

2018-06-27

Relación entre los trastornos depresivos y las estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios

Gurruchaga, Lucia

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/707>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Relación entre los trastornos depresivos y las estrategias
de afrontamiento en estudiantes universitarios”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR PLAN DE
ESTUDIOS 2010 (O.C.S 553/09)

NOMBRE Y APELLIDO DE LAS ALUMNAS:

Gurruchaga, Lucia
Teruggi Colucci, Rocio Agostina

DNI 35.562.289
DNI 37.434.124

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Cognitiva – IPSIBAT – CIMEPB - Facultad de Psicología, UNMDP -
CONICET.

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: Sí

“Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas y Teruggi, Agustina; Gurruchaga, Lucia, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autor/es”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor:

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación

|
|

ÍNDICE:

Carátula.....	Pág. 1
Página Preliminar: Plan de Trabajo / Consentimiento.....	Pág. 2
Página de Aprobación del Supervisor.....	Pág. 3
Informe de Evaluación del Supervisor.....	Pág. 4
Índice.....	Pág. 6
Descripción Resumida.....	Pág. 7
I. Motivos y Antecedentes.....	Pág. 8
II. Marco Metodológico.....	Pág. 21
2.1. Objetivo General.....	Pág. 21
2.2. Objetivos Particulares.....	Pág. 21
2.3. Hipótesis de Trabajo.....	Pág. 22
2.4. Metodología.....	Pág. 22
2.5. Instrumento.....	Pág. 22
2.6. Procedimiento.....	Pág. 24
III. Presentación de los Resultados.....	Pág. 25
IV. Conclusiones.....	Pág. 30
V. Alcances y limitaciones.....	Pág. 32
VI. Referencias Bibliográficas.....	Pág. 34
Agradecimientos.....	Pág. 38

DESCRIPCION RESUMIDA:

El objeto del estudio es establecer la relación entre la presencia, frecuencia y la intensidad de los síntomas depresivos y el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se parte de los supuestos de que las personas con mayor cantidad e intensidad de síntomas depresivos mostrarán una tendencia a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamientos predominantemente disfuncionales, pasivas y no adaptativas; además creemos que existen diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento de acuerdo al sexo. Para ello, se trabajará con una muestra no probabilística, de conveniencia, de aproximadamente 200 estudiantes regulares de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que hayan ingresado a la carrera en los últimos dos años, a quienes se le aplicará el Inventario de Depresión de Beck-II (DBI-II) y la forma A de la Escala Baptista de Depresión (EBADEP-A), para evaluar la presencia y la intensidad de los síntomas depresivos y el inventario Brief COPE, para evaluar la frecuencia de uso y el tipo predominante de estrategias de afrontamiento. Se espera encontrar relaciones significativas entre la presencia de síntomas y trastornos depresivos y un aumento de la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento predominantemente pasivas y evitativas.

PALABRAS CLAVES: Depresión – estrategias de afrontamiento – estudiantes universitarios.

DESCRIPCION DETALLADA

MOTIVO Y ANTECEDENTES

Cabe aclarar que no existe una única manera de llevar a cabo la investigación de los síntomas **depresivos** sino que hay una pluralidad de enfoques acerca de los mismos. Según Casullo (1996), el término depresión puede tener diferentes niveles de significación: síntoma, síndrome, categoría diagnóstica o faceta de una dimensión, rasgo o estructura de la personalidad. En tanto síntoma, se lo entiende como expresión de un estado de ánimo decaído; es una circunstancia anímica presente, no sólo en la mayor parte de los cuadros clínicos, sino también en la vida cotidiana de las personas. Mendels (1989) menciona como síntomas centrales de la depresión: la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, la pérdida de energía, concentración y motivación. Con todas las sintomatologías presentadas se puede decir que la depresión es un fenómeno que afecta a la persona en la vida cotidiana, influyendo en las diferentes esferas de la personalidad como lo son las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, etc. Considerándolo como categoría diagnóstica, el DSM-V, define a la depresión como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Se caracteriza como rasgo común la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (APA, 2013). Según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, la cual define a los episodios depresivos como aquellos en los que la persona sufre un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, también se presentan manifestaciones como, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, así como una perspectiva sombría del futuro, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 1992).

La depresión es un fenómeno que afecta a la población general mundial, según la Organización Mundial de la salud es un trastorno que se presenta en el mundo afectando a más de 350 millones de personas, pudiéndose hacer crónica o recurrente. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2012). Por lo tanto todas las investigaciones que puedan hacerse con respecto a la depresión serán de utilidad para tratar dicho trastorno, debido a que afecta a gran población, independientemente de su nacionalidad, clase social, sexo, etc; para poder profundizar la información sobre él y además que la gente se familiarice con el concepto y pueda buscar ayuda.

Siguiendo esta línea, los autores Arrivillaga Quintero, Cortés García, Goicochea Jiménez y Lozano Ortiz (2003) señalan que en los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica. En las investigaciones realizadas sobre el tema se ha encontrado que existen factores genéticos y psicosociales que interrelacionados actúan como desencadenantes o mantenedores de la depresión. Aunque en algunos casos existe un componente genético, en otros, prima la configuración psicológica que el individuo tenga. Según algunos estudios la prevalencia del trastorno depresivo varía del 8 al 25% en la población mundial, (Vallejo, 1993; Restrepo, 1997). Aunque eventualmente estos pacientes llegan a los servicios médicos, sólo la mitad recibe un tratamiento específico (Kaplan H, 1995; Angst J, 1997).

Si bien hay datos generalizables a escala mundial con respecto a la depresión, también existen particularidades según la región. En cuanto a la población colombiana, el estudio del Ministerio de Salud en 1997 arrojó una prevalencia de 19,6% para la población general, con una presencia significativamente mayor en el género femenino en una proporción de 1,3 a 1 (Restrepo, 1997). Existen estudios que encontraron mayor riesgo en personas con

antecedentes familiares de trastornos afectivos (Gastó, 1993; Kéller, 1997), con experiencias infantiles: muerte parental temprana, medio familiar caótico, maltrato físico y psicológico (Kaplan, 1995; Cervera, 1997; Gastó, 1993; Vidal, 1986), con eventos vitales negativos tales como ausencia de confidente, pobre apoyo social y ambiente disruptivo (Kaplan, 1995; Posada, 1998). Se ha identificado que en pacientes deprimidos hay mayor número de acontecimientos estresantes, no necesariamente negativos, en el período que antecede al episodio depresivo. Sin embargo, cabe señalar, con respecto a su papel precipitante, que estos acontecimientos previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo, su importancia relativa es mayor en los períodos iniciales de la enfermedad (Cervera, 1997; Vidal, 1986; Schwartz, 1995; Zisook, 1997; Kandel, 1998). Caracterizar la población de jóvenes estudiantes con sus rasgos, riesgos y presencia de enfermedad es de singular importancia para su educación integral, trascendencia como individuos y como futuros profesionales.

Riveros, Hernández y Rivera (2007) aseveran que la depresión no es sólo uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, sino que además se reconoce una codependencia con la ansiedad. Diversos marcos conceptuales que parten de la práctica clínica y de los hallazgos de las investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella y de esta manera prevenir sus consecuencias sobre las relaciones interpersonales, el estudio, el trabajo y el suicidio. La depresión se incluye en el grupo de los «trastornos afectivos», dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean. Los estados depresivos no son una entidad monolítica invariable. Si se aceptan las clasificaciones que se han hecho hasta el presente, se verá que han sido descritos más de cien tipos depresivos que se suponen distintos unos de otros. En la clasificación actual se hace mayor hincapié en saber si el síndrome depresivo está o no relacionado con otras entidades y si cumple o no ciertos requisitos, como síntomas, signos, gravedad y tiempo de solución. Por un lado se encuentran las depresiones secundarias

(relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas) y las depresiones primarias (las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica).

El modelo cognitivo postula que para comprender el cuadro depresivo es necesario tener presente tres conceptos esenciales, estos son la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos; la tríada cognitiva se caracteriza porque la persona tiene una visión negativa de sí mismo, de sus experiencias en el mundo y el futuro; esta visión negativa está ligada a los esquemas los cuales son los patrones cognitivos que regirán la manera de estructurar las experiencias, estos a su vez mantienen los errores cognitivos, por los que el individuo depresivo sostiene la creencia de validez de sus interpretaciones negativas a pesar de evidencias contrarias (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).

Por otro lado, Baptista (2004) considera que la depresión se muestra como un trastorno de etiología multifactorial dentro del cual deben considerarse como fundamentales distintos grupos de variables como las biológicas, psicológicas y socioculturales.

Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. Folkman y Lazarus (1986) lo han definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) propusieron una definición de diferentes estrategias de afrontamiento:

1. Autodistracción: es una forma de escape, descompromiso conductual, que supone la centración en tareas y actividades como modo de pensar menos en el problema y distraer la atención de la situación crítica, enfocarse en tareas sustitutorias para olvidar el problema.
2. Afrontamiento conductual activo: son conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien reducir sus efectos.

3. Negación: supone una forma de evitación cognitiva, negándose a creer la realidad de la situación crítica.
4. Uso de sustancias: implica un tipo de evitación conductual por el cual se intenta deshacerse de la situación problemática mediante el alcohol o drogas.
5. Apoyo emocional: supone la búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas. El apoyo o soporte social es similar a esta forma de afrontamiento, que incluye la comunicación abierta, sosiego y sostén afectivo.
6. Abandono de resolución / Renuncia: se refiere al descompromiso conductual, de tal forma que se dejan que las cosas sigan su curso sin realizar ninguna acción al efecto de la resolución de la situación crítica.
7. Descarga emocional: supone la comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de las emociones negativas elicítadas por el problema.
8. Reformulación positiva: reevaluación del suceso crítico como forma de revocación voluntaria, controlable y vinculada a buscar un sentido al problema, mediante la reinterpretación positiva o atribución de un nuevo significado. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia de atravesar por la situación, y a la vez un crecimiento personal.
9. Planeamiento / Planificación: incluye las formas de determinar los pasos de acción, suponiendo que la situación crítica puede ser controlada y sus consecuencias previsibles en alguna medida.
10. Humor: se refiere a la consideración de la situación negativa, restándole importancia o aliviando sus efectos críticos.
11. Aceptación: supone el reconocimiento de la responsabilidad propia sobre la situación, pudiendo ser una aceptación activa o pasiva.
12. Religión: incluye la búsqueda de soporte afectivo y espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias religiosas.

Proponen la clasificación de estas estrategias en tres tipos distintivos de afrontamiento:

- ♦ Afrontamiento conductual: incluye las formas de afrontamiento activo: lucha contra el problema, tomar una acción dirigida a resolver directamente la situación crítica, planificar la acción, confrontación y dominio propio. Entre las formas pasivas de afrontamiento conductual se incluyen descompromiso conductual, renuncia de resolución, búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales, conductas de autodistracción o de escape evitativo del problema, centrándose en tareas u otras actividades.
- ♦ Afrontamiento cognitivo: Entre las formas activas se incluyen la reformulación o reinterpretación de la situación. Se refiere a un análisis lógico de la situación, descomponiendo el problema en pequeñas partes potencialmente manejables, ensayando mentalmente alternativas y sus probables consecuencias. Supone poder encontrar un propósito general y resignificar el curso de los hechos para hacerlos más comprensibles, evaluando y reestructurando la situación. Puede incluir la alteración de valores y prioridades personales hacia la redirección de la vida. (reformulación de la situación; redefinición en función de una búsqueda de significado positivo que implica un crecimiento personal y aprendizaje, descubrir aspectos positivos del problema, poder considerar la situación con humor, aprender a vivir con la situación). Entre las formas evitativas, se halla la pretensión de negar la situación, descompromiso mental a través de la religión o el uso de sustancias o alcohol, culpabilización por la responsabilidad de la situación).
- ♦ Afrontamiento emocional: Afrontamiento centrado en las emociones, entre las formas activas supone cambios afectivos, disminuir la intensidad de la respuesta emocional negativa, asociada a la situación, recuperación emocional, confrontación y regulación emocional, búsqueda de apoyo afectivo, donde se comparte con otros la experiencia emocional. Entre las formas pasivas, la descarga emocional y expresión de sentimientos negativos, ventilación de emociones.

Finalmente, postulan una relación entre el tipo de afrontamiento y la adaptación efectiva

Tabla 1: Relación entre tipo de afrontamiento y la adaptación efectiva.

<u>AFRONTAMIENTO</u>	<i>ACTIVO</i>	PASIVO/ EVITATIVO
CONDUCTUAL	2. Activo 9. Planeamiento	6. Renuncia 1. Autodistracción
COGNITIVO	8. Reformulación positiva 10. Humor 11. Aceptación	3. Negación 12. Religión 4. Uso de sustancias
EMOCIONAL	5. Apoyo emocional	7. Descarga emocional

- ♦ **AFRONTAMIENTO ACTIVO:** comprende actividades directamente dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, valorándolo de tal manera que resulte menos desagradable.
- ♦ **AFRONTAMIENTO PASIVO/EVITATIVO:** se refiere a conductas de evitación, a la expresión del estado emocional, y a la valoración de la situación a través de pensamientos de deseo o de negación de la realidad, afrontamiento que implica un descompromiso con la situación problemática.

De acuerdo a las formulaciones expuestas anteriormente sobre la depresión, particularmente sus síntomas y la visión negativa que la caracteriza, sería esperable que las personas afectadas tiendan a utilizar estrategias de afrontamiento estrechamente relacionadas a sus interpretaciones sobre sí

mismos, los demás y el mundo que los rodea, es decir que sería esperable que utilizaran predominantemente estrategias de tipo pasivo/evitativo.

Las instituciones de educación superior son escenarios de alta exigencia académica asociados con el reporte de elevados niveles de estrés en los universitarios. Algunas situaciones, señaladas como fuentes potenciadoras de estrés, son la participación y exposiciones en clase, el trabajo en equipo, el tiempo insuficiente para la elaboración de tareas o trabajos, la exigencia de los docentes, la competencia entre compañeros, el excesivo material para estudiar, la presión de evaluaciones y los exámenes, así como la atención a pacientes en algunas carreras. Exigencias ante las cuales, si no se tienen las estrategias adecuadas o no son apropiadas a las circunstancias, el afrontamiento puede fallar y, en consecuencia, derivar en la aparición de ansiedad, depresión, violencia, consumo de sustancias adictivas, desadaptación y repercutir en el bienestar físico y psicológico, en el despliegue de conductas saludables, así como en la permanencia y rendimiento escolar de los universitarios. Afrontar el estrés implica poner en marcha una serie de estrategias conductuales y cognitivas mediadas por la evaluación que se efectúa sobre una situación con el fin de aliviar la carga que supone el estresor y dar respuesta a las demandas externas o internas que se presentan. De acuerdo con la literatura, los estilos de afrontamiento relacionados con un mayor bienestar y estados afectivos positivos son los encaminados a la solución de problemas, estilos racionales y activos que entrañan una confrontación adecuada de las propias emociones entre los que se hallan la reinterpretación positiva o centrarse en los aspectos positivos, el afrontamiento dirigido a la solución de problemas y el que involucra estados optimistas. En tanto que los estilos pasivos, improductivos, emocionales y evitativos vinculados con una perspectiva negativa, con sentimientos de no poder afrontar las situaciones, indefensión y creencias de que las cosas suelen salir mal, conllevan a perder el control sobre la situación y, por tanto, a asociarse con estados de ansiedad y depresión (Espinosa, Contreras y Esguerra, 2009; Contreras, Espinosa y Esguerra, 2009).

En el ámbito universitario, y si se toma en cuenta que el estrés académico aunado a un manejo inapropiado de éste, es uno de los factores relacionados con la depresión, se han llevado a cabo diversos estudios con la finalidad de evaluar la incidencia de la depresión, así como para analizar la relación entre la misma y los factores académicos con el fin de establecer acciones preventivas que permitan impulsar un manejo acertado del estrés. Investigaciones hechas en diferentes países, en particular en América Latina, con interés por establecer la sintomatología depresiva en universitarios, han reportado una prevalencia aproximada de 10% y 40% en las muestras estudiadas. Por ejemplo, Arrivillaga, Cortés, Goicochea et al. (2003) reconocieron en 228 alumnos de la Universidad Javeriana de Cali una prevalencia de depresión de 25.5% determinada con la escala de Zung. Mientras que, con el inventario de depresión de Beck, se refiere 30.3%, así como una mayor presencia de depresión en mujeres. Además, se detectaron como los eventos críticos más relevantes y que los jóvenes perciben vinculados con el trastorno depresivo, la inestabilidad económica, el diagnóstico de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido y la separación de los padres; todas situaciones estresantes ante las cuales es indispensable contar con recursos y estrategias que favorezcan respuestas adaptativas. En Lima, Perú, con estudiantes de Ciencias de la Salud, se observó una prevalencia de 31.2% (N = 590), presentándose en mayor medida para los alumnos de Medicina, 33.6% (Pereyra et al., 2010). En México, en un estudio con 252 educandos de la carrera de Medicina de la FESI-UNAM, los participantes dieron respuesta a la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (ces-d) y se obtuvo que 28.8% de ellos manifiestan depresión, siendo mayor la frecuencia para el sexo femenino (Osornio, García, Méndez et al., 2009). La literatura registra antecedentes de estudios realizados en Latinoamérica que han tenido como objetivo identificar si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, un estudio realizado por Sepúlveda, Romero y Villanueva, (2012) con médicos residentes de tercer año, identificaron depresión en el 39.6%, ansiedad en el 25.6% y ambas coexistieron en el 21.4% de los participantes y dos de las subescalas de afrontamiento pasivas se asociaron con

depresión y tres de ellas con ansiedad, llevando a la conclusión que el empleo de estrategias de afrontamiento pasivas se asocia con la depresión y ansiedad. En estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México y con el propósito de relacionar el rendimiento académico con ansiedad y depresión, se aplicó el inventario de síntomas de ansiedad y depresión (IDAS) a 218 alumnos de las licenciaturas en Psicología, Educación y Trabajo Social. Se encontró que cuatro (57%) de los siete indicadores de depresión del IDAS correlacionan de manera significativa con el rendimiento académico y que en más de la mitad de la muestra la depresión se vincula con un bajo rendimiento académico (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

Respecto del interés por explorar la asociación entre depresión con factores académicos, se ha mencionado que un bajo rendimiento académico se relaciona con depresión si se considera que la sintomatología depresiva interfiere con el potencial intelectual e involucra fracaso escolar. Sin embargo, también se advierte que un bajo rendimiento escolar produce baja autoestima y cogniciones pesimistas, lo que puede desencadenar en depresión. De acuerdo con Osornio y Palomino (2009), una autoestima baja, el estrés constante o la falta de estrategias de afrontamiento, son factores que se asocian con la depresión. En el estudio de Cardenas, Castillo y Camargo (2011), con estudiantes que inician sus prácticas profesionales en psicología encontraron una alta correlación negativa entre las estrategias de solución de problemas y la evitación cognitiva con la ausencia de ansiedad, además de una correlación positiva entre la severa presencia de ansiedad y la estrategia de evitación cognitiva.

Por su parte, Prinz, Hertrich, Hischfelder y de Zwaan, (2012) estudiaron los factores psicológicos y estrategias de afrontamiento, frente al agotamiento, la depresión y la despersonalización en estudiantes de odontología y medicina de la Universidad de Erlangen-Nürnberg, encontrando síntomas patológicos más altos en los estudiantes de odontología que en los de medicina. La diferencia se presentó especialmente en la escala de despersonalización (CDS-9), con el 20,4% de los estudiantes de odontología, y sólo el 5,5% de los estudiantes de medicina que muestran puntuaciones por encima de un punto de corte de 19. Los

estudiantes con valores elevados mostraron un mayor grado de utilización de estrategias de afrontamiento disfuncionales. Datos similares aporta el estudio de Al-Dubai, Al-Naggar, Alshagga y Rampal (2011) sobre la percepción al estrés y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina encontró evidencias de que el 46 % de los encuestados sentía estrés. El factor de estrés más común fue la preocupación del futuro (71,0%), seguida de dificultades financieras (68,6%). Los estudiantes que utilizaron afrontamiento activo, planificación y estrategias religiosas, fueron capaces de afrontar, manejar y lidiar de mejor manera el estrés. Si bien todas las personas se enfrentan a eventos que pueden ser suscitadores de estrés, depende de las estrategias de afrontamiento que utilice la persona para que se desencadene o no, por lo tanto, es importante para poder generar acciones preventivas. Con objetivo similar en México, González Escobar, Valdez Medina y Velasco Monroy (2012) investigaron sobre cómo los adolescentes mexicanos afrontan el malestar depresivo, intentaron identificar las estrategias que los adolescentes emplean cuando se sienten deprimidos, ya que estos son una población de alto riesgo de padecer dicha patología, observándose a edades cada vez más tempranas. Para dicha investigación se utilizó una muestra no probabilista de 400 adolescentes. Los resultados obtenidos por sexo mostraron que, en México, a pesar de que en la actualidad los hombres y las mujeres se están tornando andróginos (Valdez, 2007), a los primeros se les ha enseñado que no deben ser sentimentales, mientras que a las segundas se les permite cualquier manifestación de sus emociones. Así, los hombres, deben emplear otras vías de expresión aceptadas socialmente, por ello recurren a otro tipo de medios para dejar de estar deprimidos como las estrategias orientadas al hacer, al impulso, al movimiento, tales como jugar, salir o pasear. En cambio, las mujeres están orientadas a la expresión, son más pasivas y, al ser más expresivas, tienen mayores posibilidades de demostrar sus emociones y no existe ningún inconveniente en que lloren o estén tristes, por ello son tan consistentes al momento de utilizar sus estrategias. No solo estos autores encontraron diferencias significativas en cuanto al género, Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galvan (2006); intentaron establecer la causa de las diferencias entre hombres y mujeres en

cuanto al uso de sustancias como estrategia de afrontamiento, hayando su raiz en la presion y diferencias sociales entre los generos. Ellos llegaron a la conclusion que para los hombres el uso de sustancias es más abierto, permitido, y da prestigio; mientras que para las mujeres es oculto, prohibido devaluatorio.

En la Universidad de la Sabana, Gómez Pinila, Porras Orozco, y Castro (2012) dieron cuenta de la relación de las estrategias de afrontamiento con los niveles de depresión en las adolescentes escolarizadas. Como objetivo se propuso la relación de las estrategias de afrontamiento con los niveles de depresión con el fin de indentificar factores protectores con respecto a la depresión. Tuvieron en cuenta que estudios realizados anteriormente han revelado datos preocupantes que relacionan la depresión con la adolescencia, etapa en que los jóvenes se preparan para asumir sus roles como adultos. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y su interacción; y los problemas de la salud mental (tal como los define el Departamento de Salud Mental de New South Wales, Australia) son una disrupción de las interacciones entre el individuo, el grupo y el medio, la cual produce una disminución de la buena salud mental. ¿Estás son las conclusiones del artículo? ¿Qué encontraron en relación a los factores protectores?

Con respecto a lo que es el tratamiento de la depresión, en la actualidad se dispone de varias terapias psicológicas para la depresión infanto-juvenil, aunque la más extendida es la terapia cognitivo-conductual. Puesto que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, investigadores y terapeutas coinciden en recomendar que los programas incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos; como sustituir los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas depresógenos, por formas de pensar más positivas y adaptadas, combatir la pasividad mediante el aumento gradual de la actividad, reducir estados emocionales negativos de tristeza, ira o ansiedad, mejorar la autoestima, fortalecer las relaciones sociales, elevar el estado de ánimo etc., y múltiples técnicas y entrenamientos como reestructuración cognitiva, relajación, actividades agradables, habilidades sociales, entre otras.

Dejando de lado el ámbito académico, otras investigaciones correlacionaron depresión y estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, Bigatti, Steiner y Miller (2012) realizaron estudios sobre las valoraciones cognitivas, las estrategias de afrontamiento y los síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama y los resultados demostraron que quienes tenían un aumento en daños y/o pérdidas a causa de la enfermedad, utilizaron un mayor número de estrategias de afrontamiento evasivas y presentaron una mayor sintomatología depresiva. Con población similar Dennys Barreda (2012) describió la relación entre la depresión y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular, encontró una correlación estadísticamente significativa entre la depresión y los estilos de afrontamiento evitativos, sin embargo, no se hallaron correlaciones significativas entre la depresión y los estilos de afrontamiento centrados en el problema o centrados en la emoción.

Los problemas de salud informados mostraron relaciones significativas con los eventos estresantes, con el estrés percibido y con el ánimo depresivo. Tales relaciones se pueden explicar por la influencia del estrés sobre el funcionamiento del sistema inmunológico, y respecto al ánimo depresivo no solo tendría efectos sobre el funcionamiento fisiológico y por lo tanto en el desarrollo de síntomas físicos, sino que además el estilo perceptivo asociado al ánimo depresivo contribuiría al mayor reconocimiento, amplificación y reporte de síntomas. La relación entre problemas de salud reportados y el afrontamiento evitativo es mucho menor que las relaciones anteriores, lo cual podría indicar que los estilos de afrontamiento no constituyen características propias y estables de las personas, sino que varían de acuerdo a la naturaleza de los eventos estresantes, cuan controlables son para el individuo y cual es su nivel general de estrés. Encontraron también una ausencia de relación entre el reporte de problemas de salud y el apoyo social percibido ya que en la adolescencia las estructuras de apoyo social experimentarían importantes cambios, desde la familia hacia los pares y amigos, lo cual puede producir inestabilidad en las percepciones de apoyo. Las mujeres reportaron mayores niveles de problemas de salud, de eventos estresantes, de estrés percibido, de estrategias de afrontamiento y de

ánimo depresivo. Existen mayores diferencias de género en el impacto de los eventos estresantes y de estrés percibido que en el número de eventos estresantes reportados, lo que indicaría que la vulnerabilidad diferencial de ambos sexos al efecto de los estresores no se explicaría tanto por la cantidad y tipos de estresores a los que se exponen hombres y mujeres, sino que especialmente por las diferencias en el grado de estrés percibido cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Estas diferencias en la percepción del estrés podrían atribuirse en gran medida a la socialización diferencial de los sexos, la cual haría que sea más aceptable socialmente para las mujeres que para los hombres el admitir que ciertas situaciones son especialmente estresantes, provocan alto impacto emocional y son por lo tanto difíciles de afrontar.

De lo expuesto, se percibe la necesidad de aumentar la cantidad de evidencias que permiten ajustar las relaciones entre la presencia de sintomatología depresiva y el uso particular de estrategias de afrontamiento, además de explorarlas en los estudiantes universitarios de nuestra ciudad.

II Marco Metodológico

2.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar las relaciones entre la presencia, la frecuencia y la intensidad de los síntomas depresivos y la frecuencia de uso y el tipo de las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios. Además evidenciar si existe una diferencia en el uso de estrategias de afrontamiento de acuerdo al género.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES

1. Detectar y caracterizar la presencia, la frecuencia y la intensidad de síntomas depresivos en los alumnos de Psicología de la UNMP

2. Detectar y caracterizar la frecuencia de uso y el tipo de estrategias de afrontamiento en los alumnos de Psicología de la UNMP
3. Determinar la existencia de relaciones entre el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento y la presencia, frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos.
4. Establecer la existencia de diferencias en la presencia, frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos y tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento, según el sexo de los participantes.

2.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Los sujetos con mayor cantidad e intensidad de síntomas depresivos mostrarán una tendencia a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamientos predominantemente pasivas, evitativas y no adaptativas.
2. Existe diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres.

2.4 METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se utilizó un diseño ex post facto, de un grupo, con dos medidas, transversal, de tipo descriptivo-correlacional.

Participantes

El universo fue el de los estudiantes regulares de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se seleccionó una muestra no probabilística, de conveniencia, de 200 estudiantes de ambos sexos, 150 mujeres y 50 hombres, que aceptaron participar voluntariamente del estudio, con edades entre 18 y 25 años.

2.5 Instrumentos:

Para evaluar la presencia de depresión en individuos, se utilizó la adaptación al español (Sanz, García-Vera, Espinosa y Vázquez, 2005; Sáenz & Vázquez, 2011) del BDI-II, Inventario de Depresión de Beck -II (Beck, Steer & Brown, 1996) y la Forma A de la Escala Baptista de Depresión - EBADEP-A (Baptista, 2011).

El primero es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y gravedad de la depresión de adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimiento de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). Se solicita a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluida el día de hoy, para ser consistentes con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto de los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contiene 7 categorías.

El EBADEP-A (Baptista, 2011) es un instrumento que tiene como base indicadores sintomáticos de depresión derivados de teorías sobre la depresión como la Cognitiva (Beck & cols., 1997), la Comportamental (Ferters, Culbertson & Boren., 1977) y dos manuales internacionales de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV y la Organización Mundial de la Salud, CID-10 (APA, 2002, OMS, 1993). La escala está constituida por 90 frases agrupadas en pares conformando 45 ítems. Cada ítem representa un indicador de sintomatología con una frase de carácter negativo y otra de carácter positivo. Está estructurado en formato Likert de cuatro puntos variando de 0 a 3, con una puntuación mínima de

0 y una puntuación máxima de 135 puntos. Para su interpretación se considera que cuanto menor puntuación menor sintomatología de depresión.

Para evaluar las Estrategias de Afrontamiento en individuos, se administró la adaptación al español de la escala abreviada del COPE - Brief-COPE (Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman, 2000). Consta de 12 subescalas compuesta por 2 ítems cada una. El COPE es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés. Su creador, Carver (1997), considera que es idóneo en investigación, ya que proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz. Lo desarrolló con la intención de reducir la sobrecarga y el esfuerzo que tenían que realizar al responder al inventario completo. Escogió 2 ítems por escala, que fueron aquellos que habían tenido un peso mayor en análisis factorial previo, por la claridad, y por el sentido del ítem para los respondientes.

2.6 Procedimiento:

Se contactó a los estudiantes en las inmediaciones del Complejo Universitario Manuel Belgrano de la UNMDP. Se les informó sobre los objetivos y características del estudio y se solicitó su consentimiento por escrito. Luego fueron conducidos a las oficinas del IPSIBAT, dónde se aplicaron los instrumentos de evaluación psicológica. Posteriormente, los datos fueron corregidos, cargados en una base de datos y sometidos a análisis estadísticos.

Procesamiento de datos:

Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central, desvíos, máximos y mínimos) para caracterizar la intensidad y el tipo de los síntomas depresivos y el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamientos de la muestra. Se aplicaron análisis de

correlación bivariada para determinar las asociaciones entre la depresión y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

III PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En principio, para caracterizar a la muestra bajo estudio se aplicaron análisis estadístico descriptivo a las variables de toda la muestra. Los mismos se expresan en la Tabla 2.

Tabla 2 - Valores estadísticos descriptivos de todas las variables para toda la muestra.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EBADEP	0,00	83,00	25,89	15,76
DBI-II	0,00	34,00	6,97	5,80
Autodistracción	1,00	4,00	3,00	0,68
Afrontamiento activo	1,50	4,00	3,38	0,57
Negación	1,00	3,50	1,42	0,58
Uso de sustancias	1,00	4,00	1,45	0,73
Búsqueda de Apoyo Social	1,00	4,00	3,30	0,70
Abandono del				
Afrontamiento	1,00	4,00	1,56	0,60
Desahogo de Emociones	1,00	4,00	2,52	0,68
Reinterpretación positiva	1,00	4,00	3,02	0,70
Planificación	1,00	4,00	3,13	0,61
Humor	1,00	4,00	2,15	0,73
Aceptación	1,50	4,00	3,06	0,65
Religión	1,00	4,00	1,61	0,80
Afrontamiento conductual	1,50	3,67	2,69	0,33
Afrontamiento Cognitivo	1,33	4,00	2,74	0,47
Escape Cognitivo-				
Conductual	1,00	4,00	3,00	0,68

Afrontamiento de las Emociones	1,25	4,00	2,91	0,51
Consumo de Alcohol o Drogas	1,00	4,00	1,45	0,73
Afrontamiento Activo	1,42	3,92	3,01	0,38
Afrontamiento Pasivo/Evitativo	1,25	3,17	1,93	0,32

Según muestra la Tabla 2 la negación, el uso de sustancias y el abandono del afrontamiento son las estrategias de afrontamiento que se utilizan con menor frecuencia; en cambio la búsqueda de apoyo social, la planificación y el afrontamiento activo son las estrategias que utilizan los sujetos investigados con mayor frecuencia. Así, los resultados aportan evidencias que permiten sustentar la hipótesis de que los estudiantes de Psicología tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias Adaptativas o de carácter Activo, enfocadas en la resolución del problema y asumen muy pocas veces Estrategias de Afrontamiento de carácter Pasivo.

A continuación, para evaluar la prevalencia de psicopatología depresiva en los estudiantes universitarios de la muestra, se calcularon las frecuencias de sujetos con distintos niveles de depresión o sin depresión tanto según el EBADEP como el BDI-II. Los resultados se presentan en las Tablas 3 y 4 respectivamente.

Tabla 3 – Niveles de depresión según el EBADEP-A

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	195	97,50%
Leve	4	2,00%
Moderada	1	0,50%

Tabla 4 – Niveles de depresión según el DBI-II

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	176	88,00%
Leve	13	6,50%
Moderada	10	5,00%
Grave	1	0,50%

Tanto la tabla 3 como la 4 permiten confirmar que la mayoría de los sujetos de la muestra no presentan depresión. Según el EBADEP-A, el 97,5% de la totalidad de la muestra no presenta depresión. Sin embargo, según el BDI-II, el porcentaje de los sujetos sin depresión es un poco menor, del 88%.

Con el objeto de determinar la posible existencia de diferencias en función del género, se aplicaron pruebas *t* de Student de diferencias de medias para dos muestras relacionadas. En aquellos casos en donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables, se complementó el análisis mediante el cálculo del tamaño del efecto de las diferencias por medio de la *d* de Cohen. Los resultados, así como los valores estadístico descriptivos discriminados por género, se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5 – Estadísticos descriptivos discriminados por sexo, diferencias y tamaño

	Femeninos (n=150)		Masculinos (n=50)		t	D de Cohen
	Media	DS	Media	DS		
Autodistracción	3,07	0,65	2,80	0,70	2,46*	0,39
Afrontamiento activo	3,35	0,58	3,45	0,52	-1,04	-
Negación	1,39	0,57	1,50	0,61	-1,08	-
Uso de sustancias	1,29	0,56	1,94	0,95	-5,88**	-0.84

Búsqueda de Apoyo Social	3,38	0,68	3,08	0,72	2,62**	0.41
Abandono del Afrontamiento	1,60	0,63	1,42	0,49	1,84	-
Desahogo de Emociones	2,54	0,68	2,47	0,67	0,63	-
Reinterpretación positiva	3,05	0,71	2,92	0,66	1,14	-
Planificación	3,13	0,61	3,15	0,62	-0,23	-
Humor	2,04	0,69	2,48	0,76	-3,82**	-0.76
Aceptación	3,06	0,66	3,04	0,65	0,18	-
Religión	1,68	0,85	1,40	0,59	2,18*	0.38
Afrontamiento conductual	2,69	0,34	2,67	0,30	0,37	-
Afrontamiento Cognitivo	2,72	0,48	2,81	0,43	-1,28	-
Escape Cognitivo-Conductual	3,07	0,66	2,80	0,71	2,46*	0.39
Afrontamiento de las Emociones	2,96	0,50	2,78	0,54	2,20*	-
Consumo de Alcohol o Drogas	1,29	0,56	1,94	0,95	-5,88**	-0.84
Afrontamiento Activo	3,00	0,39	3,02	0,32	-0,31	-
Afrontamiento Pasivo/Evitativo	1,93	0,33	1,92	0,31	0,15	-
EBADEP	24,91	15,02	28,80	17,65	-1,51	-
DBI-II	6,55	5,58	8,22	6,29	-1,77	-

Los resultados indican que existen algunas diferencias estadísticamente significativas en el uso de estrategias de afrontamiento de acuerdo al género. Mientras que las mujeres parecerían utilizar con mayor frecuencia que los hombres las estrategias de autodistracción, búsqueda de apoyo social y aceptación, los hombres tenderían a hacer un mayor uso de las estrategias de uso de sustancias y humor. El resto de las Estrategias de Afrontamiento no registraron evidencias de diferencias que fueran estadísticamente significativas. Tampoco resultaron significativas las diferencias de género respecto a la depresión.

Finalmente, para explorar las relaciones entre la depresión y el uso de estrategias de afrontamiento, y dado que se encontraron diferencias significativas en función del género, se calcularon las correlaciones r de Pearson por separado para hombres y mujeres. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6 – Análisis de correlación entre la presencia de síntomas depresivos y la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento, discriminada por género

	Femenino (n=150)		Masculino (n=50)	
	EBADEP	DBI-II	EBADEP	DBI-II
Autodistracción	0,14*	0,09	-0,06	-0,15
Afrontamiento activo	-0,11	-0,06	-0,38**	-0,55**
Negación	0,22**	0,20**	-0,03	0,29*
Uso de sustancias	0,18*	0,14*	0,57**	0,25*
Búsqueda de Apoyo Social	-0,07	-0,07	0,05	-0,12
Abandono del Afrontamiento	0,29**	0,23**	0,12	0,22
Desahogo de Emociones	0,25**	0,21**	-0,11	-0,24
Reinterpretación positiva	-0,22**	-0,21**	-0,05	-0,13
Planificación	-0,13	-0,11	-0,08	-0,05
Humor	-0,12	-0,05	0,12	0,21
Aceptación	-0,17*	-0,02	0,12	0,26*
Religión	0,10	0,19*	-0,31*	0,08
Afrontamiento conductual	0,03	0,05	-0,21	-0,23
Afrontamiento Cognitivo	-0,24**	-0,14*	0,10	0,19
Escape Cognitivo-Conductual	0,14*	0,09	-0,06	-0,15
Afrontamiento de las Emociones	0,12	0,10	-0,03	-0,22
Consumo de Alcohol o Drogas	0,18*	0,14*	0,57**	0,25*
Afrontamiento Activo	-0,23**	-0,14*	-0,04	-0,08
Afrontamiento Pasivo/Evitativo	0,38**	0,36**	0,15	0,17

Según los resultados de la Tabla 6, encontramos indicadores de asociación estadísticamente significativa entre los indicadores de depresión y el uso de algunas de las estrategias de afrontamiento. De manera general, puede observarse que el uso de estrategias activas se asocia de forma negativa con la intensidad de la sintomatología depresiva, indicando que a mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, menor es la sintomatología depresiva, mientras que las estrategias pasivas o evitativas tienden a mostrar una relación directa con la sintomatología depresiva. Además, en el caso de las mujeres, se advierte mayor cantidad de asociaciones entre el uso de estrategias de afrontamiento y la depresión (negación, uso de sustancias, abandono del afrontamiento, desahogo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, religión), aunque los valores de las correlaciones son bajos (r entre .14 y .29). Por

el contrario, en los hombres se observa un menor número de relaciones (afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, aceptación), pero con valores r mayores (entre .26 y .57) indicando asociaciones moderadas.

IV. CONCLUSIONES

De acuerdo a lo objetivos planteados en este estudio, se han encontrado evidencias que permiten sostener la hipótesis de que en los estudiantes universitarios de Psicología solo un porcentaje mínimo padece de depresión severa (0,50%) y/o moderada (5%). En cuanto a la frecuencia de uso y el tipo de las estrategias de afrontamiento se ha aportado evidencia de que los estudiantes de Psicología de la UNMDP tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias Activas (Búsqueda de Apoyo Emocional, Planificación y Aceptación) y con menor frecuencia estrategias Pasivas (como la Negación, Religión, Uso de Sustancias). Esto sugiere la presencia de recursos adaptativas por parte de los estudiantes universitarios para hacer frente a los problemas de una forma mucho más activa que aceptar pasivamente los mismos o evitarlos. Por otra parte, se observó que tanto el EBADEP-A como el DBI-II muestran resultados y asociaciones semejantes y, por lo tanto, ambos resultarían de utilidad para la determinación de la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios.

Los resultados también indicaron que existe una diferencia en el uso de Estrategias de Afrontamiento en función del sexo, siendo las mujeres quienes utilizan con mayor frecuencia que los hombres las estrategias de Autodistracción, búsqueda de apoyo social y planificación. Respecto de las subescalas, las mujeres también obtuvieron mayores puntajes en el Escape Cognitivo, el Afrontamiento de las Emociones y el Afrontamiento de tipo Activo en general, siendo pequeña la diferencia entre hombres y mujeres en esta última dimensión. Los hombres por su parte, tendieron a utilizar con más frecuencia que las mujeres estrategias referentes al Uso de Sustancias, la Planificación y el Humor. Resultados similares se obtuvieron en la investigación desarrollada en México, por González Escobar y Valdez Medina Monroy (2012), quienes concluyen que estos resultados podrían deberse al hecho de que a los hombres se los enseña a no ser sentimentales, buscando otros medios de estrategias no relacionadas con la expresión de emociones. En cambio, a las mujeres se les permite cualquier manifestación de sus

emociones. Recordemos que la muestra estuvo compuesta íntegramente por estudiantes universitarios, quienes afrontan situaciones estresantes día a día, ya que además de su historia y contexto personal, cuentan con un nivel de exigencia propio de la vida universitaria.

En lo referente a las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento de acuerdo al género, se evidencia la mayor utilización por parte de los hombres al Uso de Sustancias. Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván (2006), en su investigación encontraron resultados similares en cuanto al uso de sustancias y postulan que la diferencia entre hombres y mujeres podría deberse a un patrón socio-cultural; siendo para la mujer más devaluante, prohibido y para el hombre más abierto el consumo.

Además, en función de los resultados previamente expuestos parecería que nuestra hipótesis que plantea que los sujetos con mayor cantidad e intensidad de síntomas depresivos mostrarían una tendencia a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento predominantemente pasivas, se confirma parcialmente. Es decir, solo algunas de las estrategias de afrontamiento pasivas mostraron relaciones con la depresión, y en la mayoría de los casos las mismas fueron bajas. Esto podría deberse a que la sintomatología depresiva es multideterminada, es decir, que es afectada por una variedad de factores entre los que parecería encontrar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, pero que no se limita solo a ello. En cuanto a la correlación positiva entre uso de estrategias de afrontamiento pasivas y la depresión, Sepúlveda. Romero y Villanueva (2012), coinciden en parte de los resultados de su investigación, sumando a esto el uso de estas estrategias asociadas con la ansiedad.

Además, los resultados parecerían indicar una correlación entre las estrategias de afrontamiento activas y menor sintomatología depresiva, aspecto a tener en consideración ya que la muestra mayoritariamente no padece depresión. En este sentido, es posible pensar que el desarrollo y el uso de estrategias de afrontamiento activas y adaptativas podrían constituir un factor protector contra la sintomatología depresiva, o bien, que el cuadro depresivo implica un uso más frecuente de estrategias de afrontamiento evitativas y desadaptativas que, a su vez, actuarían como un refuerzo de la sintomatología depresiva. Si bien todas las personas pueden enfrentarse a situaciones

suscitadoras de estrés, depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas que se desarrollen o no síntomas depresivos, como lo plantearon Vázquez y Ring (1996).

Siguiendo esta línea de pensamiento, la investigación de Barreda (2012) confirman lo mismo: una correlación significativa entre la depresión y estrategias de afrontamiento evitativas.

Finalmente, podemos concluir que parecería que el uso frecuente de estrategias activas para afrontar las situaciones conflictivas, así como el menor uso de estrategias pasivas, guardaría relación con la menor prevalencia de sintomatología depresiva.

V. Alcances y limitaciones

Los resultados de este trabajo aportan evidencias empíricas sobre los niveles de depresión, la sintomatología depresiva y la manera en que los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata tienden a enfrentar las situaciones posiblemente suscitadoras de estrés.

Además, lo hallado podría servir no sólo para identificar depresión, sino para hacer algo al respecto, que permita atender a los estudiantes que la padezcan, generando así la posibilidad de desarrollar actividades y estrategias activas y adaptativas que disminuyan dicha sintomatología depresiva; permitiendo entrenar a los estudiantes en la reducción del posible padecimiento.

Cabe mencionar que la muestra utilizada fue de conveniencia y, por tanto, no probabilística. Creemos, entonces, que sería importante ampliar la muestra a otras unidades académicas y a otros segmentos de la población para determinar la existencia de diferencias en función del área de estudio o de trabajo elegida para que los resultados logren de esta forma ser generalizables.

Otra limitación reside en que, por las características de la muestra, pudo existir una tendencia en los estudiantes a responder a las consignas del instrumento pensando en cómo afrontar una problemática estresante de carácter académico exclusivamente. En consecuencia, consideramos que sería interesante ampliar la muestra a población

general, para determinar si la asociación observada entre estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva difiere o no, ya que otros sujetos pueden responder posicionándose en otro tipo de situaciones problemáticas. Además, el hecho de incluir mayor cantidad de población, aumentando la muestra en forma etaria, de sexo (aumentando fundamentalmente el género masculino) y profesión posibilitaría reducir sesgos y aumentar la validez de estos resultados.

En su mayoría los participantes poseían niveles bajos o nulos de depresión. Por lo tanto, sugerimos aplicar la prueba a una muestra clínica de gente que padezca depresión, para ver si los resultados se mantienen, o si bien solo son observables en personas con sintomatología depresiva mínima.

Respecto a las diferencias halladas en la prevalencia de depresión indicada por el BDI-II y el EBADEP, parecería que este último es menos sensible en la estimación de los niveles de depresión, por lo que deberían persistir los análisis de su validez en Argentina para realizarle los ajustes necesarios para su adecuada utilización en ámbitos clínicos y no clínicos.

VI. Referencias bibliográficas:

- Al-Dubai, S. A. R., Al-Naggar, R. A., Alshagga, M. A., & Rampal, K. G. (2011). Stress and coping strategies of students in a medical faculty in Malaysia. *Malays J Med Sci*, 18(3): 57–64.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-V-TR – Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (5ª ed)*. Porto Alegre: Artmed.
- Arrivillaga Quintero, M.; Cortés García, C.; Goicochea Jiménez, V. L. y Lozano Ortiz, T.M. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Bogotá (Colombia). *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-25.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão: histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. Em: M. N. Baptista. (2004). *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M., Cardoso, H., Gomes, J. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: Evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, 16(2), 151-161.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. & Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)*. USA: NCS Pearson, Inc.
- Bigatti, S. M., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress and Health*, 28(5), 355-361.
- Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392

- Castellanos, M.T., Guarnizo, C.A., Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1),
- Casullo, M. M. (1996). *Evaluación Psicológica en el campo de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Contreras-Torres, F. V., ESPINOSA-MÉND, J. C., & Esguerra-Pérez, G. A. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Dennys Barreda S. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista IIPSI - Facultad de Psicología – UNMSM*, 15(2), 203–216.
- Escobar, S. G., Medina, J. L. V., López-Fuentes, N. I. G. A., & Monroy, D. B. V. (2012) Cómo afrontan los adolescentes mexicanos el malestar depresivo.
- Espinosa, J. C., Contreras, F. V., & Esguerra, G. A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 5(1).
- Fernández Liporace, M., Contini de González, N., Ongarato, P., Saavedra, E., & Iglesia, G. D. L. (2009). Estrategias de afrontamiento frente a problemas académicos en estudiantes medios y universitarios. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(27), 63-84.
- Fernández Liporace, M., Ongarato, P., Carreras, M. A., Lupano, M. L., & Quesada, S. (2008). Perfil académico de los estudiantes de un colegio universitario de la UBA: apoyo social percibido, afrontamiento, estrategias de aprendizaje y habilidades. *Investigación psicológica*, 13(1), 57-82.
- Galicia Moyeda, I. X.; Sánchez Velasco, A. y Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Murcia (España). *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 25(2), 227-240.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (orig. 1984)
- Mejía, C. F., Agudelo, S. G., & Perea, E. (2011). Asociación entre depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25).
- Mendels, J. (1989). *La depresión*. Barcelona: Herder.

- Méndez, X., Montoya, M., Espada, J., Olivares, J., & Sánchez, M. (2002). Tratamiento Psicológico de la Depresión Infantil. *Psicología Conductual*, 10(3), 563-580.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Madrid: Técnicas Gráficas Forma*.
- Organización Mundial de la Salud.(2012) <http://www.who.int/topics/depression/es/>;
- Osornio-Castillo, L., García-Monroy, L., Méndez-Cruz, A. R., & Garcés-Dorantes, L. R. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 11-15.
- Osornio-Castillo, L., & Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 1-2.
- Perczek, R., Carver, C.S., Price, A.A., Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74, 63-87.
- Prinz, P., Hertrich, K., Hirschfelder, U., & de Zwaan, M. (2012). Burnout, depression and depersonalisation—Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 29(1),
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102.
- Sanz, J., Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Adaptación Española*. Madrid: Pearson Educación, SA.
- Sanz, J.; García-Vera, M.; Espinosa, R., Vázquez C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sepúlveda-Vildósola, A. C., Romero-Guerra, A. L., & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 347-354.
- Serrano Barquín, C., Rojas García, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1).

Vazquez C., Ring J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory Of Depression (CID). *Psicología Conductual*, 4(1), 9-28

Agradecimientos: