4 "casi siempre", indicando la frecuencia con que</p>

aparece cada una de las respuestas ante cada situación.

<p>El cuestionario ofrece información de las siguientes escalas:</p>	<p><i>Sistemas de respuestas</i> C: Reactividad cognitiva (respuestas o manifestaciones cognitivas de la ansiedad). F: Reactividad fisiológica (respuestas o manifestaciones fisiológicas de la ansiedad). M: Reactividad motora (respuestas o manifestaciones motoras de la ansiedad). <i>Áreas situacionales o rasgos específicos</i>: FI: Ansiedad ante la evaluación FII: Ansiedad interpersonal FIII: Ansiedad fóbica FIV: Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. T: Es una puntuación total, producto de la suma de las puntuaciones de los tres sistemas de respuesta, y ofrece una estimación del nivel general o rasgo general de ansiedad.</p>
<p>Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE)</p>	<p>pretende medir dos dimensiones de ansiedad en lo que se refiere al sujeto como se siente en ese momento el estado y como se siente generalmente rasgo. Consta de de 20 afirmaciones en las que se pide a los examinados describir como se sienten generalmente, también consta de 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que indique en ciertos momentos dados. La escala A rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes propensos a la ansiedad y para evaluar el grado el que los estudiantes que solicitan asesoria de tipo psicológico y la escala A estado es un indicador sensible al nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación</p>
<p>Inventario Zung de ansiedad (1971)</p>	<p>En realidad se trata de dos escalas, una, la que aquí reproducimos, heteroadministrada (Anxiety Status Inventory) (ASI) y otra autoadministrada (Self-rating Anxiety Scale) (SAS). Las 2 escalas constan de los mismos 20 ítems, pero adaptados a la forma de administración de cada una. 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y</p>

utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana, con objeto de estandarizar los datos. Cada ítem debe valorarse de forma independiente, como una unidad, para intentar evitar el efecto "halo". Cada puntuación debería ser el promedio de un amplio rango de respuestas observadas u obtenidas y no necesariamente la máxima severidad. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. La puntuación media obtenida en pacientes con trastorno de ansiedad es de $62 \pm 13,8$. En otras patologías psiquiátricas como esquizofrenia, depresión, trastornos de la personalidad o trastornos transitorios la puntuación osciló entre $49,4 \pm 15,9$ y $52,6 \pm 13,6$. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Validez: Dispone de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65. Fiabilidad: La coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0,66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0,33.

Tomado de Hernández y Sánchez,(2007)

Tratamiento

A continuación se presenta una síntesis con los principales tratamientos para los trastornos de ansiedad:

Tabla 3. Tratamientos para los trastornos de ansiedad

TIPO	MEDIDAS	
	NO FARMACOLOGICAS	FARMACOLOGICAS
Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso	<p>Aconsejamiento</p> <p>Relajación</p> <p>Estrategia para hacer frente a la situación</p>	<p>Breve con benzodiazepinas</p> <p>Un antidepresivo tricíclico en pacientes con síntomas de ansiedad más crónicos o en los que estén contraindicadas las benzodiazepinas</p>
Trastorno de ansiedad general	<p>Consejo de apoyo o psicoterapia</p> <p>Terapias autorreguladoras (relajación progresiva, biofeedback o meditación)</p> <p>Ejercicio</p>	<p>Una benzodiazepina</p> <p>Un antidepresivo tricíclico</p> <p>Un ansiolítico no benzodiazepínico</p>
Trastorno obsesivo compulsivo	<p>Terapia comportamental (exposición y prevención de la respuesta)</p> <p>Psicoterapia</p>	<p>Inhibidores de MAO y antidepresivos tricíclicos cuando la depresión es prominente.</p> <p>Los agentes neurolépticos raramente son eficaces y deben evitarse</p> <p>El uso de benzodiazepinas es útil a corto plazo, durante períodos de ansiedad intensa</p>
Trastorno de estrés posttraumático	<p>Psicoterapia</p> <p>Grupos de apoyo</p> <p>Consejo familiar</p> <p>Técnicas de relajación o biofeedback</p>	<p>Antidepresivos tricíclicos, inhibidores del MAO y benzodiazepinas en casos agudos o crónicos</p> <p>Litio, carbamecepina, betabloqueantes y clonidina en casos crónicos</p>
Fobia simple	<p>Exposición in vivo gradual a la situación</p>	<p>Es innecesario salvo en</p>

	temida, basada en jerarquía de miedos del paciente	el miedo a volar
Fobia social	Técnicas de terapia comportamental, como exposición, entrenamiento de capacidades sociales, desensibilización sistemática, "inundación", entrenamiento del control de la ansiedad y entrenamiento de relajación	Betabloqueantes Inhibidores del MAO Benzodiacepinas

Tomado de Diagnostico y tratamiento de los trastornos de la ansiedad. Asociación Mundial de Psiquiatría (1999)

Depresión

El estar deprimido puede entenderse desde tres niveles, cada uno de estos incorpora una aproximación diferente sobre su evaluación. En el primer nivel se encuentra el sintomatológico, en donde la depresión hace referencia a un estado de ánimo decaído y triste. En el segundo nivel se encuentra el sindrómico, la depresión implica no solo la existencia de un determinado estado de ánimo, sino también la presencia de síntomas concomitantes tales como cambios en el apetito, cambios en el sueño, pérdida del placer, inactividad etc. En un tercer nivel se encuentra el nosológico, que hace referencia a la existencia de un trastorno depresivo, es decir un episodio depresivo en el que los síntomas no se deben a otro trastorno o condición. El concepto de episodio depresivo se emplea en una sistema de clasificación por el DSM, que trata de

un conjunto de síntomas con una gravedad y duración determinada, y que puede estar ligado de modo inespecífico a otro tipo de trastornos mentales (Vásquez, 1986).

Tipos de depresión

Existen varios tipos de depresión unipolar, entre los más comunes se encuentran el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico; sin embargo existen otros trastornos depresivos no especificados que valen la pena mencionar.

El episodio depresivo mayor trata de un estado extremo deprimido que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (sensaciones de poca valía y de indecisión), y funciones físicas perturbadas (patrones de sueño alterados, cambios significativos en el apetito y en el peso o una pérdida de energía muy notable) el episodio se acompaña de una marcada pérdida de interés y de la capacidad para experimentar cualquier placer en la vida (Buchwald & Rudick, Davis, 1993; Tollefson, 1993).

Tabla 4. Criterios diagnósticos del episodio Depresivo Mayor según el DSM – IV
- TR

A	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</p>
---	---

-
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 - (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: APA (2001)

El trastorno depresivo mayor episodio único debe haber presenciado un único episodio depresivo mayor, el EDM no se explica por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Como tampoco debe haberse producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco (APA, 2001).

En el trastorno de depresión mayor recidivante debe haber existido la presencia de dos o más episodios de depresión mayor, con un intervalo de tiempo de al menos 2 meses sin síntomas entre cada uno. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno

esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (APA, 2001).

Existen tres grandes subgrupos de la depresión mayor dentro de los rasgos sintomáticos; psicóticos, melancólicos y atípicos, y dos basados en el curso; patrón estacional y de inicio pos parto. Sin embargo estos subgrupos no pueden ser etiológicamente distintos más bien pueden representar expresiones clínicas que varían en relación a la edad, duración, contexto o estímulos provocadores (Carrasco & Díaz, 2003).

La depresión melancólica se caracteriza esencialmente por la pérdida del placer en las actividades que realiza, falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros, la depresión es habitualmente peor en la mañana, culpabilidad excesiva e inapropiada, anorexia significativa o pérdida de peso (Carrasco & Diaz, 2003).

La depresión atípica se caracteriza por numerosos síntomas vegetativos opuestos a los observados naturalmente, el estado de ánimo responde a los acontecimientos y mejora en situaciones positivas, hiperfagia, hipersomnia, abatimiento, extrema sensibilidad al rechazo interpersonal, los rasgos atípicos se asocian a un inicio de enfermedad a una edad más temprana (Carrasco & Díaz, 2003).

La depresión posparto puede ocurrir desde las dos semanas a los doce meses después del parto; debe tratarse como en las otras formas de la depresión (Carrasco & Díaz, 2003).

Por otra parte dentro de los trastornos afectivos unipolares se encuentra el trastorno distímico, comparte muchos de los síntomas del trastorno depresivo mayor pero difiere en cuanto a su curso. Este se define como un estado de ánimo persistentemente deprimido que continua por al menos dos años y en los cuales el paciente no puede estar libre de síntomas por más de dos meses seguidos. Los síntomas suelen ser más ligeros aunque permanecen más o menos sin cambio por largos periodos, a veces por 20 o 30 años o más (Barlow & Durand, 2007).

Dentro de los trastornos depresivos no especificados se encuentra; el trastorno disfórico premenstrual que cumple con algunos síntomas de depresión mayor, inicia previamente a la depresión y finaliza una semana después de haber terminado el periodo menstrual. El trastorno depresivo menor, cumple menos de 5 síntomas de la depresión mayor, y su duración es de mínimo dos semanas. Y por último se encuentra el trastorno depresivo breve recidivante, que va desde 2 días a 2 semanas y cumple con al menos 5 síntomas de la depresión mayor.

Otros tipos de depresión identificados son la psicótica que se presenta una enfermedad depresiva grave acompañada por alguna forma de psicosis, tales como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios. La depresión posparto, se diagnostica luego de que una mujer ha dado a luz y recientemente sufre una depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15% de las mujeres sufren de este tipo de depresión. El trastorno afectivo estacional se caracteriza por la aparición de síntomas depresivos

durante el invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar, y desaparece durante la primavera.

Variables epidemiológicas

Estudios realizados para la depresión estiman que la prevalencia varía entre el 8 y el 25% en la población mundial, es decir que el costo social y económico es bastante alto (APA, 2001).

En relación a Colombia el estudio de la secretaria de salud de 1997 arrojó una prevalencia de 19.6%, con una presencia significativa mayor en el género femenino. El promedio de edad se sitúa entre los 20 a 45 años en la población mundial; y para la población Colombiana se observó un incremento en el promedio de depresión alta (moderada + severa) del 3% entre el grupo de 45 años, y de 5.5 % en edades de 45 a 60 años. En estudios realizados a la población mundial, no se ha encontrado una correlación importante entre estrato socioeconómico y trastorno depresivo; sin embargo en la población nacional, se encontró que dentro de las personas con ingreso bajo, aumenta levemente la proporción de personas con depresión.

Por otra parte se ha logrado identificar mayor riesgo hacia la depresión por antecedentes familiares de trastornos afectivos, experiencias infantiles tales como muerte parental o ambiente caótico, y en general con eventos vitales negativos, es decir falta de confianza, apoyo social pobre y ambiente disruptivo.

Algunos estudios han encontrado que los pacientes con depresión presentan mayor número de eventos estresantes; sin embargo visto como

papel precipitante estos eventos no son causas necesarias y suficientes para la aparición del trastorno. Dichos acontecimientos son de gran importancia cuando se presentan al finalizar la adolescencia y al inicio de la adultez, tales como la elección de la carrera, el inicio de la universidad, el inicio de la actividad laboral, escogencia de pareja e independencia de los padres (Barlow & Durand, 2007).

Por su lado en la población universitaria se ha encontrado que de un 30% a 49% estudiantes de nivel superior de México han presentado síntomas depresivos, además de depresión alta en sexo femenino, embarazo y consumo de sustancias psicotóxicas, en china el 81.7% de estudiantes de medicina han padecido depresión. En general se ha encontrado que el subgrupo de medicina tiene mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos. La población de estudiantes de nivel superior se caracteriza en cuanto a sus rasgos, riesgos y eventos importantes y de alta trascendencia (Cervera, 1997).

El estudio de salud mental en Colombia, señala que la prevalencia de haber tenido en alguna etapa de la vida un trastorno en particular es del 4.01%; así como también describe que la prevalencia de los trastornos más frecuentes es de los trastornos afectivos con el 15%. Las diferencias por género también se resaltan, en la depresión mayor el porcentaje de prevalencia en hombres es de 8.6% y en mujeres es de 14.9%; en la distimia el porcentaje en hombres es de 0.6% y en mujeres es de 0.7%. Por su parte en la población Bogotana se describe un porcentaje de 21.7% en trastornos afectivos, porcentaje bastante alto a comparación con otras regiones del país. Por su parte se menciona que

la edad de inicio para la depresión es de 24 años (Ministerio de Protección Social, 2003).

Tipos de pruebas para evaluar la depresión

Los instrumentos de evaluación a utilizar en la depresión, dependerá del objetivo que se requiera, es decir, si se trata de efectuar un diagnóstico categorial las entrevistas serán el método de evaluación. Pero si se trata de cuantificar la gravedad del trastorno, las escalas y los cuestionarios son el método más efectivo. Por consiguiente en la tabla 5 se encuentran los instrumentos de evaluación para la depresión.

Tabla 5. Instrumentos De Medición para la evaluación de la Depresión según el Manual de Psicopatología.

Área	Instrumento	Descripción
CONDUC-TUAL	Escala de sucesos placenteros (Pleasant Events schedule; McPylamy y Lewisohn, 1982)	Evalúa frecuencia y nivel de agrado de una lista extensa de actividades.
	Autorregistro: Emociones-pensamientos	Evalúa la situación, la reacción emocional y los pensamientos negativos presentes en ella.
	Autorregistro de actividades diarias	Evalúa las actividades realizadas durante la semana
COGNITIVA	Cuestionario de pensamientos automáticos; ATQ-N y ATQ-P.	El ATQ-N evalúa 30 pensamientos negativos automáticos. Evaluación de 5 puntos de la frecuencia durante la última semana. El ATQ-P cubre 30 pensamientos de tipo positivo.
	Escala de desesperanza; (Hopelessness scale, HS; Beck, 1974)	21 ítems de (v) o (f) respecto a actitudes del paciente sobre el futuro. Muy utilizada, buen predictor del suicidio.
	Escala de ideación suicida de	Evalúa las ideas

	Beck (Beck scale for suicide ideation; Beck y Steer, 1991)	correspondientes al suicidio
PSICO FISIOLÓGICA	Se recomienda el empleo de pruebas ad hoc (autorregistros)	Evaluar la presencia de insomnio o hipersomnias. Alteraciones del apetito Áreas referidas al placer sexual
FUNCIONAMIENTO	Escala de afecto positivo y negativo (Positive affect and negative affect Scale; Watson Clark y Tellegen, 1988)	Evalúa la frecuencia de distintas emociones tanto positivas como negativas.
	Diario emocional	Evalúa los contenidos emocionales de cada día y a que situaciones se asocia cada emoción.
	Escala SF-36 (36 items Short Form Health Survey; Ware y Sherbourne, 1993)	Es internacionalmente usada, cubre aspectos globales de funcionamiento debido a problemas físicos o emocionales.
	Escala de autoevaluación de la adaptación social; SASS, Bose (1997)	La SASS y la SAS-SR examinan específicamente el funcionamiento social y familiar, así como el trabajo y la economía.

(Fuente: Vasquez, Hervas, Gómez & Romero, 2009)

Tabla 6. Instrumentos De Medición para la evaluación de la Depresión según el ministerio de sanidad.

Instrumento	Descripción
Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory: BDI, BDI-II; 1996)	Escala de autoevaluación que estima síntomas de melancolía y pensamientos intrusivos. Consta de 21 reactivos
La MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)	Es una prueba heteroaplicada, consta de 10 reactivos, que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión.
HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression; 1981)	Consta de 21 reactivos que incluyen sentimiento de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad etc.

EZ-D, L a escala de Zung para la Depresión	Es una escala auto administrada tipo likert, consta de 20 reactivos. Algunos de los ítems son: me siento abatido y melancólico, tengo excesos de llanto, mi vida tiene bastante interés, aun disfruto de las mismas cosas etc.
Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory: BDI, BDI-II; 1996)	Escala de autoevaluación que estima síntomas de melancolía y pensamientos intrusivos. Consta de 21 reactivos
La MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)	Es una prueba heteroaplicada, consta de 10 reactivos, que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión.
HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression; 1981)	Consta de 21 reactivos que incluyen sentimiento de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad etc.

Tabla numero 6 se encuentran instrumentos de medición expuestos por el ministerio de sanidad y consumo de España (2008)

Modelos explicativos

Modelo Psicosocial

Dentro de los modelos explicativos se encuentra la teoría psicosocial, en donde Ferster propone que la principal causa de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio. En concreto este autor señala cuatro procesos que podrían explicar la patología depresiva; el primero es la ocurrencia de cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de refuerzo importantes para el individuo. El segundo describe los programas de refuerzo de gran coste, que requieren de grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio. El tercer proceso señala la imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja en la tasa de refuerzos positivos provoca reducciones conductuales que a su vez causan una mala adaptación al medio. Por último los repertorios de

observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a realizar conductas reforzadas en pocas ocasiones (González, Campo & Haydar, 1999).

Por otra parte Lewinsohn, señala algunos factores mantenedores de la depresión a corto y a largo plazo. A corto plazo la conducta depresiva se mantiene al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas que conforman su entorno. Sin embargo a largo plazo la conducta depresiva sería aversiva para la sociedad ya que iniciarían el rechazo hacia la persona depresiva, el reforzamiento se vería reducido a lo cual se le conoce con el nombre de pérdida general de la efectividad de los reforzadores.

Por su parte la teoría de Beck propone que existe un evento vital quien genera como tal unos esquemas depresogénicos y a su vez se realiza una interpretación del suceso, de la información que se tiene o de la interpretación realizada se desprenden errores cognitivos que pueden ser de (generalización excesiva, personalización, magnificación etc.) y como tal se construye una triada cognitiva del mundo del futuro y de si mismo que por supuesto es negativa; de lo anterior según la teoría del autor se desatan los síntomas depresivos.

Por último, se encuentra la teoría de Martin Seligman, esta supone que la causa de la depresión es la desesperanza; es decir, la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un evento valorado como muy importante, unida a una indefensión que se define como la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de dicho suceso. Por otra parte Abramson y su equipo señalaron la

presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión; es decir la existencia de un estilo atribucional que consiste en atribuir sucesos incontrolables y aversivos a factores internos y globales.

Modelo Biológico

Por otra parte se encuentra la teoría biológica que describe varios factores importantes en la depresión.

Neuroanatómicos

El hemisferio dominante normalmente es el izquierdo, se especializa en un modo cognitivo de tipo lógico, secuencial y organizado. El hemisferio no dominante generalmente es el derecho, elabora un modo cognitivo asindético y globalizante, encargado entre otras cosas de la orientación espacial. Los dos hemisferios se encuentran estrechamente relacionados con el cuerpo caloso, las lesiones estructurales de este son raras, sin embargo al existir alguna lesión más conocida como síndrome de desconexión funcional interhemisférica, inicia un bloqueo o entorpecimiento del flujo interactivo. Como caso curioso las lesiones corticales en el HI, principalmente en áreas temporales y prefrontales son asociadas con la presencia de depresión.

Por su parte el sistema límbico por su estrecha conexión con la corteza, permite la influencia de las reacciones emocionales en los procesos neurovegetativos, la actividad de estos centros modula los procesos afectivos y cognitivos. Alteraciones en la regulación hipotalámica, son responsables de disfunciones vegetativas presentes en la depresión, desde las alteraciones del sueño, hasta las más diversas alteraciones somáticas (Barlow & Durand, 2007).

Neurotransmisores

La alteración química orgánica en la depresión es muy conocida, investigaciones realizadas han descrito una disminución de monoaminas en el sistema nervioso central, que puede ser un determinante en la depresión. La serotonina es de gran interés en el estudio de la función cerebral. Procede de un aminoácido esencial, que debe ser forzosamente ingerido por la dieta, el triptófano. La enzima triptófano-hidroxilasa, convierte el triptófano en 5-hidroxitriptofano, y este por descarboxilación se convierte en serotonina. En situaciones normales, ambas enzimas son abundantes en el tejido cerebral. Las funciones de la serotonina en la regulación de la homeostasis son múltiples e importantes, modulando la estimulación excesiva y ejerciendo un efecto inhibitorio sobre la conducta. Déficits en la serotonina se asocian con la regulación de sistemas neurobiológicos, incluyendo el sueño, el apetito, la actividad sexual, los ritmos circadianos y la función neuroendocrina entre muchos más. Estudios bioquímicos confirman que el déficit en serotonina es común en los enfermos depresivos su acción es predisponente o de aumento en la vulnerabilidad.

Investigaciones realizadas han encontrado inhibición de la capacidad de fijación de la serotonina a sus receptores en sujetos depresivos sensibles a los cambios estacionales, lo cual explica la predisposición a la depresión en invierno. Sin embargo algunos tipos de depresión asociados con tendencias suicidas parecen estar asociados con disminución real de la producción de

serotonina en los tejidos cerebrales, mientras que en otras depresiones la disfunción es solo en el espacio sináptico.

Teniendo en cuenta la acetilcolina es un importante neurotransmisor en el sistema límbico, Janowsky propuso la hipótesis colinérgica, mediante la cual se ha podido poner en evidencia la importancia del equilibrio colinérgico/noradrenérgico en la depresión y, además en la manía. En los estados depresivos parece existir un predominio de la actividad colinérgica frente a la noradrenérgica. La inconsistencia tanto en la frecuencia como en la intensidad del efecto colinérgico da evidencia de la complejidad de las interacciones entre neurotransmisores, que por otra parte pueden estar determinadas genéticamente en algunas poblaciones específicas de enfermos depresivos.

Hábitos de estudio

Antecedentes de los métodos de aprendizaje y su relación con los hábitos de estudio

Son ya muchas las décadas en las que teóricos e investigadores especializados en la educación se han esforzado por encontrar y mejorar factores determinantes en el proceso de adquisición del aprendizaje con el objeto de obtener un mejor rendimiento académico por parte de los estudiantes, y así ofrecer a la sociedad un selecto grupo de bachilleres y universitarios cada vez más capacitados y mejor dotados para el desenvolvimiento académico en la sociedad (Coll, 1999). Por ende, antes de exponer los estudios, conceptos e importancia de los hábitos de estudio, se hace necesario realizar un repaso por

los distintos enfoques que han estudiado la forma en que las personas aprenden y las distintas estrategias. En un principio cuando la escuela conductista regia sobre los modelos educativos (swenson, 1987), las estrategias de aprendizaje recaían sobre el docente, considerándose a éste como el principal ente transmisor del conocimiento mientras el alumno no era más que aquel receptor que tenía poca participación activa en la formación del conocimiento, desde esta postura las dificultades escolares o las técnicas eficaces dependían netamente de las estrategias del docente y por ello los hábitos y técnicas desarrolladas por el estudiante no se hacían relevantes. Sin embargo, con el nacimiento de la escuela cognoscitiva (Swenson, 1987), se le dio mayor importancia al papel del estudiante, tomando en especial consideración la motivación, los conocimientos previos y los procesos cognoscitivos que cada alumno posee como elementos primordiales para la correcta adquisición de la nueva información, y es en esta instancia en que cada área que influencia la vida del estudiante requiere de un adecuado estudio e intervención para facilitar el aprendizaje. En la actualidad los enfoques que se especializan en los procesos de aprendizaje se encuentran basados en un enfoque que parte de la psicología cognoscitiva y que es denominada psicología constructivista, en la cual, ya no solo se hace indispensable el proceso mental por el que los estudiantes adquieren la información sino también la forma en que interpretan dichas temáticas y ellos mismo son los encargados de construir el conocimiento, entre estas posturas se encuentra el

aprendizaje significativo donde los estudiante asimilan la nueva información con conocimientos previos y construyen un nuevo conocimiento (Chadwick, 2001).

Definición de hábitos de estudio

Entre los múltiples factores que se han identificado como culminantes en el proceso educativo, se ha podido descubrir a los hábitos que tienen las personas a la hora de estudiar como culminantes en este proceso, esto indica que el escolar requiere de múltiples agentes para que la adquisición del conocimiento sea efectivo, y entre estos agentes, se encuentran factores motivacionales, fisiológicos, instrumentales, metodológicos, entre otros, y los hábitos empleados deben involucrar todos estos factores tomando en cuenta cuales pueden ser las técnicas más propicias acorde a el perfil del estudiante y la asignatura específica que se va abordar, de esta manera se puede construir una armonía entre el ritmo de trabajo del alumno y las didácticas más eficaces de cada materia. (Fernández, 1988).

Pese a que la escuela cognoscitiva colaboró en demasía con nuevos planteamientos de estrategias, métodos y programas educativos, la enseñanza es una profesión, que como muchas otras, aún continúa y continuara en desarrollo, por ende, investigadores como Bazan y Aparicio (2001) recalcan temáticas como los hábitos de estudio para ejemplificar como la educación ha de tomar aspectos significativos de distintas escuelas sin encasillarse únicamente en una, pues según ellos, los hábitos de estudio refieren a la construcción de técnicas de aprendizaje basadas en una interacción entre los materiales, los procesos psicológicos requeridos por parte del estudiante y la

labor de los profesores, pero este, más que como un transmisor de conocimientos, como un agente activo en cuanto a la fomentación de técnicas eficaces para el aprendizaje. Estos mismos autores, también hacen hincapié en diferenciar las estrategias de aprendizaje de las habilidades y destrezas, puesto que las primeras requieren de una planeación, organización y ejecución debida de las misma habilidades en una secuencia dirigida hacia un fin; los hábitos, los materiales y las metodologías didácticas del profesor hacen parte de estas estrategias de aprendizaje mientras se aprovechan las destrezas para hacer este proceso más eficaz (Bazan & Aparicio, 2001).

A este tema también se han involucrado otros autores como Nisbett y Shucksmith (1987) quienes definen este tema como las secuencias integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, almacenamiento y/o utilización de la información (Nisbett y Shucksmith, 1987).

De otra parte, Azikiwe (1998) denomina a este tema como la forma y manera en que un estudiante planea su lectura privada en cuanto a las horas de estudio para mejorar el manejo de un tema o materia específica.

Por otro lado, Castañeiras, Guzmán & Posada (1999) las interpretan como el conjunto de actividades mentales empleadas por el individuo en una situación particular de aprendizaje, para facilitar la adquisición de conocimientos. Mientras Pozar (1987) se refiere más al plan como tal que fábrica la persona para llevar a cabo una tarea de aprendizaje determinada o la adquisición de nueva información y Garner (1988) entabla la existencia de tres

características que debe contener el concepto de estrategia de aprendizaje: 1 – Debe existir una meta, 2 – Control de la actividad cognoscitiva, lo que involucra planeación, estrategias de ejecución y evaluación del proceso, y 3 – Articulación entre las distintas fases o metas del proceso.

A pesar de presentarse esta definición en distintas versiones, pueden definirse generalmente como determinadas maneras constantes de ejecución con que el escolar reacciona activamente ante los nuevos contenidos para conocerlos, comprenderlos y aplicarlos.

Factores asociados a las dificultades en hábitos de estudio

Factores biológicos

Los factores biológicos se hacen elementos cruciales para todo proceso de aprendizaje, pues en él radica el bienestar de los organismos para la adquisición de la información y sin antes tener una estabilidad orgánica adecuada, el cerebro no podrá hacer las relaciones necesarias para el establecimiento del aprendizaje, entre los factores biológicos que más afectan la adquisición de hábitos adecuados para el estudio se encuentran los siguientes:

Fatiga: La fatiga escolar se le considera al cansancio presentado por los estudiantes en aulas de clase y la hora de adquirir nueva información, las causas de este problema son diversas, entre las cuales se halla la ausencia de un sueño adecuado, y en este aspecto los hábitos de estudio se relacionan con un adecuado hábito a la hora de dormir, estableciendo horas de sueño adecuadas que deben involucrar de siete a ocho horas de sueño y así mismo,

éstas deben presentarse en los mismos horarios cada día. Otro aspecto es el cansancio físico, que se ve reflejado cuando la persona tiene un ritmo de vida demasiado intenso para lo que el cuerpo puede ofrecer, en estudiantes universitarios es frecuente este aspecto cuando el estudiante trabaja y estudia haciendo un ritmo de vida inapropiado para la adquisición de la información. Recientemente se ha anexado en el ambiente la importancia de presentar un puesto grato de trabajo, debido a que la postura que emplean los estudiantes también puede interferir en un agotamiento más rápido, por ende, el cuerpo debe encontrarse relajado y cómodo a la hora de estudiar pues entonces no se obtendrá el mismo rendimiento durante la misma cantidad de tiempo.

Finalmente la fatiga también se asocia a un factor psicológico en el que la angustia, ansiedad y preocupaciones de la persona interfieren en el proceso educativo agotando la parte física de las personas.

Nutrición: Otro aspecto biológico que involucra los procesos de aprendizaje están relacionados con la alimentación de los estudiantes, en este caso se debe tomar en cuenta una nutrición balanceada entre las cuales se debe involucrar las proteínas, carbohidratos y alimentos reguladores, así como una adecuada hidratación. También es importante a este respecto los hábitos alimenticios en los que se cuenta tener horarios determinados para la ingesta de los alimentos, una adecuada masticación y proceso de relajamiento pertinente para la asimilación de los nutrientes.

Problemas genéticos: En el momento del aprendizaje muchas veces se atribuyen problemas externos a algo que puede involucrar factores internos que

yacen desde la carga genética heredada por parte de los padres, es así como entre las dificultades escolares se ha de tener en cuenta también el coeficiente intelectual que el niño presente puesto que no todos los estudiantes avanzan a un mismo ritmo y no todos tienen las mismas habilidades y destrezas para la adquisición de información, por ende, este factor debe tenerse en cuenta de acuerdo a las habilidades de cada alumno para el establecimiento de técnicas apropiada para el aprendizaje.

Enfermedades físicas: Finalmente existen diversas enfermedades que pueden afectar el desempeño académico de los estudiantes, la diabetes es un ejemplo del mismo pero también existen otros problemas como los trastornos del aprendizaje (dislexia, TDAH, Discalculia, digrafía entre otros). Aparte de estas enfermedades y trastornos, las dificultades del aprendizaje también se encuentran relacionadas a déficits sensoriales y perceptuales, los que deben ser evaluados puesto que muchos procesos de aprendizaje se ven afectados por este hecho.

Factores sociales

Los factores sociales relacionados a las dificultades escolares hacen referencia a todos aquellos aspectos externos que de una u otra manera afectan el desempeño de los estudiantes, entre los que más se destacan se encuentran:

Sistema familiar disfuncional

Los estudiantes necesitan tener una estabilidad y educación adecuada, cuando los padres no han colaborado con un proceso de educación apropiado

no se adquieren hábitos ni estrategias que faciliten el proceso de aprendizaje, por ende se hace necesario un acompañamiento desde la niñez temprana y este se debe continuar en todo el proceso de desarrollo de los estudiantes. Otro elemento que se asocia con este factor radica en el maltrato físico y psicológico que pueda presenciarse o directamente afectar a los estudiantes, los niños que han sido maltratados o se encuentran en un ambiente de violencia intrafamiliar presentan problemas de atención y comportamiento que no permiten la adquisición de conocimiento adecuado.

Sistema social disfuncional

El otro sistema que debe funcionar adecuadamente radica en el área social relacionándose directamente con los modelos y pares que el estudiante presenta, cuando no existen modelos que manifiestan conductas apropiadas los alumnos asumen estas conductas disfuncionales y el aprendizaje se ve afectado, por otro lado, las amistades mal llevada llevan a muchos alumno a involucrarse en otras actividades que no le permiten organizarse de manera adecuada en el estudio.

Ambiente

Entre los hábitos que tiene la persona a la hora de estudiar es necesario tomar en cuenta el ambiente en el que estudia, este debe ser amplio, organizado y con la menor cantidad de distracciones posibles (televisor, grabadora, ruido, etc.) la voluntad del estudiante es ineficaz si estos principios no se aplican y se establece el mejor ambiente para el aprendizaje.

Factor económico

Esta importante área de las personas radica en las oportunidades de conocimiento que han tenido los estudiantes, puesto que si existe un repertorio de vocabulario e información amplio por parte del alumno esto facilitará la adquisición de nuevos conocimientos debido a que el alumno tendrá mejores elementos con que asociar dicha información (Gomez y Hanusheck, 1992).

Factores psicológicos

La pedagogía debe trabajar de la mano con el área de la psicología, pues de este último parten diversas problemáticas que de no manejarse adecuadamente no se podrán potenciar las capacidades de los estudiantes, los factores psicológicos que pueden afectar el aprendizaje son:

Motivación

Los intereses, actitudes y aptitudes de cada estudiante deben ser tenidos en cuenta en el proceso de aprendizaje, ya que a diferencia de lo que pensaba la psicología conductista, el estudiante es un ente activo en el proceso de aprendizaje y su participación se hace vital para que la adquisición de la información sea valedera, por ende, cada nuevo tema se debe relacionar con los aspectos motivacionales de cada estudiante.

Autoconocimiento

Es muy importante que el estudiante se conozca así mismo con el objeto de establecer las estrategias más adecuadas a la hora de aprender, solo el estudiante puede conocer que actividades realizar primero, si las difíciles o las fáciles y también conocer los horarios de descanso, ya que estos varían de acuerdo a cada persona. También si el estudiante conoce sus propias

destrezas puede saber con que relacionar la información nueva y que didácticas emplear a la hora de estudiar.

Evaluación de los hábitos de estudio

Diversos autores concuerdan con algunas metodologías para la evaluación de los hábitos de estudio de los estudiantes, entre estas, se encuentra principalmente la realización de cuestionarios en los que se observan las actitudes y destrezas de los estudiantes a la hora de estudiar. Algunos de los cuestionarios que mayormente se ha usado para dicha evaluación son el cuestionario Maddox adaptado conceptualmente por Bazan y Aparicio (1993), también se hace importante recalcar el cuestionario de Actividades de Estudio (SAQ) desarrollado según Thomas y Rohwer en el que se evalúa las actividades de estudio con respecto a un curso y un contexto en particular. Finalmente en un estudio empleado por Castañeiras, Guzmán & Posada (1999) se emplea el LASSI (Learning and study strategies inventory), el cual es un inventario auto descriptivo y se analiza su eficacia en la evaluación individual de áreas problemáticas en el aprendizaje y estudio.

Otro cuestionario empleado en la estrategia de hábitos de estudio es el CHTE (Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio) elaborado y adaptado por Gonzalez y Bisquera (2006), en el que se recopilan áreas fundamentales que son las condiciones físicas y ambientales, la planificación y estructuración del tiempo y el conocimiento de la técnicas básicas.

También se encuentra el I.H.E. (Inventario de hábitos de estudio) propuesto por Pozar (1987) que mide los hábitos de estudio de los alumnos por

medio de cuatro escalas fundamentales, a las que se añade una escala de sinceridad:

Escala I: Condiciones ambientales del estudio:

- 1.- Condiciones ambientales personales
- 2.- Condiciones ambientales físicas
- 3.- Comportamiento académico
- 4.- Rendimiento

Escala II: Planificación del estudio:

- 5.- Horarios
- 6.- Organización

Escala III: Utilización de materiales

- 7.- Manejo de libros
- 8.- Lectura
- 9.- Subrayado-resúmenes

Escala IV: Asimilación de contenidos

- 10.- Memorización
- 11.- Personalización

Escala V: Sinceridad (adicional) (Pozar, 1987).

A parte de los cuestionarios, también se puede evaluar la eficacia de los hábitos de estudio con estudios correlacionales en los que se analiza las estrategias de aprendizaje en relación con los resultados, entre los estudios que sustentan este hecho se encuentra el de Escalante, Linzaga y Merlos (2008), quienes en una investigación en la que evaluaron el comportamiento

académico de una muestra de estudiantes universitarios en contraste con sus hábitos de estudio encontraron que el buen uso de actividades específicas que facilitan el aprendizaje se ve reflejada significativamente en el rendimiento académico, a sí mismo, fundamentan su teoría en estudios anteriores como el de Conelly, Kirstin y Dubois (1988) en el que se demostró como estudiantes que acostumbran marcar textos, tomar notas, manejar tiempos y organizar horarios, presentan un adecuado rendimiento académico por encima de sus compañeros que no acostumbran estas prácticas, demostrando así la gran eficacia de estas tácticas en la adquisición de conocimientos. La tabla 1 resume los cuestionarios anteriormente descritos.

Tabla 7. Cuestionarios sobre hábitos de estudio

Cuestionario	Escalas que evalúa
SAQ	Actividades de estudio con respecto a un curso y un contexto en particular.
LASSI	permite diagnosticar y organizar la intervención en estudiantes de post - secundaria
CHTE	Condiciones físicas y ambientales, la planificación y estructuración del tiempo y el conocimiento de la técnicas básicas.
I.H.E.	Condiciones ambientales del estudio Planificación del estudio Utilización de materiales Sinceridad

Entrenamiento de los hábitos de estudio

Para entablar técnicas y metodologías propicias que faciliten el mejoramiento de la adquisición de un nuevo tema se hace crucial evaluar el perfil y características de cada estudiante, ya que las distintas técnicas varían

acorde las diversas áreas de cada estudiante, sin embargo, se ha delimitado ciertos métodos como los principales agentes en el desarrollo de habilidades de estudio, entre estos se encuentran las técnicas propuestas por Weinstein y MacDonald (1986) quienes afirman la existencia de tres dimensiones básicas en la potencialización de dichos hábitos, estas son: Estrategias de adquisición del conocimiento cuyo objetivo principal es construir relaciones en lo que se va a aprender y los conocimientos y experiencias previas del aprendiz. También mencionan las estrategias activas de estudio donde se centra la atención del estudiante en aspectos relevantes de la información (selección de ideas principales, resúmenes etc.). El tercer aspecto radica en las estrategias metas cognoscitivas refiriéndose al grado de consciencia que el estudiante presenta acerca de sus propias formas de pensar, los contenidos de los mismos y las habilidades para controlar estos procesos. Finalmente se encuentra las estrategias de apoyo y motivacionales que hacen hincapié en mantener la atención y utilizar el tiempo de manera efectiva (Weinstein, Shulte & Palmer, 1987).

Otro autor que de manera activa ha trabajado arduamente en ubicar las principales estrategias para el entrenamiento de los hábitos de estudio es quien propone las siguientes técnicas para la formación de un adecuado aprendizaje:

Extracción de datos de la realidad: observar fenómenos, elaborar encuestas y entrevistas, tomar apuntes, hacer registros con ayudas de guiones y pautas, diseñar y realizar experiencia

Utilización de fuentes de información documental diversas: buscar la información siguiendo los criterios y reglas de las diversas fuentes y realizar fichas.

Interpretación y elaboración de datos: analizar producciones lingüísticas, gráficas y artísticas; comparar, clasificar, ordenar, interpretar, inferir,

Uso de instrumentos: manipular con seguridad y eficacia instrumentos; uso, diseño y creación de mecanismos y aparatos tecnológicos; uso de instrumentos artísticos y de la tecnología de la comunicación.

Comunicación de ideas y de resultados: interpretar, describir, definir, explicar, justificar, argumentar utilizando textos orales o escritos; comunicar por medio de lenguajes expresivos no verbales (gestual, musical, plástico) y realizar murales, exposiciones, montajes audiovisuales, debates y coloquios.

Autorregulación y regulación social: planificar, revisar el proceso de aprendizaje y los resultados; concretar criterios de realización, apropiarse de criterios de evaluación y tomar decisiones de grupo, colaborar en trabajos de grupo por medio de reuniones, debates u otro tipo de intercambios

Estrategias de lectura y técnicas de estudio: utilizar estrategias de comprensión lectora (anticipar, saber formular hipótesis e interrogantes, comprobar las hipótesis, etc.); utilizar estrategias de memoria (para llevar a cabo tareas de repaso, de elaboración y organización de la información), con ayuda de reglas mnemónicas, esquemas (Gomez, 1996).

Luego de haber desarrollado en profundidad los diversos aspectos del marco de referencia, se exponen los objetivos de la presente investigación.

En cuanto al propósito general, la investigación pretende:

Describir y relacionar las características de los hábitos de estudio, el nivel de ansiedad y depresión en los estudiantes de psicología de la CUI.

Este objetivo general se descompone en los siguientes objetivos específicos:

Identificar el perfil de hábitos de estudio de los estudiantes de psicología de la CUI

Identificar el nivel de ansiedad más frecuente en los estudiantes de psicología de la CUI

Identificar el nivel de depresión más frecuente en los estudiantes de psicología de la CUI

Describir la relación que existe entre el perfil de hábitos de estudio y los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de psicología de la CUI según su nivel de rendimiento académico

Marco metodológico

Tipo de estudio

El presente es un estudio descriptivo y correlacional, ya que busca describir las características centrales de la ansiedad, la depresión y los hábitos de estudio en los estudiantes de psicología de la Iberoamericana y establecer la relación que pueden tener con el rendimiento académico.

Método

El método es transversal ya que se realizará una sola medición de los atributos de interés a la población objetivo.

Participantes

Para la presente investigación se abarcó a la totalidad de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la CUI que al momento de la aplicación de los instrumentos cumplieran con las siguientes condiciones:

1. Ser estudiantes activos (estar matriculados y tener calificaciones vigentes de los dos primeros períodos académicos del primer semestre de 2010).
2. No haber participado en la investigación en calidad de asistentes de investigación en ninguna de las fases del presente estudio.
3. Haber contestado la totalidad de los ítems del cuadernillo sin generar multimarcas y haber suministrado los datos pertinentes de identificación de sus características demográficas.
4. Haber aceptado las condiciones del consentimiento informado (aceptando una participación voluntaria en el estudio).

A partir de las anteriores consideraciones se constituyó una muestra de 285 estudiantes (15.4%, hombres y 84.6%, mujeres), con edades entre los 16 y los 37 años (media: 23 años; desviación típica: 4.744). El 46% se encontraba en jornada diurna y el 54% en jornada nocturna. El 80.7% eran procedentes de Bogotá y el 19.29, de otras regiones del país.

5. La figura 1 muestra la distribución de esta muestra según el semestre:

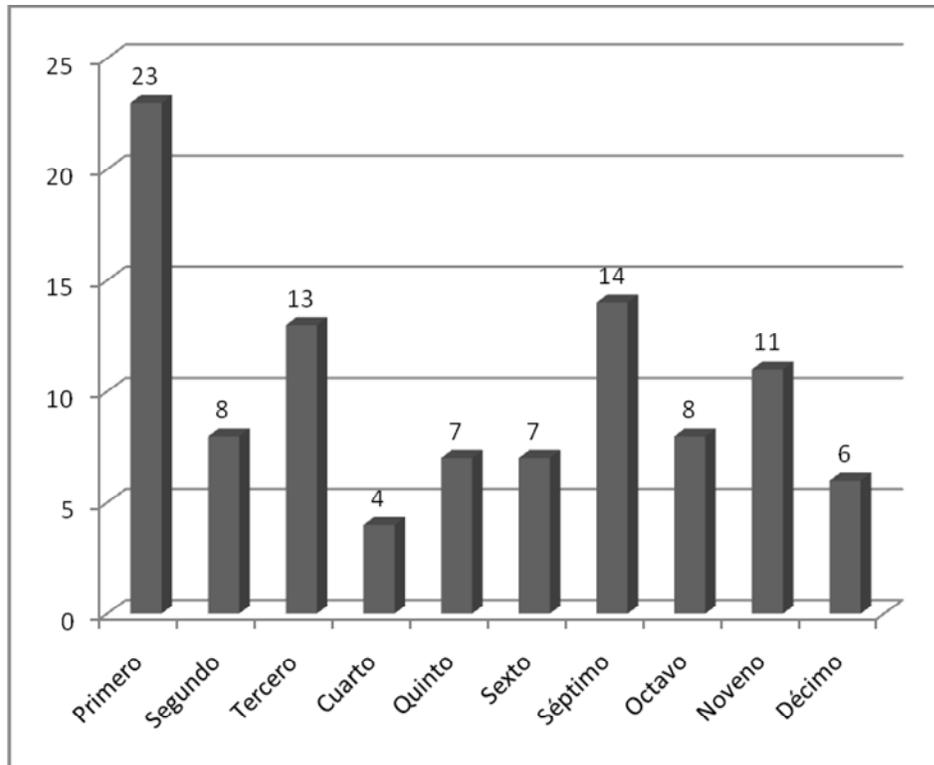


Figura 1. Distribución de la muestra según el semestre académico en el que se encontraban.

De acuerdo con la información de la figura 1, la mayor parte de los estudiantes son de los primeros tres semestres (estos grupos alcanzan a ser el 44% de la muestra).

Instrumentos

Para la presente investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

Cuestionario sociodemográfico. Diseñado para los propósitos de la investigación, se indagan aspectos tales como la edad, sexo, procedencia, semestre actual y aspectos asociados con su condición académica actual (pérdida de asignaturas, promedio de carrera, nivelación, percepción sobre su desempeño académico). Este cuestionario se encuentra en el anexo A.

Inventario de estrategias de aprendizaje y estudio (LASSI) (Weinstein, Schulte & Palmer, 1987). Es una prueba que evalúa la utilización que un estudiante hace de determinadas estrategias de aprendizaje y de técnicas o hábitos de estudio, por lo que se emplea con gran frecuencia en ámbitos educativos y en procesos de orientación profesional y vocacional. Cuenta con diez escalas que miden estos aspectos (Castañeiras, Guzmán, Posada, Ricchini & Strucchi, 1999; Ecurra, 2006; De Baessa & De Arroyave, 1996):

Tabla 9. Escalas del LASSI

Escala	Aspecto evaluado
Actitud (ACT)	Evalúa las actitudes de los estudiantes hacia el estudio en general y el grado en que ellos perciben una relación entre el estudio y el logro de metas personales.
Motivación (MOT)	Mide el grado de responsabilidad de los estudiantes en sus actividades académicas y en la obtención de logros.
Administración del tiempo (ADT)	Evalúa las habilidades del estudiante para organizar el tiempo, el grado de eficiencia en las actividades académicas. Evalúa el uso de horarios, planificadores, cronogramas, etc.
Ansiedad (ANS)	Grado de nerviosismo que presenta el estudiante en situaciones académicas como intervenciones en clase o evaluaciones.
Concentración (CON)	Capacidad del estudiante para concentrarse en la realización de las actividades académicas.
Procesamiento de información (PDI)	Mide la utilización de estrategias de elaboración y organización. Grado en que el estudiante relaciona la información ya aprendida con la que está tratando de aprender.
Selección de Ideas principales (SIP)	Capacidad del estudiante para seleccionar el material importante para estudiarlo con mayor profundidad.
Ayudas al estudio (AAE)	Habilidad de los estudiantes para utilizar estrategias propias o de otros para estudiar más eficientemente (uso de estrategias de hábitos de estudio)
Autoevaluación o control (AOC)	Evalúa si el estudiante revisa y autoevalúa su nivel de comprensión de los contenidos estudiados.
Estrategias de	Mide la efectividad y rendimiento al presentar evaluaciones.

prueba (EDP)

Esta prueba ha reportado buenas propiedades psicométricas. El estudio original de Weinstein, Shulte & Palmer (1987), mostró que la confiabilidad de las escalas evaluadas con el alfa de Cronbach, oscilaba entre 0.73 y 0.89 (Escurra, 2006), mientras que la consistencia de los puntajes en el tiempo por medio de test-retest, alcanzó valores entre 0.72 y 0.85.

En Perú, Escurra (2006), realizó un análisis psicométrico exhaustivo del inventario y encontró un nivel de confiabilidad generalizado de la prueba de 0.87, y con un rango entre 0.70 y 0.87 para las subescalas. La versión de la prueba aplicada en esta investigación se encuentra en el anexo B.

Escala autoaplicada de Zung para ansiedad (Zung, 1971). El objetivo central de esta prueba es la evaluación de los síntomas de ansiedad, consta de 20 ítems. Está compuesta por ítems que evalúan síntomas somáticos (15 de los 20 ítems) y síntomas afectivos (5 de 20 ítems), los cuales indican la frecuencia de presencia de dichos síntomas. El estudio original utilizó una muestra de pacientes psiquiátricos y una muestra de adultos no clínicos. En el análisis psicométrico realizado se encontró un coeficiente de confiabilidad de 0.71 (Zung, 1971; Bianchi, 2009). La confiabilidad test-retest de 16 semanas fue de 0.84.

En algunos estudios desarrollados en Latinoamérica con esta escala se han encontrado las siguientes propiedades psicométricas. En Colombia, González (2007) utilizó la escala en un estudio que medía ansiedad y otros aspectos. Este autor reportó un proceso de traducción de la prueba y un

proceso de validación de constructo por análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Reportó un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.82 y en la versión reducida que desarrolló (15 ítems) encontró un índice de 0.75 (Bianchi, 2009).

Por su parte, Bianchi (2009), desarrolló un estudio psicométrico con población colombiana también (utilizando una muestra no clínica de 261 participantes y una clínica de 101 participantes). El coeficiente de alfa encontrado en este estudio fue de 0.80 para población no clínica y 0.88 para población clínica.

En México, por otra parte, Hernández, Macías, Calleja, et al., (2008), realizaron una aplicación del Zung de Ansiedad a 920 personas, en la que encontraron un alfa de Cronbach de 0.77. La escala se presenta en el anexo C.

Escala de Zung de depresión (Zung, 1965). Es una escala de autorreporte que mide sintomatología depresiva. Contempla aspectos afectivos, fisiológicos, psicológicos. La puntuación se obtiene con una escala de tipo Likert, de 1 a 4 (Lezama, 2007). En el estudio original de Zung (1965), la prueba original se aplicó a un total de 56 pacientes admitidos a una clínica psiquiátrica con diagnóstico de depresión, se encontró un índice de confiabilidad de 0.74.

En Colombia hay algunos estudios en población adulta y adolescente que han analizado las características psicométricas de la Escala Zung de Depresión. El primero desarrollado con 110 estudiantes universitarias (edad promedio de 22.1 años), encontró un alfa de Cronbach de 0.85, un índice kappa

de 0.39 y una correlación test-retest de 0.848 (Campo, Díaz, Rueda, Barros, 2005). En el segundo estudio la escala fue aplicada a 266 adultos entre 18 y 65 años (población general). Se encontró una consistencia interna de 0.803; un único factor principal que explicaba el 36.6% de la varianza y un índice Kappa de Cohen de 0.415. En adolescentes, Lezama (2007), realizó una aplicación a 4407 jóvenes entre 12 y 18 años de edad escolarizados en cinco ciudades colombianas (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga). El índice de alfa de Crobach fue de 0.548. esta escala se presenta en el anexo D.

Procedimiento

La presente investigación abarcó las siguientes fases:

Fase I (Primer período). Delimitación del problema de investigación, diseño del marco teórico, empírico y metodológico.

Fase II (primer período). Selección de los instrumentos de aplicación. Se seleccionaron las pruebas teniendo en cuenta su soporte psicométrico (en población latinoamericana o colombiana y, de ser posible, universitaria).

Fase III (segundo período). Aplicación del instrumento. Inicialmente se desarrolló un proceso de capacitación a los asistentes de investigación para que conocieran las pruebas. Se desarrolló una autoaplicación que sirvió como pilotaje para determinar el nivel de comprensión de las instrucciones y de los ítems. Posteriormente se hizo una programación de aplicación por salones.

Dado el carácter censal que tiene la investigación se estableció un procedimiento de contacto con los estudiantes de la facultad a través de

diversos medios. El que se empeló en mayor medida fue la visita a los salones de clase de las asignaturas con mayor cantidad de estudiantes por semestre. Los estudiantes adicionales fueron buscados (en una segunda ronda) para su aplicación posterior. Los que aceptaban el consentimiento informado fueron incluidos en el estudio.

En esta fase se empleó un instructivo de capacitación (anexo E), una carta de presentación a docentes de asignatura del estudio (anexo F) y un acta de aplicación y asistencia (anexo G).

Fase IV (segundo período). Diseño de la base de datos, análisis de resultados. Esta fase está en curso al momento de la entrega de este reporte de investigación. Los datos están siendo analizados con el programa SPSS 18.0.

Fase V (segundo período). Discusión y cierre (pendiente).

Resultados

Nivelación académica

De acuerdo con los participantes de la investigación, el 8% de la muestra se encuentra adelantada (tomando una o más materias de semestres posteriores al que se encuentra matriculado); el 68% se encuentra nivelado (tomando todas las asignaturas del semestre matriculado) y el 24% reporte encontrarse atrasado, tomando al menos una asignatura de semestres anteriores al matriculado.

Percepción del rendimiento académico y reporte de rendimiento (según el promedio de carrera)

El 8.4% de la muestra percibe su desempeño académico como sobresaliente; el 73.9%, lo percibe como bueno; el 15.1% como aceptable y el 1.3% como deficiente.

Por su parte, en cuanto al rendimiento académico, el 2% de la muestra se ubica en el nivel sobresaliente (con un promedio de carrera superior a 4.4); 44% en un nivel bueno (promedios entre 4.0 y 4.4); el 46% en un nivel aceptable (promedios entre 3.3 y 3.9) y el 8% en un nivel deficiente (calificaciones inferiores a 3.3).

Pérdida de asignaturas

El 51.6% de los participantes reportó pérdida de asignaturas, mientras el 48.4% señaló que no ha perdido asignaturas ninguna vez. Del grupo que ha perdido asignaturas, 50.4% ha perdido una asignatura, 38.5% ha perdido entre dos y tres asignaturas; 7.3% ha perdido entre cuatro y cinco asignaturas y 3.7% ha perdido más de cinco asignaturas.

Resultados parciales del LASSI

La tabla 2 muestra los valores promedio obtenidos por los participantes en cada una de las escalas.

Tabla 2. Puntajes del Inventario LASSI

Escalas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Baremo
LassiAC	22	40	35	3,7	30
LassiMO	17	40	30	4,4	45
LassiAD	14	39	27	4,9	70

LassiAN	9	39	25	5,8	45
LassiCO	15	40	30	5	80
LassiPD	13	40	30	4,8	75
LassiSI	9	25	20	3	70
LassiAA	12	36	24	4,9	55
LassiAO	10	40	25	4,8	50
LassiED	17	40	31	4,5	60

Teniendo en cuenta la interpretación propuesta por Fernández (2006), a mayor puntuación percentilar en la prueba, mejor desempeño en la prueba, y tal como se puede observar en la tabla , los factores ubicados por encima del percil 75 (considerado de alto desempeño) son la concentración (CON); y el procesamiento de información (PDI); ayudas al estudio (AAE). En valor promedio igual o por encima del percentil 50 (que podrían requerir mejoras) se encuentran la administración del tiempo (ADT), la selección de ideas principales (SIP); autoevaluación o control (AOC) y estrategias de prueba o preparación de exámenes (EDP), ayudas para el estudio (AAE). Finalmente, los aspectos que requieren de intervención, pues se encuentran deficitarios (por debajo del percentil 50) son motivación (MOT), actitud (ACT), y ansiedad (ANS).

Tabla 3. Desempeño en las escalas de Zung

	Zung Depresión	Zung Ansiedad
Media	38	37
Desviación típica	8,2	8,4
Mínimo	22	22
Máximo	68	68

En la escala Zung de Depresión, los participantes obtuvieron una puntuación media de 38 (desviación típica 8.2), lo que significa depresión subclínica o variantes normales del estado de ánimo, y en la escala Zung de Ansiedad fue 37 (desviación típica 8.4), asociado con un nivel de ansiedad dentro del promedio.

Relación entre hábitos de estudio y rendimiento académico

La tabla 4 muestra esta relación:

Tabla 4. Correlaciones entre rendimiento académico y hábitos de estudio

Escala	r
Actitud (ACT)	.201**
Motivación (MOT)	.273**
Administración del tiempo (ADT)	.222**
Ansiedad (ANS)	.218**
Concentración (CON)	.239**
Procesamiento de información (PDI)	.076*
Selección de Ideas principales (SIP)	.218**
Ayudas al estudio (AAE)	.034
Autoevaluación o control (AOC)	.126*
Estrategias de prueba (EDP)	.191*

*sig. al $p \leq .05$; **sig al $p \leq .01$

De acuerdo con los datos de la tabla 4, se encontraron correlaciones positivas y significativas en la mayor parte de las escalas del LASSI con relación al rendimiento académico, a excepción de los factores de procesamiento de la información y ayudas para el estudio, que si bien sus correlaciones no fueron estadísticamente significativas, sí se presentaron en el dirección esperada. A partir de esta información se puede concluir que el

rendimiento académico de los estudiantes correlacionó positivamente con un perfil positivo de hábitos de estudio.

Relación entre ansiedad, depresión y rendimiento académico

La tabla 5 muestra esta relación:

Tabla 5. Correlaciones entre rendimiento académico, ansiedad y depresión

Escala Zung	r
Depresión	-.170**
Ansiedad	-.110

**Sig al $p \leq 0.1$

Según los datos de la tabla 5, se encontró una correlación negativa significativa entre el nivel de depresión y el rendimiento académico, lo que significa que el grupo de personas que reportaron mayores niveles de depresión, presentaron a su vez menor rendimiento académico. Por su parte, la correlación también fue negativa para el caso de la ansiedad, aunque no fue significativa estadísticamente.

Discusión

Los resultados del presente estudio confirman los hallazgos de estudios previos en cuanto a la presentación de problemáticas de ansiedad y depresión en la población universitaria, el perfil de hábitos de estudio y su relación con el rendimiento académico (Amézquita, González y Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez, y Miranda, 2001; Arco, López, Heiborn y Fernández, 2005; Campo, Díaz, Rueda y Barros, 2005; Campo y Gutiérrez, 2001; Galli, 2005; González, Campo y Haydar, 1999; Miranda, Gutiérrez, Bernal y Escobar, 2000) . En el caso particular de este estudio se pudo observar que si bien los niveles de

ansiedad y de depresión clínicas no son muy altos, es claro que quienes presentan estas problemáticas tienen, entre los efectos de su condición, problemas de rendimiento académico. Este aspecto resulta muy importante tenerlo en cuenta debido a que los resultados negativos en el plano académico pueden agudizar las problemáticas emocionales de los estudiantes cronificando su condición.

En el caso de la población analizada en el presente estudio se encontró que si bien el perfil de hábitos de estudio es adecuado hay algunos factores críticos que deben ser intervenidos. Particularmente son los de actitud (interés), motivación, ansiedad y autoevaluación (revisión de los contenidos, preparación de las evaluaciones). Estudios como los de Garzón et al., (2010) muestran que factores como los mencionados pueden incidir en el rendimiento académico, por lo tanto, resulta fundamental desarrollar estrategias de prevención e intervención frontal en los casos en que estos factores estén asociados con el bajo rendimiento académico de los estudiantes.

Este diagnóstico refuerza la conclusión acerca de la importancia del desarrollo de estrategias sistemáticas de acompañamiento a los estudiantes en el fomento de competencias para afrontar con éxito las demandas académicas y para darle un correcto manejo a las dificultades de ansiedad y depresión que puedan presentar. Se recomienda fundamentar a partir de estos hallazgos estrategias tanto de prevención como de intervención a través de programas de seguimiento académico que establezcan mecanismos funcionales de diagnóstico precoz, remisión y apoyo a los estudiantes para impedir que el bajo

rendimiento académico termine agravando sus problemáticas de orden emocional y comportamental.

Referencias

- Agudelo, D.M., Casadiegos, C.P., Sánchez, D.L. Características de la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1, 1, 34-39.
- American Psychiatric Associatio, (APA), (2001). *D.S.M.-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson
- Amézquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32, 341-356.
- Arboleda, A., Gutiérrez, J. C., & Miranda, C. A. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle, 1999. *Médicas UIS*, 15, 4-7.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V., & Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J., & Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, 3, 17-26.
- Avilés, M.; Castaño, J. & Gallego, O. (2003). *Evaluación del servicio de asesoría psicológica de la Corporación Universitaria Iberoamericana (CUI)*. Trabajo investigativo. Universidad Católica de Colombia.

- Azikiwe, U. (1998). Study approaches of university students. WCCI Region II Forum. 2, 106-114.
- Barlow H, & Durand V (2007) Psicopatología un enfoque integral de la psicología anormal, México D.F 4º ed, Thompson.
- Bazan J & Aparicio A. (2001). Modelo explicativo de las relaciones entre hábitos de estudio, sexo y procedencia en egresantes de secundaria de nivel socio-económico bajo. *Revista de investigación en psicología*, 4, 2, 41 - 53
- Belloch, A. y Sandín, B. (1996). *Manual de psicopatología*. Editorial McGraw-Hill. Interamericana
- Bianchi, J. (2009). Propiedades psicométricas de la Escala autoaplicada Zung de Ansiedad. *Tesis de Maestría no publicada*. Bogotá, Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Botella, C., Baños, R. & Perpiñá, C. (2003). Fobia social. Barcelona: Paidós.
- Bragado C, Bersabé R & Carrasco I (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Málaga. *Psicothema*, 11, 4, 939-956
- Beuke, C., Fischer, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: why and how measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.
- Bianchi, J. (2009). Propiedades psicométricas de la Escala autoaplicada Zung de Ansiedad. *Tesis de Maestría no publicada*. Bogotá, Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

- Caballo, V., (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. 1º ed, España Editores Siglo XXI S.A
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: El papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11, 203-214.
- Campo, A., Díaz, L.A., & Rueda, G.E. (2006). Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*, 26, 3, 415-423.
- Campo, A., Díaz, L., Rueda, G., & Barros, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34, 54-62.
- Campo, G., & Gutiérrez, J. C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 351-358.
- Carrasco, P. & Díaz, M. (2003) Trastorno mixto ansioso depresivo. Monografías en medicina clínica
- Cassaretto, M., (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21, 363-392.
- Castañeiras, C Guzmán G & Posada M. (1999). Sobre estrategias de aprendizaje y hábitos de estudio. *RIDEP*, 8 ,2.
- Chadwick C, (2001). La psicología de aprendizaje del enfoque constructivista. *Revista latinoamericana de estudios educativos*, 31,4, 111-126.
- Coll C., (1999) Algunos desafíos de la educación básica en el umbral del nuevo milenio en: perfiles educativos, 21, 83-84.

Connelly, Kirstin P.; DuBois, Nelson F.; Staley, Richard (1998). *Structured Interview Study of the Long-Term Effects of a College Study Skills Course: Traces and Self-Report Measures*. Documento presentado en la reunión anual de la American Educational Research Association (San Diego, CA, April 15, 1998)

Y Futuro; Revsita Diversitas – Perspectivas en Psicología 4, 1, 79-92

De Baessa, Y., & De Ayyoyave, M. (1996). Confiabilidad y validez del inventario de Estudio y Aprendizaje. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 2, 293-303.

Escalante Y, Linzaga C & Merlos M. (2008). Comportamiento de los estudiantes en función a sus hábitos de estudio. *Actualidades Investigativas en Educación. Revista Electrónica publicada por el Instituto de Investigación en Educación*, 8, 2, 1-15

Escurra, L.M. (2006). Análisis psicométrico del Inventario de Estrategias de aprendizaje y Estudio en estudiantes universitarios de psicología de Lima metropolitana. *Persona*, 9, 127-170.

Fernández , F. (1988): Técnicas de estudio. *Diccionario de Ciencias de la Educación*, Santillana, Madrid.

Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6, 55-66.

Garner, R. (1988) Verbal-report data on cognitive and metacognitive strategies, en Weinstein, Goetz y Alexander (comps): *Learning and study strategies: Issues in assessment, instruction, and evaluation*, New York, Academic Press.

Gómez, I. (1996) Enseñanza y Aprendizaje. *Cuadernos de Pedagogía*, 250

- González, A., Campo, A., & Haydar, R. (1999). Síntomas depresivos en estudiantes de Psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 45, 234-239.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4, 160-168.
- Hernandez M, Macías D, Nazira C, Cerezo S, & Del Valle C (2008). Propiedades psicométricas del inventario de Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *Avances de la disciplina* Vol. 2 N 2 19-46 . Universidad de San Buenaventura Bogotá D.C.
- Hernández H. & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana IIPSI UNMSM 10, 1
- Hernández, M.R; Macías, D., Calleja, N. et al., (2008). Propiedades psicométricas del Inventario Zung de Estado de Ansiedad con mexicanos. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 2, 2, 19-46.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., & Saraceno, S. (2005). Los trastornos mentales en América Latina *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 18(4-5), 229-240.
- Ledoux, J. E. (1994). Emoción, memoria y cerebro. *Investigación y Ciencia* 215, 38-45.
- Leon M, Rodríguez J, Picabia A. (2001), Evaluación de la ansiedad. Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada Antonio Capafons Universidad de Valencia *Psicothema*, 13, 3, 442-446.

- Lezama, S. (2007). Validación y estandarización de la escala de síntomas depresivos Zung en población adolescente escolarizada colombiana. Tesis de maestría no publicada. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Lusilla MP, Sánchez A, Sanz C, López J (1990). Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). *Anales de Psiquiatría*; 6, 1-39.
- Magaz A, Lago E, García M, Pérez M. del Valle S (1998). ansiedad, estrés y problemas de Papeles del Psicólogo. *Ansiedad en escolares de 12 a 18 años* Noviembre, 71.
- Martínez F, Cano V, Castillo C, Sánchez J, Ortiz S & Gordillo del Valle Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio *anales de psicología*, 1995, 11(1), 97-104
- Mendlewicz, J. (1992) *Avances en Psiquiatría Biológica*. Barcelona: Masson
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental dela salud en Colombia: Informe preliminar: Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*. Recuperado el 23 de Mayo de 2006, de <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudiosaludmentalcolombia.pdf>
- Miranda, C. A., Gutiérrez, J. C., Bernal, F., & Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la U del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, 251-260.

Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression: a review and reformulation.

Journal of Affective Disorders, 81, 91-102.

Ninan, P., & Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression.

Depression and Anxiety, 14, 79-85.

Nisbet, J. & Schucksmith (1987). *Learning strategies* London. Routledge and Kegan

Paul. Traducción al castellano de Bermejo, A, *Estrategias de aprendizaje*.

Madrid. Santillana.

Núñez C & Sánchez J. (1991). *Hábitos de estudio y rendimiento en EGB y B UP. Un*

estudio comparativo Revista Complutense de Educación. Vol. 2 (1 - 43-66. Edit.

Univ. Complutense. Madrid

Palacio D, López J, Gonzales A, (2003) Un Panorama Nacional de la Salud y

Enfermedad Mental en Colombia; Ministerio de la Protección Social República

Pozar, F. (1987). *Inventario de hábitos de estudio (I.H.E.)*, Madrid, TEA.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1999).STAI. *Cuestionario de*

Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA, Ediciones. (Trabajo original publicado en 1970).

Spielberger, C., & Reheiser, E. (2003). Measuring Anxiety, Anger, Depresión, and

Curiosity as emotional states and personality traits with the STAI, STAXI, and

STPI. En M.Hersen, M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive*

Handbook of Psychological Assessment, Vol 2, Personality Assessment. (pp.

70-86). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Tobal, J.J, (1985). La ansiedad. Madrid: Editorial Aguilar

Vasquez, C., Hervas, G., Gomez, L., Romero, N; (2009). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación.

Weinstein, C., Shulte, A.C., & Palmer, D.R. (1987). *Learning and study strategies inventory (LASSI)*. Clearwater, FL: H & H Publishing.

Zung (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12, 63-70.

Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.

Anexos

Anexo A

Cuestionario de datos demográficos y consentimiento informado

INTRODUCCIÓN/CONSENTIMIENTO INFORMADO

*El propósito de la presente encuesta es conocer diversos aspectos relacionados con sus hábitos de estudio y con la presencia o no de manifestaciones de ansiedad y depresión. Esta exploración tiene el propósito de establecer fortalezas y debilidades en estos aspectos con propósitos posteriores de diseño de estrategias idóneas de apoyo. **Esta información tiene propósitos estrictamente investigativos y será tratada de tal manera que se garantice la confidencialidad de su identidad o de cualquier dato que permita su identificación, por esa razón su nombre nunca aparecerá y nadie aparte del equipo de investigación tendrá acceso a esta información.** En esta encuesta se le presentarán una serie de afirmaciones y usted deberá seleccionar la opción con la que más se identifique marcándola en el cuadernillo. Para conocer su aceptación, por favor marque con una equis la opción correspondiente después de haber leído la siguiente información: **“Declaro que se me han dado a conocer los objetivos de la investigación y el manejo que se dará a la información que yo suministre y que puedo culminar mi participación de esta investigación cuando yo así lo determine. Estoy de acuerdo en ser participante de esta investigación”.***

ACEPTO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN _____

A. Información sociodemográfica. Escribir los datos que se solicitan en el espacio correspondiente							
Sexo		Jornada		Lugar de nacimiento		Edad	
Estado Civil (seleccione una opción): Soltero(a) ___ Casado(a)/Unión libre ___ Separado(a)/Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___				Estrato socioeconómico: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___			

B. Información académica

Escribir los datos que se solicitan en el espacio correspondiente o seleccionar la opción con la que más se identifique:

- Semestre que cursa actualmente (en el que cursa actualmente más asignaturas) _____
- Nivelación (escoja una sola opción)

A. Va adelantado(a) (toma todas las asignaturas de su semestre y otras de semestres posteriores)	B. Va nivelado(a) con todas las asignaturas de su semestre	C. Va atrasado(a) con respecto a su semestre (toma asignaturas de semestres anteriores)
--	--	---

- Percepción del nivel académico. Seleccione la opción la con que más se identifique:

En la actualidad mi rendimiento académico es:

A. Sobresaliente	B. Bueno	C. Aceptable	D. Deficiente
------------------	----------	--------------	---------------

4. Pérdida de asignaturas durante la carrera: Sí _____ No _____, en caso de haber contestado sí, cuántas veces:

A. Una vez	B. Entre 2 y 3 veces	C. Entre 4 y 5 veces	D. Más de 5 veces
------------	----------------------	----------------------	-------------------

5. Promedio académico de carrera (exacto o aproximado): _____

(*) NOTA: En caso de no recordar el promedio autorizo consultarlo en la base de datos de Registro Académico

Sí (escribir su código) _____

No _____

Anexo B

Inventario de Estrategias de Estudio y Aprendizaje (IEEA/LASSI)

Leer cada uno de los enunciados que se presentan a continuación y después marcar con una equis (X) la respuesta con la que más se identifica, es decir, con aquella que considera describe mejor su modo de comportarse, sentir y pensar acerca del estudio. Tenga en cuenta la siguiente clave:

A. Nada típico en mí	B. Poco típico en mí	C. Moderadamente típico en mí	D. Bastante típico en mí	E. Totalmente típico en mí
----------------------	----------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------

1. Me preocupa reprobar en la universidad.	A	B	C	D	E
2. Soy capaz de distinguir entre la información más importante y la menos importante durante una clase.	A	B	C	D	E
3. Me cuesta trabajo ajustarme a un horario de estudio	A	B	C	D	E
4. Después de una clase reviso mis apuntes para ayudarme a comprender mejor la información.	A	B	C	D	E
5. No me preocupa terminar la universidad si encuentro alguien con quien casarme	A	B	C	D	E
6. Me doy cuenta de que durante las clases pienso en otras cosas y realmente no escucho lo que se está diciendo	A	B	C	D	E
7. Utilizo elementos especiales que me ayudan a estudiar, tales como los encabezados y las letras cursivas que se encuentran en mi libro de texto.	A	B	C	D	E
8. Trato de identificar las ideas principales cuando escucho alguna clase.	A	B	C	D	E
9. Las calificaciones bajas me desaniman de continuar estudiando	A	B	C	D	E
10. Estoy al día con los trabajos que me piden en clase.	A	B	C	D	E
11. Problemas ajenos a la universidad (problemas de pareja, económicos, con mis padres, etc.), hacen que descuide mis estudios.	A	B	C	D	E
12. Trato de analizar un tema y de decidir lo que debo aprender sobre dicho tema, en vez de simplemente leerlo superficialmente cuando estoy estudiando	A	B	C	D	E
13. Aunque el material de estudio sea aburrido o poco interesante consigo seguir estudiando hasta terminar.	A	B	C	D	E
14. Me siento confundido(a) e indeciso(a) en cuanto a lo que deben ser mis metas educativas.	A	B	C	D	E
15. Aprendo palabras o ideas nuevas imaginando una situación en la que se pudieran presentar	A	B	C	D	E
16. Llego a clases sin haberme preparado.	A	B	C	D	E
17. Cuando me preparo para un examen, me hago preguntas que creo que pueden estar incluidas.	A	B	C	D	E

18. Preferiría no estar en la universidad.	A	B	C	D	E
19. Mis subrayados me son útiles cuando repaso el material de los libros de texto.	A	B	C	D	E
20. Me va mal en los exámenes porque encuentro difícil planear mi trabajo dentro de un corto período de tiempo	A	B	C	D	E
21. Cuando repaso el material de mis clases trato de identificar las preguntas que posiblemente se incluirán en los exámenes.	A	B	C	D	E
22. Sólo estudio cuando tengo la presión de un examen.	A	B	C	D	E
23. Trato de poner lo que estoy estudiando en mis propias palabras.	A	B	C	D	E
24. Comparo los apuntes de mis clases con los de otros alumnos para asegurarme que están completos.	A	B	C	D	E
25. Me pongo muy tenso(a) cuando estudio.	A	B	C	D	E
26. Repaso mis apuntes antes de cada clase	A	B	C	D	E
27. No soy capaz de resumir lo que acabo de escuchar en una clase o lo que acabo de leer en un libro.	A	B	C	D	E
28. Trabajo duro para obtener buenas calificaciones aunque no me guste la materia.	A	B	C	D	E
29. A menudo siento que tengo poco control sobre lo que me pasa en la universidad.	A	B	C	D	E
30. Cuando estoy leyendo me detengo periódicamente para repasar o revisar mentalmente lo que he leído.	A	B	C	D	E
31. Aun cuando estoy muy bien preparado(a) para un examen, me siento muy ansioso(a).	A	B	C	D	E
32. Cuando estoy estudiando un tema, trato de hacer que todo concuerde de manera lógica.	A	B	C	D	E
33. Me convenzo a mí mismo(a) de tener alguna excusa para no ponerme a hacer mis trabajos académicos.	A	B	C	D	E
34. Cuando estudio tengo problemas en determinar lo que debo hacer para aprender el material.	A	B	C	D	E
35. Cuando empiezo un examen me siento muy confiado(a) en que lo voy a hacer bien.	A	B	C	D	E
36. Cuando se trata de estudiar, el hábito de dejar las cosas para después se convierte en un problema para mí.	A	B	C	D	E
37. Verifico si he comprendido lo que el docente está diciendo durante su clase.	A	B	C	D	E
38. No me importa tener una buena educación, lo único que quiero es conseguir un buen trabajo.	A	B	C	D	E
39. No puedo concentrarme bien debido a mi cansancio o mal humor.	A	B	C	D	E

40. Trato de encontrar la relación que existe entre lo que estoy aprendiendo y lo que ya sé.	A	B	C	D	E
41. Me pongo metas altas en mis estudios.	A	B	C	D	E
42. Termino por estudiar a última hora y a la carrera para casi todos los exámenes.	A	B	C	D	E
43. Me es difícil poner atención durante las clases.	A	B	C	D	E
44. Cuando leo el texto, pongo especial atención a las primeras y últimas oraciones de la mayoría de los párrafos.	A	B	C	D	E
45. Sólo estudio las materias que me gustan.	A	B	C	D	E
46. Me distraigo muy fácilmente de mis estudios.	A	B	C	D	E
47. Trato de relacionar lo que estoy estudiando con mis propias experiencias.	A	B	C	D	E
48. Hago buen uso del tiempo libre que tengo entre una clase y otra estudiando.	A	B	C	D	E
49. Cuando el trabajo es difícil me doy por vencido(a) o estudio solamente las partes fáciles.	A	B	C	D	E
50. Hago dibujos o esquemas para ayudarme a entender lo que estoy estudiando.	A	B	C	D	E
51. No me gusta la mayor parte del trabajo académico.	A	B	C	D	E
52. Me cuesta trabajo entender exactamente lo que plantean ciertas preguntas de los exámenes.	A	B	C	D	E
53. Hago tablas, diagramas o esquemas sencillos para resumir el material de mis cursos.	A	B	C	D	E
54. La preocupación por obtener malas calificaciones interfiere con mi concentración durante los exámenes.	A	B	C	D	E
55. No entiendo parte de los temas presentados en mis cursos porque no escucho con atención	A	B	C	D	E
56. Leo los libros de texto (o lecturas) asignados en mis clases.	A	B	C	D	E
57. Siento mucho pánico cuando presento un examen importante.	A	B	C	D	E

58. Cuando decido estudiar, establezco un tiempo específico para hacerlo y cumplo con él.	A	B	C	D	E
59. Cuando presento un examen, me doy cuenta de que estudié el material equivocado.	A	B	C	D	E
60. Me resulta difícil decidir lo que es importante subrayar en un texto.	A	B	C	D	E
61. Me concentro totalmente cuando estudio.	A	B	C	D	E
62. Utilizo los encabezados de los capítulos como guía para identificar puntos importantes en mi lectura.	A	B	C	D	E
63. Me pongo tan nervioso(a) y confundido(a) cuando presento un examen, que no contesto las preguntas tan bien como podría.	A	B	C	D	E
64. Memorizo reglas gramaticales, términos técnicos, fórmulas, etc., sin entenderlos.	A	B	C	D	E
65. Me autoevalúo para cerciorarme de que aprendí el material que he estado estudiando.	A	B	C	D	E
66. Pospongo el estudio más de lo que debiera.	A	B	C	D	E
67. Trato de ver cómo podría aplicarse a mi vida diaria lo que estoy estudiando.	A	B	C	D	E
68. Mi mente divaga mucho cuando estudio.	A	B	C	D	E
69. En mi opinión, no vale la pena aprender lo que se enseña en mis cursos.	A	B	C	D	E
70. Reviso las tareas cuando repaso el material de mis clases.	A	B	C	D	E
71. Tengo dificultad para adaptar mi forma de estudiar a los diferentes tipos de clases o cursos que tomo.	A	B	C	D	E
72. Cuando estudio, frecuentemente me parece que me pierdo en detalles y que “el ver los árboles me impide ver el bosque”.	A	B	C	D	E
73. Siempre que es posible, asisto a sesiones de repaso o asesorías.	A	B	C	D	E
74. Tiendo a pasar tanto tiempo con mis amigos, que mis estudios se ven afectados.	A	B	C	D	E
75. Al presentar un examen o desarrollar un tema, me doy cuenta de que no entendí debidamente lo que se pedía, y pierdo puntos por esa razón.	A	B	C	D	E
76. Trato de relacionar entre sí los temas que estoy estudiando.	A	B	C	D	E
77. Tengo dificultad para identificar los puntos importantes de mi lectura.	A	B	C	D	E

Anexo C

Escala autoaplicada de síntomas depresivos Zung y Conde

Frente a cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación marque con una equis (X) la casilla que mejor refleje su situación actual, teniendo en cuenta la siguiente clave:

A. Nada o pocas veces	B. Algunas veces	C. Muchas veces	D. La mayoría de las veces o siempre	
1. Me siento triste y deprimido	A	B	C	D
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	A	B	C	D
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	A	B	C	D
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	A	B	C	D
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	A	B	C	D
6. Todavía siento atracción por hombres o mujeres atractivos.	A	B	C	D
7. Creo que estoy adelgazando.	A	B	C	D
8. Tengo problemas de estreñimiento.	A	B	C	D
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado (taquicardia).	A	B	C	D
10. Me canso por cualquier cosa.	A	B	C	D
11. Mi mente está tan despejada como antes.	A	B	C	D
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	A	B	C	D
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	A	B	C	D
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.	A	B	C	D
15. Me siento más irritable que habitualmente.	A	B	C	D
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	A	B	C	D
17. Me creo útil y necesario para la gente	A	B	C	D
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	A	B	C	D
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera	A	B	C	D
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	A	B	C	D

Anexo D

Escala Autoaplicada de ansiedad de Zung

Por favor elija la respuesta que más se aproxime a la forma en que se siente en general teniendo en cuenta la siguiente clave de respuestas:

A. Nada o pocas veces	B. Algunas veces	C. Muchas veces	D. La mayoría de las veces o siempre
------------------------------	-------------------------	------------------------	---

1. Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	A	B	C	D
2. Me siento atemorizado(a) sin motivo	A	B	C	D
3. Me altero o agito con rapidez.	A	B	C	D
4. Me siento hecho pedazos	A	B	C	D
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	A	B	C	D
6. Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	A	B	C	D
7. Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda	A	B	C	D
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	A	B	C	D
9. Me siento tranquilo(a) y me es fácil estar quieto(a).	A	B	C	D
10. Siento que el corazón me late a prisa.	A	B	C	D
11. Sufro de mareos (vértigos).	A	B	C	D
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	A	B	C	D
13. Puedo respirar fácilmente.	A	B	C	D
14. Se me duermen y me hormigean los dedos de las manos y de los pies.	A	B	C	D
15. Sufro dolores de estómago e indigestión.	A	B	C	D
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.	A	B	C	D
17. Por lo general tengo las manos secas y calientes	A	B	C	D
18. La cara se me pone caliente y roja	A	B	C	D
19. Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.	A	B	C	D
20. Tengo pesadillas.	A	B	C	D

Anexo E

Protocolo de aplicación de la Encuesta Diagnóstica Académica

El siguiente es el instructivo general de aplicación de la Encuesta Diagnóstica Académica. Tenga en cuenta seguir las pautas consignadas tal como son presentadas en la guía, de esta manera se garantizará una aplicación homogénea de los instrumentos.

Antes de la aplicación

La aplicación de los instrumentos se realizará en salones de clase de las asignaturas con mayor cantidad de estudiantes inscritos por semestre y jornada, de tal manera que en cada aplicación se abarque a la mayor cantidad de estudiantes posible.

Antes de la aplicación de los instrumentos tenga en cuenta:

1. Establecer contacto con el docente de la facultad que cederá espacio en su asignatura para la aplicación del instrumento (previo conocimiento de la fecha y el semestre en el que usted va a aplicar el instrumento), con el propósito de que él o ella sepa quién coordinará la aplicación. En la medida de lo posible, solicite al docente su compañía durante la aplicación.
2. Preparar el material que necesita para desarrollar la aplicación. Verifique que cuenta con:
 - (a) Cuadernillos de la Encuesta Diagnóstica Académica (tantos como se requieran según el listado de clase).

- (b) Acta de aplicación. Documento en el que consignará la información sobre el desarrollo de la aplicación y en el que tomará la asistencia de las personas presentes en la aplicación.
 - (c) Listado de personas inscritas en la asignatura. Este listado le permitirá identificar cuáles personas presentaron las pruebas y cuáles no.
 - (d) Protocolo de aplicación de las pruebas.
 - (e) Bolsa o sobre de manila para almacenar las hojas de respuesta.
 - (f) Esferos para marcar los sobres y para diligenciar las actas.
 - (g) Reloj para registrar hora de inicio de la aplicación, hora de terminación del primer encuestado y hora de terminación del último.
3. Llegar 10 a 15 minutos antes al lugar de aplicación para verificar las condiciones del espacio (iluminación, cantidad de sillas suficientes según la cantidad de inscritos en la asignatura, presencia de interferencias como ruidos fuertes, olores, cambio de salón a última hora, etcétera).
4. Una vez el grupo esté en el salón realizar una presentación personal indicando:
- (a) Nombre, semestre, calidad de asistente de investigación.
Nombre de la investigación: " CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBTOS DE ESTUDIO, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ALTO Y BAJO RENDIMIENTO DE PSICOLOGÍA".
 - (b) Nombre del director de la investigación.
 - (c) Objetivos de la investigación

En cuanto al propósito general, la investigación pretende: Describir y relacionar las características de los hábitos de estudio, el nivel de ansiedad y depresión en los estudiantes de psicología de la CUI.

Este objetivo general se descompone en los siguientes objetivos específicos:

(a) identificar el perfil de hábitos de estudio de los estudiantes de psicología de la CUI; (b) identificar el nivel de ansiedad de los estudiantes de psicología de la CUI; (c) identificar el nivel de depresión en los estudiantes de psicología de la CUI; (d) describir la relación que existe entre el perfil de hábitos de estudio y los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de psicología de la CUI según su nivel de rendimiento académico

(d) Solicitar al grupo de estudiantes su colaboración, respondiendo las pruebas en su totalidad.

5. Mostrar los instrumentos, explicando que se trata de tres pruebas (una para hábitos de estudio, otra para ansiedad y otra para depresión) y señalando los objetivos de cada una de ellas:

(a) Inventario de Estrategias de Estudio y Aprendizaje (Weinstein, Schulte & Palme, 1987) evalúa la utilización por parte del estudiante de determinadas estrategias de aprendizaje y técnicas o hábitos de estudio.

(b) Escala de síntomas depresivos de Zung (ESD-Z) (Zung, 1965). Su propósito es medir la presencia y frecuencia de síntomas depresivos.

(c) Escala autoaplicada de Zung para ansiedad (Zung, 1971), que busca evaluar la presencia y frecuencia de síntomas de ansiedad.

Esto debe ser acompañado por las siguientes instrucciones verbales:

“En estas pruebas no existen respuestas correctas o incorrectas, por esto se les pide la mayor sinceridad posible a la hora de responder. No existe un tiempo límite, pero se espera que respondan la encuesta en 20 a 30 minutos aproximadamente. Traten de no detenerse demasiado en cada pregunta, contesten con lo primero que piensen al leer cada afirmación. Si desean cambiar su respuesta o hicieron una marca doble, por favor borren o señalen cuál es la respuesta válida. En todo caso, no dejen ningún ítem de las pruebas en blanco”.

Durante la aplicación

6. A continuación se procede a repartir el cuadernillo con las pruebas y las hojas de respuesta, se leen en voz alta las instrucciones que se encuentran en el inicio del cuadernillo(mientras los estudiantes siguen la lectura):
7. *Antes de iniciar la aplicación leeremos la introducción del cuadernillo (se procede a su lectura)”.*

El propósito de la presente encuesta es conocer diversos aspectos relacionados con sus hábitos de estudio y con la presencia o no de manifestaciones de ansiedad y depresión. Esta exploración tiene el propósito de establecer fortalezas y debilidades en estos aspectos con propósitos posteriores de diseño de estrategias idóneas de apoyo. Esta información tiene propósitos estrictamente investigativos y será tratada de tal manera que se garantice la confidencialidad de su identidad o de cualquier dato que permita su identificación, por esa razón su nombre nunca aparecerá y nadie aparte del equipo de investigación tendrá acceso a esta información. En esta encuesta se le presentarán una serie de afirmaciones y usted deberá seleccionar la opción con la que más se identifique marcándola en el cuadernillo.

Para conocer su aceptación, por favor marque con una equis la opción correspondiente después de haber leído la siguiente información: “Declaro que se me han dado a conocer los objetivos de la investigación y el manejo que se dará a la información que yo suministre y que puedo culminar mi participación de esta investigación cuando yo así lo determine. Estoy de acuerdo en ser participante de esta investigación”.

8. A continuación se solicita a los estudiantes que marquen con una equis el apartado del consentimiento informado en el que aceptan participar. Si se presentan personas que no aceptan participar señalar cuántas tomaron esa decisión en el acta de aplicación. A continuación se les pide que avisen a medida que terminen (alzando la mano).
9. Mientras las personas responden, tome nota en el acta de aplicación de las condiciones ambientales presentes, así como eventos extraordinarios en la conducta de las personas que están respondiendo a las pruebas (por ejemplo, dudas que señalaron los encuestados sobre las instrucciones de las pruebas o dificultad de comprensión en los ítems, etc.), cantidad de ausentes el día de la aplicación y duración de la aplicación (registrado en el momento en que el primero y el último entregan las pruebas).

Después de la aplicación

10. Cuando una persona le entregue el material verifique que la encuesta esté totalmente diligenciada (que no presente ítems en blanco), en tal caso, indíquelo a la persona que complete dichos ítems).

11. Pídale a la persona que diligencie la hoja de asistencia del acta de aplicación. Luego, ubique el nombre de la persona en el listado de inscritos y márkelo.
12. Guarde las hojas de respuesta en el sobre destinado para ello en el orden de entrega de las mismas. Marque el sobre con los datos de semestre, jornada, asignatura, fecha. Agregue el acta de aplicación, el listado de asistencia y el listado de inscritos y cierre el sobre con esta información.

Anexo F

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS DE ESTUDIO, LA ANSIEDAD Y LA
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ALTO Y BAJO RENDIMIENTO DE
PSICOLOGÍA**

Director: Óscar Mauricio Gallego Villa (Docente Facultad de Psicología)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE APLICACIÓN PARA DOCENTES

Docente: _____

Asignatura: _____

Horario: _____

Cordial saludo,

La presente investigación se está adelantando con el propósito de conocer en profundidad las características de los hábitos de estudio y la presencia de problemáticas de ansiedad y depresión de los estudiantes de la facultad para promover futuras estrategias de apoyo como parte de su desarrollo personal y profesional. Esta investigación cuenta con el apoyo y aval de la Facultad de Psicología y del Centro de Investigaciones de La Institución Universitaria Iberoamericana.

Por medio del presente documento se solicita su valiosa colaboración en el proceso de aplicación de la **ENCUESTA DIAGNÓSTICA ACADÉMICA** que incluye pruebas específicas para la evaluación de los hábitos de estudio y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

La colaboración solicitada consiste en lo siguiente:

- a) Otorgar un tiempo de 30 minutos de su clase del día _____, a la hora _____, para que algún miembro del equipo de investigación coordine la aplicación.
- b) En la medida de lo posible, hacer acompañamiento del coordinador en el proceso de aplicación, e indicar a sus estudiantes el seguimiento de la programación normal de la asignatura inmediatamente después de la aplicación de los instrumentos.
- c) Mantener en reserva la fecha acordada para la aplicación para no alterar la asistencia de los estudiantes de su asignatura.
- d) Firmar el Acta de Aplicación como soporte del proceso de aplicación.

Agradezco de antemano el apoyo prestado a esta investigación que redundará en beneficios importantes para nuestros estudiantes.

Fiman: Óscar Mauricio Gallego Villa (Director de la investigación)

Carlos Cifuentes (Decano de la facultad de psicología)

Anexo G
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ACTA DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DIAGNÓSTICA ACADÉMICA

Fecha _____ Asignatura _____ Jornada _____

Lugar _____ Docente titular _____

Coordinador(a) de la aplicación: _____

Hora de inicio de la aplicación:

Consigne todos los eventos principales asociados con la aplicación en estos aspectos:

a. Ambiente (iluminación, cantidad de sillas, interferencias)

b. Cantidad de asistentes (anexar listado de asistencia)

c. Duración (hora de terminación del primer encuestado _____ ; hora de terminación del último encuestado _____)

d. Otros (preguntas o dudas de los encuestados o eventos fortuitos que pudieron afectar la aplicación)

Firma Coordinador(a) de Aplicación Firma Docente de la Asignatura

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INVESTIGACIÓN SOBRE HABILIDADES SOCIALES

LISTADO DE ASISTENCIA

Fecha _____ Asignatura _____ Jornada _____
Salón _____

N°	Nombre	Código	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

