



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Relación entre Depresión, Ansiedad y Salud en estudiantes universitarios. Estudio correlacional

Alumno/a: Ana Murillo Martínez

Tutor/a: Ana Raquel Ortega Martínez

Encarnación Ramirez Fernandez

Dpto: Psicología

Julio 2016

Índice

Resumen	3
Palabras Clave	3
Introducción	4-8
Método	9-11
Participantes	9
Instrumentos	9-11
Diseño	11
Procedimiento.....	11
Resultados	11-13
Discusión y conclusión	14-17
Bibliografía	18-20

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación existente entre la ansiedad, depresión y afecto negativo sobre la salud en una muestra no representativa de 163 estudiantes universitarios de la Universidad de Jaén. La edad de los participantes está comprendida de 18 a 22 años. Según la hipótesis que se estableció como punto de partida del estudio, cuanto mayor sea la puntuación obtenida en ansiedad, depresión y afecto negativo, menor será la puntuación que se obtenga en salud, y en consecuencia peor será el pronóstico o estado de salud. En la realización de este trabajo se aplicaron los cuestionarios BDI, PANAS, STAI y SF-36. El estudio de metodología descriptivo-correlacional, reveló resultados significativos para algunas dimensiones de salud, de manera que conforme aumentaban los niveles de las variables medidas se obtuvieron peores resultados de salud. Destacaron las dimensiones: Vitalidad, Función Social y Salud Mental.

Palabras Clave: ansiedad, depresión, afecto negativo, salud, estudiantes universitarios.

1. Introducción

En las últimas décadas, numerosas investigaciones se han centrado en el estudio de la Ansiedad y la Depresión, no sólo por los altos índices de prevalencia, sino también con la intención de determinar los factores predisponentes para poner en marcha planes de acciones preventivas y reducir su aparición en la población y con ello lograr una mejora en la calidad de vida de la misma. Se han realizado múltiples estudios enfocados en analizar factores como la edad, las influencias psicosociales, el procesamiento cognitivo y/o las características individuales de personalidad (Agudelo, Spielberger, & Buela-Casal, 2005; Calvete, 2005; Nettle, 2004; Spielberger & Reheiser, 2003).

Una de las características principales de la depresión es la aparición con gran frecuencia de pensamientos negativos acerca de pérdidas y fracasos, evaluación negativa de uno mismo, culpa y desesperanza hacia el futuro. La ansiedad por su parte se caracteriza por la aparición de pensamientos acerca de posibles daños y amenazas futuras (Calvete, 2005).

Los esquemas específicos de los trastornos depresivos están enfocados principalmente en temas de pérdida/fracaso interpersonal y dominios de realización/logro, por otro lado los esquemas de la ansiedad están focalizados en creencias poco adaptativas que se centran en amenazas físicas o psicológicas y baja autoeficacia (Clark y Beck, 1988).

La depresión se manifiesta con frecuencia asociada a diferentes enfermedades diagnosticadas desde las consultas de atención primaria repercutiendo significativamente en las funciones cotidianas de la persona que la padece (Ormel et al., 1994).

El trastorno depresivo lleva consigo un alto sufrimiento personal y familiar, así como importantes repercusiones sociales, además de un uso frecuente de los servicios sociales y médicos (Jonhson, Weissman y Klerman, 1992), elevados costes de tratamiento (Conwell, 1996) y absentismo laboral que implica la

pérdida de productividad personal (Greenberg, Stiglin, Finkelstein y Berdnt, 1993).

Por otra parte, la ansiedad ha sido conceptualizada en numerosas ocasiones, Lazarus y Folkman (1986) la describen como un estado emocional desagradable, producto de la valoración cognitiva que la persona realiza sobre una situación amenazante. Dicha valoración proviene del análisis que el sujeto realiza sobre las condiciones ambientales y los recursos de los que dispone para afrontar la situación.

De la Ossa, Martínez, Herazo y Campo (2009) la conceptualizan como una emoción psicobiológica básica que en presencia de una amenaza o estresor funciona como una respuesta adaptativa condicionando en la mayoría de las ocasiones, las acciones del sujeto.

En esta línea, Spielberger (1999) la considera como un proceso desarrollado a partir de un número de eventos cognitivos, afectivos, psicológicos y comportamentales. El proceso puede desencadenarse por un estímulo externo, percibido como peligroso o amenazante o interno como puede ser un pensamiento, percibido igualmente como amenazante.

Existe un estado o umbral normal de ansiedad que favorece la actividad desempeñada de la persona, sin embargo, si el nivel de ansiedad supera dicho umbral, se empeoran o deterioran las actividades realizadas, provocando la reducción del rendimiento (Celis et al., 2001).

Otra definición a destacar, es la que ofrecen Riveros, Hernández y Rivera (2007), según la cual, la ansiedad es considerada como un mecanismo adaptativo, mediante el cual las personas permanecen alertas ante situaciones percibidas como amenazantes. De acuerdo con lo anterior, proponen que un nivel normal de ansiedad, activaría el sistema de respuesta de ante situaciones peligrosas y ayudaría en el proceso de concentración aumentando así la eficacia.

Por otro lado, niveles elevados de ansiedad, pueden generar sentimientos de indefensión en el sujeto, provocando disfuncionalidad a nivel psicológico y fisiológico.

La depresión y la ansiedad son trastornos de alta prevalencia en el mundo variando según las poblaciones o regiones geográficas entre el 5 y el 50% (Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2010). La prevalencia de síntomas de ambos trastornos según el Cuestionario Europeo de Calidad de Vida (EuroQoL) era en 2011-2012 de 4,74%.

La importancia de estos datos se acentúa debido a la comorbilidad que existe entre la ansiedad y la depresión y al considerarse a los trastornos de ansiedad como factores de riesgo para el inicio del trastorno depresivo mayor (Bittner, Goodwin, Wittchen, Beesdo, Höfle y Lieb, 2004). Gorwood (2004), encontró que hasta un 80% de las personas con trastornos de ansiedad generalizada tiene también un trastorno del estado del ánimo durante su vida.

Se postula que un 85% de personas que padecen depresión también sufren significativos síntomas de ansiedad, y de manera similar ocurre en un 90% de personas con ansiedad en los que se presentan síntomas de depresión (Gorman, 1996,1997; Muñoz, et al., 2005; Shankman & Klein, 2003).

Tanto la ansiedad generalizada como la depresión tienen en común el Afecto Negativo, el cual podría definirse como un factor general de malestar subjetivo compuesto por una amplia variedad de estados de ánimo negativos como el miedo, la ansiedad, la hostilidad, el disgusto, la soledad y la tristeza (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

En esta línea tras definir la relación que guarda el afecto negativo con ambos trastornos, se puede plantear que la ansiedad haría referencia a un estado de alto afecto negativo y poca correlación con el afecto positivo. Por otro lado, la depresión se correspondería con un estado mixto de alto afecto negativo y bajo afecto positivo (Watson, Clark & Carey, 1988).

Según Watson y Pennebaker (1989), un aspecto esencial de la afectividad negativa sería la tendencia a realizar evaluaciones negativas incluyendo las propias sensaciones corporales benignas. Las valoraciones negativas que se realicen del propio estado de salud provocan que aumente el malestar.

Por otra parte, Según Clark y Watson (1991) otra característica del afecto negativo es la tendencia a la introspectividad o atención autofocalizada, lo que provocaría que aumentaran las diversas sensaciones corporales (Pennebaker, 1982).

En cuanto a lo que se refiere al término de salud, se pueden obtener múltiples definiciones, entre las cuales encontramos las propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (OMS, 1986).

Desde la perspectiva de la Psicología Positiva, Myers, McCollam y Woodhouse (2005) la definen como “la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás”.

Almedom y Glandon (2007) postulan que para poseer un buen estado de salud físico o mental, además de la ausencia de enfermedades o trastornos, se debe disfrutar de un número de recursos y capacidades que den la oportunidad de resistir adversidades. Siendo aún más importante para Fredrickson (2009) desde la perspectiva de la salud positiva, disponer de un estado de bienestar que favorezca a la persona para alcanzar un mejor desarrollo psicológico, social y comunitario.

En relación con lo expuesto anteriormente, muchos estudios se han centrado en la población universitaria desde hace varios años debido a su elevada prevalencia de ansiedad y depresión en este entorno (Nogueira Martin, et al.

2004; Miller, Surtees, 1991; Guthrie, Black, Shaw, Hamilton, Creed y Tomerson, 1995). Según Steptoe y Wardle (1996) los estudiantes universitarios son una muestra muy relevante y de gran interés para llevar a cabo estudios de bienestar y salud.

La entrada a la universidad constituye un cambio muy importante en la vida de los jóvenes y ello acarrea importantes repercusiones tanto sociales como académicas. La universidad les exige mayor autonomía, mejor organización y distribución del tiempo personal, seguridad en la toma de decisiones y adaptación a la nueva organización. (Lange y Vio, 2006).

Diversos investigadores se han interesado en estudiar la salud mental de los universitarios que realizan carreras que implican en un futuro profesiones responsables de la salud de otras personas (Azzam et al., 2007). Este tipo de carreras suelen ser notablemente demandantes tanto académicamente como psicológicamente (Bella et al., 2006)

La aparición de la ansiedad o la depresión se encuentra mediada por factores tanto personales como psicosociales. Se constata con numerosos estudios que la percepción de escaso apoyo social influye en el bienestar psicológico de las personas (González y Landero, 2006).

Describir la población estudiantil, con sus rasgos, riesgos y presencia de enfermedad es de particular importancia para su educación, transcendencia como individuos y como futuros profesionales y es por ello por lo que este estudio se centra en la población universitaria

El objetivo que plantea el presente estudio trata de evaluar el impacto que tiene la Ansiedad, Depresión y el Afecto Negativo sobre la salud en una muestra de estudiantes de Psicología, de primero de Grado, de la Universidad de Jaén.

Siguiendo dicho objetivo, nuestra hipótesis de trabajo recoge que aquellos sujetos que obtengan puntuaciones altas en Ansiedad, Depresión y Afecto

Negativo tendrán un peor pronóstico o estado de salud, asumiendo que dichas variables tienen un impacto notable sobre ésta y en la calidad de vida de los sujetos.

Por tanto, se pronostica que a mayor puntuación en las variables Ansiedad, Depresión y Afecto Negativo, los sujetos obtendrán una menor puntuación en salud.

2. Método

2.1. Participantes

La muestra se compone de 163 estudiantes de Primero de Psicología de la Universidad de Jaén, de los cuales 127 fueron mujeres y 36 hombres. La edad de los participantes estuvo entre 18 y 22 años con una media de 19,1 y una desviación típica de 1,98.

Los estudiantes aceptaron participar voluntariamente en esta investigación después de recibir información sobre su propósito y el respeto a los principios de confidencialidad.

2.2. Instrumentos

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS); (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Versión española de Sandín et al., 1999). Está compuesta de dos factores de 10 ítems formato tipo Likert. La escala mide el afecto positivo y negativo. La consistencia interna varía entre los 0.86 y los 0.90 para la escala de Afecto Positivo; y de 0.84 a 0.87 para la del Afecto Negativo. La escala consta de dos subescalas (Afecto Positivo y Afecto Negativo) con 10 ítems cada una de ellas. Cada ítem describe adjetivos relacionados con emociones experimentadas en el momento presente. El formato de respuesta es tipo Likert (1=muy poco o nada y 5= mucho).

Cuestionario de Salud SF-36; (Ware y Sherbourne, 1992; Versión española de Alonso, Prieto y Antó, 1995). Está compuesto de 36 ítems que cubren 8 dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo. La consistencia interna varía de 0,62 a 0,94. La primera dimensión, *Función Física*, hace referencia al grado en el que la falta de salud actúa limitando las actividades físicas de la vida diaria; La dimensión *Rol Físico*, se refiere al grado en el que la falta de salud actúa interfiriendo en el trabajo y otras actividades diarias produciendo un menor rendimiento del deseado o limitando el tiempo de su ejecución o la dificultad de las actividades; La dimensión *Dolor Corporal* mide la intensidad de dolor padecido y su efecto en la vida diaria; La dimensión *Salud General*, proporciona una valoración personal y subjetiva del estado de salud, que abarca tanto el momento actual como las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar; La dimensión de *Vitalidad*, hace referencia a un sentimiento de energía y vitalidad en lugar de cansancio y desánimo; La dimensión de *Función Social*, evalúa el grado en el que la falta de salud interfiere en la vida social habitual; La dimensión *Rol Emocional* se refiere al grado en el que los problemas emocionales actúan interfiriendo en el trabajo y otras actividades diarias produciendo un menor rendimiento del deseado o limitando el tiempo de su ejecución o la dificultad de las actividades y la dimensión *Salud Mental* que proporciona una valoración personal de la salud mental general, teniendo en cuenta la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). A partir de la combinación de las puntuaciones de cada dimensión se calculan dos puntuaciones resumen la suma del Componente Físico y la suma del Componente Mental.

Inventario de Depresión de Beck-II, (BDI-II); (Beck, Steer y Brown, 1996; Versión española de Sanz y Vazquez, 2011). Está compuesto por 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre un conjunto de 4

alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describa su estado durante las últimas 2 semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. La consistencia interna varía de 0,76 a 0,95.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); (Spielberger, 1983; Versión española de Buela-Casal et al., 2011). Está compuesto de 40 ítems formato tipo Likert que miden la frecuencia con que se experimentan reacciones de ansiedad. Veinte de los ítems del STAI proporcionan una medida de las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad (Escala de Ansiedad Rasgo) y los restantes 20 una medida de las respuestas de ansiedad que actualmente está experimentando una persona (Escala de Ansiedad Estado). LA consistencia interna varía entre 0,90 y 0,93 para el STAI-E y entre 0,84 y 0,87 para el STAI-R. El formato de respuesta es de tipo Likert (0=casi nunca y 3=casi siempre).

2.3. Diseño

Con los objetivos propuestos se ha diseñado un estudio no experimental, de metodología descriptivo-correlacional donde se busca evaluar la relación que tiene la ansiedad, depresión y el afecto negativo sobre la salud de una muestra universitaria.

2.4. Procedimiento

Como primera medida se procedió a la administración colectiva de los cuestionarios, recibiendo instrucciones estándar y grupales de la forma de responder los cuestionarios, una vez obtenido el consentimiento de los estudiantes para participar.

La aplicación de los cuestionarios se realizó en las aulas de clase, previo acuerdo con los docentes, al inicio del curso.

Posteriormente se procedió al análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS a partir de la correlación de Pearson.

3. Resultados

Los resultados que se presentan a continuación muestran la relación entre las variables de Ansiedad (Estado/Rasgo), Depresión y Afecto Negativo con el estado de salud, medido éste en las siguientes dimensiones: Función Física, Rol Físico Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, Evolución de Salud, Componente Físico y Componente Mental.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el coeficiente de correlación de Pearson, pudiéndose observar los datos obtenidos y el nivel de significación en la tabla 1.

Analizando los resultados, se percibe que en cuanto a la **Ansiedad Estado** (STAI-E) correlaciona de manera positiva significativamente con las dimensiones: Vitalidad, Salud Mental, y Componente Mental, lo cual indica que a mayor puntuación de Ansiedad Estado peor estado de salud en dichas dimensiones.

En cuanto a la **Ansiedad Rasgo** (STAI-R), correlaciona de manera positiva significativamente con las dimensiones de salud: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental y Componente Mental, dichas relaciones indican que a mayor puntuación de ansiedad rasgo, peor estado de salud en esas dimensiones.

Por otro lado, en referencia a la **Depresión**, encontramos correlaciones de manera positiva significativas únicamente con las dimensiones: Salud Mental y Componente Mental, lo cual indica de la misma manera que ocurre con la Ansiedad, que a mayor puntuación de Depresión menor puntuación en salud o lo que es lo mismo, peor estado de salud.

Por último, en cuanto al **Afecto Negativo**, se observa que existen correlaciones de manera positiva significativas con las dimensiones: Rol Físico, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, Componente Físico y Componente Mental, indicando un peor estado de salud en esas dimensiones con forme aumenta el Afecto Negativo.

Para el resto de dimensiones de salud que no se han citado anteriormente como son Función Física, Dolor Corporal, Salud General y Evolución de Salud, no se han encontrado relaciones significativas con ninguna de las variables anteriormente descritas.

Tabla 1. Correlaciones entre las variables (componentes SF-36, STAI-E, STAI-R, BDI, AN) con muestra de población universitaria (n=163)

	Función física	Rol Físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emoción	Salud mental	Evol. salud	Comp. Físico	Comp. Mental	STAI-E	STAI-R	Depresión	Afecto negativo
Función física	1														
Rol físico	,292**	1													
Dolor corporal	,422**	,311**	1												
Salud general	,392**	,172*	,322**	1											
Vitalidad	,430**	,203**	,253**	,347**	1										
Función social	,310**	,309**	,246**	,285**	,470**	1									
Rol Emocional	,026	,158*	,114	,258**	,331**	,571**	1								
Salud mental	,199**	,199*	,236**	,173*	,632**	,571**	,433**	1							
Evol. Salud	-,067	,031	-,023	-,039	-,262**	,040	,075	-,072	1						
Comp. Físico	,666**	,526**	,654**	,567**	,182*	,077	-,277**	-,104	-,053	1					
Comp. Mental	,056	,127	,083	,225**	,500**	,814**	,856**	,750**	,032	-,312**	1				
STAI-E	,045	-,056	,049	-,058	-,236**	-,107	-,136	-,255**	-,031	,107	-,207**	1			
STAI-R	-,025	-,152	-,074	-,105	-,303**	-,190*	-,194*	-,357**	,079	,028	-,279**	,563**	1		
Depresión	,058	-,101	-,084	-,069	-,145	-,132	-,082	-,277**	-,075	,020	-,182*	,358**	,546**	1	
Afecto negativo	,125	-,159*	,041	-,043	-,239**	-,319**	-,299**	-,390**	-,019	,189*	-,415**	,127	,127	,177*	1

Fuente: Elaboración propia

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

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

4. Discusión y conclusión

Según los resultados obtenidos tras el análisis de datos, encontramos correlaciones significativas de todas las variables objeto de medida (Ansiedad, Depresión y Afecto Negativo) con numerosas dimensiones de salud.

Al observar la tabla de los resultados (Tabla 1) se aprecia que las relaciones significativas son de signo negativo. Esto indica y confirma, que a mayor nivel de ansiedad, depresión o afecto negativo peor pronóstico o estado de salud

En lo que se refiere a la Ansiedad, medida ésta como Estado y como Rasgo, encontramos que se relaciona significativamente con dimensiones como la Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud mental y Componente Mental.

Con respecto a la Depresión, no se ha encontrado ninguna relación significativa referente a la salud física y tan solo se han encontrado correlaciones significativas con las dimensiones Salud Mental y Componente mental.

Sobre el Afecto Negativo encontramos relaciones significativas también con numerosas dimensiones de salud como Rol Físico, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, Componente Físico y Componente Mental.

Por tanto, considerando el análisis de los datos obtenidos, se puede observar que se cumple la hipótesis planteada, ya que, aquellos sujetos que han obtenido puntuaciones altas en Ansiedad, Depresión y Afecto Negativo han obtenido puntuaciones bajas en salud, lo que pone de manifiesto el impacto notable que éstas ejercen sobre la salud y por tanto en la calidad de vida de los participantes.

Las dimensiones que más relación guardan con dichas variables son la de Vitalidad, que hace referencia al sentimiento de energía y vitalidad en lugar de cansancio y desánimo, Función Social, considerada como el grado en el que la falta de salud interfieren en la vida social habitual y Salud Mental, aquella que proporciona una valoración personal de la salud mental general.

Según un estudio realizado por Cabasés, Sánchez, Rovira y Rejas (2011) en el que se comparaban pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con

la población general para determinar el impacto del TAG en la calidad de vida relacionada con la salud, se halló que los pacientes con TAG asignaron valores más bajos a los mismo estados de salud que la población general.

Autores como Espinosa, Ybarra y Orozco (2015) estudiaron la relación existente entre los síntomas de la ansiedad, la depresión y los factores psicosociales que van asociados al deterioro de la salud. Encontrando que aquellos participantes que solicitaban atención médica por una enfermedad tanto crónica como no crónica presentaban síntomas de ansiedad.

Sánchez, Aparicio y Dresch (2006), realizaron un estudio en el que se analizó si existían diferencias en la salud física autopercebida entre mujeres y hombres en relación con la ansiedad, la autoestima y la satisfacción.

Entre sus hallazgos encontramos que la ansiedad fisiológica, entendida como una serie de respuestas de activación del SNA y del SNS, tales como palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultades para tragar, etc. (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), es la variable que mejor explica un porcentaje de la varianza elevado tanto para dolencias físicas como para salud física percibida.

Los estudios anteriormente citados apoyan los resultados obtenidos en este trabajo, poniendo de manifiesto que la presencia de ansiedad y depresión en distintas muestras afecta a la salud y a la percepción de ésta.

Haciendo referencia a las limitaciones que hemos encontrado en el presente estudio, en primer lugar, cabe destacar que, debido a que no se ha llevado a cabo ningún tipo de muestreo, es decir, que se han seleccionado aquellos participantes que voluntariamente han querido colaborar con el estudio, no se pueden generalizar los resultados obtenidos.

Por otro lado, el hecho de no haber encontrado puntuaciones altas en Ansiedad y Depresión en este tipo de muestra puede deberse al momento de la recogida de datos, la cual al llevarse a cabo al comienzo del curso académico puede influir al tratarse de un momento en el que los estudiantes no se encuentran sometidos a

altos niveles de presión o estrés, como puede ser el periodo de exámenes, tal y como demuestran numerosas investigaciones (Martin, 2007; Misra y McKlean, 2000).

En este sentido, hay otro tipo de estudios centrados en analizar la ansiedad en el periodo de exámenes y el rendimiento académico (Bauermeister, 1989; Vereau, 1998; Quintana, 1998) y la ansiedad y síntomas somáticos autoinformados (Viñas, Caparrós, 2000) encontrándose correlaciones negativas muy significativas entre ansiedad y rendimiento académico, y entre ansiedad y síntomas somáticos autoinformados durante los el periodo de evaluación. En esta línea, Ayora (1993) postula que la ansiedad antes, durante y después del periodo de exámenes es una experiencia muy frecuente, que puede concluir en resultados como bajas calificaciones, merma académica o abandono universitario, entre otros.

Otra explicación podría deberse al hecho de que sean alumnos y alumnas de primero de Grado, puesto que aún no tienen que enfrentarse a la preocupación que ocasiona la realización de las prácticas tal y como recoge Brewer (2002) en su estudio según el cual los estudiantes que manifestaban mayor Ansiedad y Depresión eran los de Ciencias de la Salud, debido al estrés que se origina al tener que buscar centro de prácticas, etc.

La finalización de una carrera profesional lleva consigo un proceso de adaptación, que en numerosas ocasiones puede generar altos niveles de ansiedad en los estudiantes de último curso ya que se encuentran en un momento en el que deben tomar importantes decisiones que implican un cambio de contexto en sus vidas (Castellanos, Guarnizo y Salamanca, 2011).

Es importante resaltar, que la mayor parte de los resultados en ansiedad de nuestra muestra alcanzaban niveles medios. De acuerdo con Celis et al, (2001) que existe un nivel de ansiedad que se considera normal que favorece la actividad de la persona y por el contrario, si ese umbral o nivel se supera se deteriora el desempeño. Podría ser muy relevante analizar si el nivel de ansiedad presentado en nuestra muestra, se encuentra superando ese umbral considerado normal o no, para comprobar si los niveles de ansiedad que presentan son óptimos y beneficiaros a nivel de rendimiento para los alumnos o si por el

contrario les pudiera estar perjudicando, no solo en cuanto a la salud, ya que como hemos expuesto anteriormente, influye notablemente sobre ésta, sino también en su desempeño y rendimiento académico.

Siguiendo en esta línea si la ansiedad perjudicara en el rendimiento, esto podría hacer que aumentaran los síntomas depresivos, no sólo por la alta comorbilidad entre ambas variables, sino también por los pensamientos y valoraciones negativas acerca de pérdidas y fracasos, características típicas del trastorno depresivo (Calvete, 2005).

Para finalizar, habiéndose cumplido nuestra hipótesis y objetivos, se podría profundizar aún más en esta línea en el futuro proponiendo un estudio transversal, que reúna los distintos cursos del Grado y por tanto distintas edades, en el que se incluyan distintos momentos de medida, por ejemplo, al inicio del curso, antes del periodo de exámenes, y después de las evaluaciones para poder estudiar la relación de nuestras variables con y sin periodos de estrés académico, pudiendo observar si afectan al rendimiento, si la presión o estrés académico hace que influya aún más notablemente en la salud de los estudiantes y por tanto en su calidad de vida.

5. Bibliografía

- Agudelo, D., Buéla-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33-41.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc), 104*(20), 771-776.
- Arrivillaga Quintero, M., Cortés García, C., Goicochea Jiménez, V. L., & Lozano Ortiz, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ. psychol, 3*(1), 17-25.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., & Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y socio-familiares asociados. *Clínica y Salud, 20*(2), 177-187.
- Campo-Cabal, G. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la facultad de salud-Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 30*(4), 351-358.
- 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.
- CasaDiegos-Garzón, C. P. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia, 8*(1), 87-104.
- Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología, 21*(2), 363-392.

- Fernández Martínez, R., & Fernández Rodríguez, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, *10* (2).
- Figueras, A. D., Celis, R. R., Arroyo, L. M., & Rayo, I. G. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, *20*(2), Pág-147-172
- González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*, *25*(2), 141-145.
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Rev. latinoam. psicol*, *36*(2), 289-304.
- López, M. P. S., García, M. E. A., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, *18*(3), 584-590.
- Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z. (2003). 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*(4), 341-356.
- Miranda, C. A., Gutierrez, 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*(3), 251-260.
- Padilla, L. P., Rojo, A. P., Hernández, J., & Contreras, B. A. M. M. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Contenido/Summary*, 31.
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, *1*(3), 7-16.

- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.
- Soto, L. F. L., Torres, I. C. S., Arévalo, M. T. V., Cardona, J. A. T., Sarria, A. R., & Polanco, A. B. (2010). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*, 5(12).
- Spielberger, C. D., Brunner, T. M., Ritterband, L. M., & Reheiser, E. C. (2003). The nature and measurement of depression. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud. International journal of clinical and health psychology*, 3(2), 209-234.
- Valverde, C. V., Torres, G. H., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (5), 15-28.
- Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortíz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Vera-Villarroel, P., & Celis-Atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1017-1026.