

## Depresión y ansiedad en estudiantes que ingresan a la universidad y factores de estrés asociados

### Depression and anxiety in students who enter the university and associated stress factors

### Depressão e ansiedade em alunos que entram na universidade e fatores de estresse associados

Nora Helena Londoño Arredondo<sup>1</sup>

Liliana Catalina Calle Restrepo

Zulma Berrio Rojas

Universidad de San Buenaventura, Medellín

#### Resumen

Teniendo en cuenta el grupo de población elevado que representan los estudiantes universitarios, se reconoce la importancia de los estudios sobre salud mental realizados en esta población. El presente estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia de la depresión y la ansiedad en estudiantes que ingresan a la Universidad y establecer la relación con el estrés. Metodología: participaron 878 estudiantes (49.5% hombres y 50.5% mujeres), edad media 18.96 (DT 4.2) de tres ciudades de Colombia, entre el 2017 y el 2019, inscritos a psicología, educación, ingenierías, ciencias empresariales, arquitectura y artes integradas y derecho. Los instrumentos utilizados fueron CES-D, SCL-90 y la escala de acontecimientos estresantes. Resultados: la prevalencia de los síntomas de depresión fue del 26.8%; de angustia, 23%; de agorafobia, 7.3%. Los estresores se establecieron como factores de riesgo para la depresión ( $\chi^2 = 22.9$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 2.356, intervalo de confianza 95%, 1.651- 3.564), la angustia ( $\chi^2 = 55.246$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 5.813, intervalo de confianza 95%, 2.644- 5.498) y la agorafobia ( $\chi^2 = 55.246$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 5.813, intervalo de confianza 95%, 2.644- 5.498; hombres:  $\chi^2 = 24.176$ ;  $p = 0.00$ ). Conclusión: las cargas de estrés, tanto vital como interpersonal, tienen un peso significativo en la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios.

*Palabras clave:* depresión, ansiedad, estrés, estudiantes universitarios, detección temprana

#### Abstract

Taking into consideration the high population of university students, is recognized the relevance of research about mental health done over this population. This research aimed to identify the depression and anxiety prevalence in students who begin the university, and establishing the relationship with stress. Methodology: 878 students asked (49.5% men and 50.5% women), average age 18.96 (DT4.2) from the three Colombian cities. Study done between 2017 and 2019 to students enrolled in the carriers of psychology, education, engineers, business science, architecture, integrated arts, and law. The instruments used were CES-D, SCL-90 and measurement of stressful events. Outcomes: The prevalence of symptoms of depression, anguish, and agoraphobia were 26.8%, 23%, and 7.3% respectively. Stress was established as a risk factor for depression ( $\chi^2 = 22.9$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 2.356, 95% confidence interval, 1.651- 3.564), anguish ( $\chi^2 = 55.246$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 5.813, 95% confidence interval, 2.644- 5.498), and agoraphobia ( $\chi^2 = 55.246$ ;  $p = 0.00$ ; association value OR = 5.813, 95% confidence interval, 2.644- 5.498; men:  $\chi^2 = 24.176$ ;  $p = 0.00$ ). Conclusions: The loads of stress, both vital and interpersonal, have a significant weight in the appearance of symptoms of depression and anxiety in university students.

*Keywords:* depression, anxiety, stress, college students, early detection

#### Resumo

Levando em consideração a alta população de estudantes universitários, é reconhecida a relevância de pesquisas sobre saúde mental realizadas sobre essa população. Esta pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência de depressão e ansiedade em estudantes que ingressam na universidade e estabelecer a relação com o estresse. Metodologia: 878 estudantes solicitados (49,5% homens e 50,5% mulheres), com idade média de 18,96 anos (DT4.2) nas três cidades colombianas. Estudo realizado entre 2017 e 2019 para estudantes matriculados nas áreas de psicologia, educação,

<sup>1</sup> Endereço de contato: Carrera 56C, n. 51-110, Centro, San Benito, Medellín, Colombia. Telefone: 57+604-3006175968; E-mail: nora.londonno@gmail.com

engenharias, ciência de negócios, arquitetura, artes integradas e direito. Os instrumentos utilizados foram CES-D, SCL-90 e mensuração de eventos estressantes. Resultados: A prevalência de sintomas de depressão, angústia e agorafobia foi de 26,8%, 23% e 7,3%, respectivamente. O estresse foi estabelecido como fator de risco para depressão ( $\chi^2 = 22,9$ ;  $p = 0,00$ ; OR = 2.356, intervalo de confiança de 95%, 1.651- 3.564), angústia ( $\chi^2 = 55.246$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 5.813, 95% de intervalo de confiança, 2.644- 5.498) e agorafobia ( $\chi^2 = 55.246$ ;  $p = 0.00$ ; OR = 5.813, intervalo de confiança de 95%, 2.644- 5.498; homens:  $\chi^2 = 24.176$ ;  $p = 0,00$ ). Conclusões: As cargas de estresse, tanto vitais quanto interpessoais, têm um peso significativo no aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade em estudantes universitários.

*Palavras-chave:* depressão, ansiedade, estresse, estudantes universitários, detecção precoce

## Introducción

El número de estudiantes universitarios para el 2018, de acuerdo con el reporte del Ministerio de Educación Nacional en Colombia, fue de 44,756 estudiantes; 22,713 (50.8%) hombres y 22,043 (49.3%) mujeres (Ministerio de Educación, 2019). La detección temprana de problemas en salud mental en estudiantes que ingresan a la universidad se constituye en una oportunidad para hacer una atención oportuna y activar los protocolos de intervención en los servicios de Bienestar institucional. El presente artículo ilustra el procedimiento en el transcurso de dos años para lograr la detección temprana de síntomas de depresión y ansiedad, la prevalencia y la identificación de los estresores asociados (sucesos vitales y eventos menores) en estudiantes universitarios de Colombia.

Los sucesos vitales alteran las actividades sociales del individuo causando cambios y reajustes sustanciales en la vida. También los eventos menores generan ajustes en la medida que suelen ser más frecuentes y próximos temporalmente al individuo, como por ejemplo pequeñas disputas familiares, demandas sociales estresantes, desaprobaciones sociales, y para los adolescentes disputas con la autoridad como los profesores (Calvete & Connor-Smith, 2006). La tolerancia al estrés puede variar de unos individuos a otros y de unas condiciones a otras. Por encima de los niveles tolerados, el estrés se vuelve agudo y aparecen los daños fisiológicos y/o psicológicos que no siempre son fáciles de detectar (Belloch, 2008). Como reacciones emocionales, se presentan síntomas de depresión y ansiedad y afecto negativo relacionado con agresividad, hostilidad y pérdida de control de impulsos (Thompson-Hollands, Carl, Gallagher, & Barlow, 2012).

El trastorno depresivo se describe como un trastorno con la presencia de un ánimo triste, vacío e irritable, acompañado de síntomas somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013). El trastorno de depresión mayor se manifiesta con un estado de ánimo deprimido, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades y además síntomas psicofisiológicos como pérdida importante o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, y síntomas cognitivos como sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, y pensamientos de muerte recurrente. La prevalencia es del 7%, con notables diferencia entre los grupos de edad; entre 18 y 29 años es tres veces mayor que en los pacientes de 60 años o mayores, y en las mujeres 1.5-3 veces mayores que la de los hombres. En relación con el desarrollo y curso del trastorno, las cronicidades de los síntomas depresivos aumentan sustancialmente la probabilidad de

que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias. El riesgo de recurrencia se vuelve mayor en pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en las personas jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios (APA, 2013).

En relación con los factores de riesgo y pronósticos, Palacio (2018) hace referencia a los siguientes factores: a) la afectividad negativa: es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes; b) acontecimientos adversos en la infancia: en especial pérdidas, abandonos, negligencia; c) la heredabilidad: se considera que se hereda el umbral de susceptibilidad, modulada por un gran número de factores ambientales (Hernández, Marañón & Mato (2020); y d) el desarrollo en el contexto de otros trastornos como el consumo de sustancias, la ansiedad, el trastorno límite de la personalidad, enfermedades medicas crónicas o incapacitantes, como la diabetes, la obesidad mórbida, la patología cardiovascular. La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor, incrementando el riesgo ante intensos sentimientos de desesperanza y el rasgo de impulsividad que se reporta en el trastorno de personalidad limite y antisocial (Palacio, 2018).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de ansiedad, preocupación, miedo o temor excesivos, tensión o activación, que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (First, 2004). Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objeto o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y la cognición asociada. Las personas con trastorno de ansiedad suelen sobreestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan. Pueden sentirse asustados o ansiosos ante las separaciones por aquellas personas por las que sienten apego (ansiedad por separación); presentar miedo hacia situaciones u objetos precisos y los evitan (fobia específica); sentir miedo o ansiedad ante las interacciones sociales, la posibilidad de ser examinado, asociado con ideas de ser evaluado negativo por los demás, de sentirse avergonzado, humillado o rechazado (fobia o ansiedad social); experimentar crisis de pánico, caracterizado por la situación súbita de síntomas de miedo o malestar intenso que alcanza su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos (trastornos por angustia); sentirse temerosos ante situaciones donde pueda presentarse síntomas similares a la crisis de pánico como ante el transporte público, espacios abiertos, lugares cerrados, hacer fila o estar en una multitud etc. (agorafobia); o experimentar una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos como el trabajo y el rendimiento escolar (ansiedad generalizada). Varios factores contribuyen al desarrollo y manteamiento de estos trastornos, tales como factores genéticos (ceranos al 40%), neurobiológicos (hipersensibilidad en los quimio-receptores) y psicosociales (errónea interpretación catastrófica de sensaciones corporales) (APA, 2013).

Frente a los estudios de salud mental, la revisión sistemática realizada por Leselott, Matthew y Tait (2006) en estudiantes de medicina, identificó 40 artículos entre enero de 1980 y mayo del 2005 sobre temas relacionados con depresión, ansiedad, agotamiento y problemas relacionados con la salud mental que cumplieran los criterios de los autores. El método de estudio más utilizado fue cross-sectional, intentando identificar prevalencia, asociación, características demográficas, rasgos de personalidad, rendimiento académico y estrés. Algunos estudios longitudinales identificaron factores que influían en el estrés de los

estudiantes a través del tiempo de permanencia. Los instrumentos más utilizados fueron el inventario de depresión de Beck (BDI), y el del centro de estudios epidemiológicos para la depresión (CES-D), la escala de síntomas (SCL-90), la escala de síntomas de Hopkins (HSCL), y la de Zung (SDS), la escala de ansiedad (STAI). Los estudios sugieren una alta prevalencia de depresión y ansiedad entre los estudiantes de medicina, con niveles de sufrimiento psicológico general más altos que la población general y los compañeros de la misma edad en los últimos años de entrenamiento. En general, los estudios sugieren que la angustia psicológica puede ser mayor entre las mujeres.

Algunos estudios evidencian la importancia de explorar el estado de salud mental en estudiantes universitarios, considerándolos elementos de salud pública. Los trastornos de ansiedad suelen ser los diagnósticos más usados en la atención primaria en contextos educativos (9.7%), seguidos por la depresión (4.9%) (García-Pedrajas, Marsó, Perez, Ochoa, & Ventura, 2018). En otros estudios, los trastornos de mayor prevalencia fueron los trastornos adaptativos (23%), afectivos (20%) y de ansiedad generalizada (15.4%) (Martín, Garriga, Egea, Díaz, Campillo, & Espinosa, 2018). El rendimiento académico hacia las matemáticas ha sido relacionado con la ansiedad de manera negativa ( $B = -.009$ ;  $Beta = -.135$ ;  $T = -4.15$ ;  $p = .000$ ) entre otras variables como la autoeficacia, la aptitud y el rendimiento (Recber, Isiksal, & Koç, 2018).

En el estudio realizado por Eisenberg, Gollust, Golberstein y Hefnef (2007), en una muestra de 1,181 estudiantes universitarios y 166 egresados, el 15.6% de los estudiantes y el 13% de los egresados presentaron al menos uno de los trastornos de depresión o ansiedad, siendo más elevado en las mujeres (16.6%) que en los hombres (14.6%). Específicamente en los estudiantes, la depresión mayor se reportó un 5.2%, otro tipo de depresión 8.6%, ideación suicida 2.5%, trastornos de pánico 1.8%, trastorno de ansiedad generalizada 2.9%. El 44.3% de los estudiantes plantearon que el estado mental les afectó el rendimiento académico en las últimas cuatro semanas, y los estudiantes que informaron dificultades financieras estaban en mayor riesgo de problemas de salud mental (Odds ratios 1.6-9.0).

El estrés en los jóvenes no solamente se presenta frente a la carga académica, el tiempo con el que cuentan para realizar las actividades y los recursos disponibles de información, competencias y apoyos profesionales y de compañeros. También los factores de tipo familiar suelen presentarse por los conflictos característicos de la edad, dado que la calidad de las relaciones afectivas con sus padres, en especial con las madres. Los padres que critican y rechazan a sus hijos adolescentes tienen mayores conflictos con ellos (15-17 años:  $r = .56$ ) (Fuentes, Motrico & Bersabé, 2003).

Se evidencian mayor sintomatología en las mujeres en especial por los efectos de las asimetrías de género y la repercusión en la salud física y mental, en cuanto a las responsabilidades que se duplican en casa y estudio, y las expectativas a querer ser "atractivas" y "buenas estudiantes y profesionales" y en ocasiones las demandas de la maternidad, los sentimientos de culpabilidad ante las dificultades para responder a las demandas en la familia en especial cuando hay hijos y las actividades sociales, referido como conflicto de rol. Los síntomas depresivos y de ansiedad tiene una mayor presencia en las mujeres, y los síntomas de consumo de sustancias, trastornos de personalidad antisocial, paranoide, esquizotípico, narcisista y obsesivo-compulsivo son más frecuentes en hombres (Martínez, 2003).

En un estudio realizado con 1,617 estudiantes universitarios turcos, además de examinar la depresión y la ansiedad evaluaron el estrés. Para la depresión mayor reportaron medidas psicométricas de media 10.03 (DE 6.88), ansiedad: media 9.83 (DE 5.94) y estrés: media 14.92 (DE 6.71). En relación con la severidad, para la depresión: moderado 19%, severo 6.1% y extremadamente severo 2%; para la ansiedad: moderado 26.6%, severo 14.5% y extremadamente severo 6.3%; y para el estrés: moderado 20.1%, severo 6.1% y extremadamente severo 0.8%. Con relación a las diferencias entre género, las mujeres tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres en ansiedad y estrés (Bayram & Bilgel, 2008).

De manera similar, se analizó el nivel de correlación entre la depresión, la ansiedad y el estrés a través de un estudio cross-sectional con 506 estudiantes entre los 18 y los 24 años, en Malacia y China. Los análisis reportaron un nivel moderado de depresión en el 27% de los estudiantes, y el 9.7% con depresión severa o extrema; el 34% con ansiedad moderada y el 29% con ansiedad severa o extrema. Se identificaron correlaciones significativas entre la depresión, la ansiedad y el estrés con la edad, siendo mayor la correlación en el grupo de mayor edad. No existió diferencias significativas con relación al género (Shamsuddin et al., 2013). Por otro lado, en 374 estudiantes universitarios, se analizó la relación entre depresión y ansiedad. Los resultados reportaron un 11% de síntomas de estrés severo o extremadamente severo, 15% de ansiedad severa o extremadamente severa y 11% de depresión severa o extremadamente severa. Los resultados también indicaron que las diez principales fuentes de preocupación fueron: rendimiento académico, presión frente al éxito, planes posteriores a la graduación, preocupaciones financieras, calidad del sueño, relación con amigos, relación con la familia, salud general, imagen corporal y autoestima. Demográficamente, los estudiantes más estresados, ansiosos y deprimidos fueron los de transferencias, estudiantes de último año y aquellos que vivían fuera del campus (Beiter et al., 2015).

En un estudio realizado con 400 estudiantes universitarios en Francia en su primer año, se encontraron tasas de prevalencia de niveles moderados a extremadamente severos de depresión y ansiedad de 69.5% y 61%, respectivamente, sin diferencias de género significativas. Los principales factores de riesgo de depresión fueron la calidad del sueño insatisfactoria y la falta de ejercicio físico y el principal factor de riesgo de ansiedad fue el uso excesivo de Internet (Islam et al., 2020).

Estudios recientes exploran el impacto de la pandemia del COVID 19 en los estudiantes universitarios. Algunos resultados muestran que el 82.4% de estudiantes manifestaron síntomas depresivos de leves a severos, y 389 (87.7%) estudiantes tenían síntomas de ansiedad de leves a severos (Islam, Barna, Raihan, Khan, & Hossain, 2020). Similares resultados se encontraron en el estudio con estudiantes universitarios en Francia, donde dos tercios de los estudiantes informaron un aumento de la ansiedad durante el confinamiento. Las personas que no se mudaron se vieron particularmente afectadas por un mayor estrés y las estrategias de confinamiento pudieron tener un impacto importante en la salud mental. Las estrategias de confinamiento pueden exacerbar las desigualdades sociales (Husky, Kovess-Masfety & Swendsen, 2020).

Teniendo en cuenta la importancia de la salud mental en los estudiantes universitarios para favorecer las experiencias interpersonales y académicas, la Universidad ha estructurado un

programa de prevención en salud mental cuyo principal logro ha sido la detección temprana de síntomas de depresión y ansiedad, y los estresores como factores de riesgo. Para este artículo, los objetivos del estudio se centraron en identificar estudiantes que ingresan a la Universidad con indicadores significativos de depresión, ansiedad y estrés, estableciendo la relación entre las variables.

### Metodología

Estudio descriptivo-correlacional de corte transversal. El universo objeto de estudio fueron los estudiantes que ingresan a las universidades de Colombia. Participaron 878 estudiantes universitarios (49.5% hombres y 50.5% mujeres), en tres ciudades de Colombia: Medellín (57.2%), Armenia (8.5%) e Ibagué (2.1%), entre los períodos de inscripción a la universidad: enero del 2017 (28.9%), julio del 2017 (18.7%), enero del 2018 (21.2%), julio del 2018 (14.1%) y enero del 2019 (17.1%), en diferentes programas académicos (Tabla 1).

Tabla 1

*Distribución de la muestra en cuanto a sexo y programa en 878 estudiantes*

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	435	49.5
	Mujer	443	50.5
Ciudad	Medellín	502	57.2
	Armenia	75	8.5
	Ibagué	18	2.1
Período	01 2017	254	28.9
	02 2017	164	18.7
	01 2018	186	21.2
	02 2018	124	14.1
	01 2019	150	17.1
Programas	Psicología	125	17
	Educación	129	18
	Ingenierías	99	14
	Ciencias empresariales	75	10
	Arquitectura y artes integradas	119	16
	Derecho	26	4

### Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff y Locke, 1986): evalúa síntomas de depresión a través de 20 ítems, dentro de los cuales cuatro se formulan de manera invertida (ítems 2, 7, 12, y 16). Las opciones de respuesta son tipo Likert, en función de la frecuencia en que los síntomas se han experimentado en el último mes: 0 (raramente o nunca) a 3 (la mayor parte del tiempo). El tiempo de aplicación es de aproximadamente de 5 minutos. La puntuación total oscila entre 0 y 60, y se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems previa inversión de los ítems invertidos ya nombrados. Puntuaciones altas indican mayor gravedad de la sintomatología depresiva, y a partir de 16 se considera significativo para el trastorno depresivo (González, Stewart, Ritter y Loring, 1995; Loeinf, Locke y Putman,

1986; Radloff & Locke, 1986). Para Colombia, se sugieren puntos de corte de 20 para tamizaje y 30 para diagnóstico de depresión. La escala reporta niveles elevados de confiabilidad, con Alfa de Crombach alrededor de .85 para población en general, y .90 para población clínica; fiabilidad test-retest: 0.51-0.67; fiabilidad dos mitades: 0.77-0.92 (Camacho et al., 2009).

Cuestionario de 90 Síntomas Revisado: Symptom Check List 90 (SCL-90R; Derogatis, 2002): se evaluaron las subescalas de angustia y ansiedad fóbica (agorafobia). Las opciones de respuesta de la escala es tipo Likert de 0 a 4, de acuerdo con la gravedad de los síntomas en las últimas semanas; 0= si no ha tenido esa molestia en absoluto, 1= si la ha tenido un poco presente, 2= si la ha tenido moderadamente, 3= si la ha tenido bastante, y 4= si la ha tenido mucho o extremadamente. Los síntomas de angustia se exploran entre las preguntas de 1 a 10, y las de agorafobia de la 11 a la 17. Los resultados pueden presentarse de manera directa o promediándolos de acuerdo con el número de respuestas para identificar los niveles de severidad. En el estudio realizado por Londoño (2011), la escala de síntomas de angustia reportó una validez de Alfa de Cronbach de .898, y para la escala de agorafobia de .898.

La escala de Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004): evalúa en los primeros 11 ítems Acontecimientos vitales y del 12 al 21, el Estrés social. Los participantes deben indicar si los acontecimientos han sucedido en sus vidas recientemente (en los últimos seis meses). En caso afirmativo deben además evaluar en qué medida fueron estresantes o problemáticos, empleando una escala que va desde nada estresante (0) hasta muy estresante (3). Para la sumatoria, los puntajes se transformaron de la siguiente manera: los datos perdidos representan los eventos que no se han experimentado, y se les asignó un valor de cero. El puntaje valorado por cero en percepción pero que se había experimentado, se transformó a un valor de 1, y así el 1 se transformó en 2, el 2 en 3 y el 3 en 4. En el estudio realizado por Londoño (2011), se identificó un Alfa de .78 para la escala de acontecimientos vitales, Alfa .87 para acontecimientos interpersonales, y Alfa .81 para el cuestionario integrado.

## Procedimiento

Para lograr la detección temprana de estudiantes con factores de riesgo, los aspirantes debían responder los cuestionarios antes de generar el formulario de las matrículas, garantizando el 100% de los matriculados. El tiempo estimado fue de 30 minutos. Específicamente, para la detección temprana de los trastornos, se identificaron valores atípicos o valores extremos para depresión, ansiedad, y estrés, a través del programa SPSS 25, procedimiento descriptivo del diagrama de caja. También se realizaron los análisis descriptivos de frecuencia para establecer la prevalencia, y la media, mediana, desviación típica y varianza para los análisis comparativos. Para establecer el nivel de asociación se hicieron cálculos de Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), y además se estimó el valor de Chi-cuadrado y su respectiva significancia estadística (valor  $p$ ). Se realizaron análisis de regresión para identificar los modelos para cada los trastornos.

## Resultados

### Análisis descriptivos y detección temprana

De acuerdo con los valores  $p$ , los datos analizados no siguieron una distribución normal de acuerdo con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S) (valor  $p=.000$  para

todas las escalas). Para la escala CES-D de depresión se obtuvo un valor de K-S ,094, curtosis 1.149, y asimetría .842. Para la escala de SCL-90 de angustia y agorafobia, los valores K-S .142 y .232 respectivamente, curtosis 2.719 y 6.751 respectivamente, y asimetría 1.485 y 2.344 respectivamente. Para la escala de estrés vital e interpersonal, los valores K-S fueron .058 y .073 respectivamente, curtosis .708 y .035 respectivamente y asimetría .316 y .202 respectivamente.

En relación con la prevalencia de síntomas y estresores, se consideró como punto de corte el percentil 75; puntuaciones superiores se establecieron significativas; para depresión: 20 o más; angustia: 11 o más; agorafobia: 4 o más; estrés vital 20 o más y estrés interpersonal 19 o más (Tabla 2).

Tabla 2

*Distribución de los percentiles de las variables de análisis en 878 estudiantes que ingresan a la Universidad*

		Depresión	Angustia	Agorafobia	Estrés vital	Estrés interpersonal	Estrés total
<b>N</b>	<b>Válido</b>	899	920	919	770	770	770
Media		15.38	7.19	2.50	14.43	13.33	27.76
Mediana		14.00	6.00	1.00	14.00	13.00	27.00
Desv. Desviación		7.237	6.284	3.335	7.291	7.089	13.405
Percentiles	10	7.00	1.00	.00	4.00	3.10	9.10
	15	8.29	1.00	.00	6.00	6.00	14.00
	20	9.63	2.00	.00	9.00	8.00	17.00
	25	10.29	3.00	.00	10.00	10.00	21.00
	30	11.00	3.00	.00	11.00	10.00	22.00
	35	12.00	4.00	1.00	12.00	11.00	23.00
	40	13.00	4.00	1.00	13.00	12.00	25.00
	45	14.00	5.00	1.00	13.95	12.00	26.00
	50	14.00	6.00	1.00	14.00	13.00	27.00
	55	15.00	6.00	2.00	15.00	14.00	29.00
	60	16.00	7.00	2.00	16.00	14.60	30.00
	65	17.00	8.00	2.00	17.00	16.00	32.00
	70	18.00	9.00	3.00	18.00	17.00	34.00
	75	19.00	10.00	3.00	19.00	18.00	36.00
80	21.00	12.00	4.00	20.00	19.00	38.80	
85	22.29	13.00	5.00	21.35	21.00	41.00	
90	25.00	15.90	7.00	23.00	22.00	44.00	
95	29.00	19.95	9.00	27.00	26.00	50.00	

La prevalencia de los síntomas fue: depresión 26.8%, angustia 23%, agorafobia 7.3% y para los estresores la prevalencia fue de 17.5% para los estresores vitales y 18.4% para los estresores interpersonales.

Para la detección temprana de individuos con puntuaciones atípicas, se utilizó el diagrama de caja que identifica puntuaciones extremas. De esta manera, se detectaron 8 hombres y 11 mujeres con síntomas significativos para la depresión, 13 hombres y 13 mujeres para los síntomas de angustia y 18 hombres y 12 mujeres para los síntomas de agorafobia. Las detecciones de las puntuaciones en acontecimientos vitales se identificaron en 6 hombres



y 6 mujeres y para los estresores interpersonales, se detectaron 4 hombres y 5 mujeres (Tabla 3).

Tabla 3

*Prevalencia de los trastornos mentales en estudiantes universitarios*

Trastorno mental	Frecuencia	Porcentaje	Detección temprana en hombres	Detección temprana en mujeres
Depresión	235	26.8	8	11
Angustia	202	23.0	13	13
Agorafobia	64	7.3	18	12
Estresores vitales	162	17.5	6	6
Estresores interpersonales	171	18.4	4	5

Los estresores que se reportaron con mayores niveles en la población de estudio (mediana 2.0) fueron: estresor 1: “Problemas o cambios en tu situación económica”, estresor 8: “Algo malo sucede a alguien que te preocupa”; estresor 11: “Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos”; y estresor 17 “Problemas o discusiones con los miembros de la familia”.

### Análisis comparativo con relación al sexo

Al realizar el análisis comparativo entre las variables clínicas con relación al sexo, no se presentaron diferencias significativas, y si bien para la depresión se reportaron diferencias significativas, la magnitud del efecto fue pequeño por lo que no se consideró representativo (hombres: media 14.75, DE 6.96; mujeres: media 16.00, DE 7,33;  $p=0.006$ ,  $d=-0.20$ ) (Tabla 4).

Tabla 4

*Análisis comparativo de las variables con relación al sexo*

	Hombres		Mujeres		Total		U de Mann-Wh	D
	Mediana	Varianza	Mediana	Varianza	Mediana	Varianza		
Depresión	14.00	48.764	15.00	55.078	14.00	52.369	90311.500	-0.17
Angustia	5.00	33.734	6.00	44.933	6.00	39.490	101596.500	-0.11
Agorafobia	1.00	9.818	1.00	12.342	1.00	11.122	99268.000	-0.09
Estrés vital	14.00	52.625	15.00	53.286	14.00	53.155	68203.500	-0.14
Estrés interpersonal	13.00	49.070	13.00	51.581	13.00	50.256	73275.000	-0.02

$d$ = Tamaño del efecto

Se reportaron diferencias con relación al sexo en los siguientes estresores: estresor 3: “Experimentar problemas de salud” (puntuaciones mayores en las mujeres; U-MW = 95452,000,  $p=.040$ ;  $d=.28$ ; hombres  $\bar{x} = 1.32$ ; mujeres  $\bar{x} = 1.47$ ); estresor 8: “Algo malo sucede a alguien que te preocupa” (puntuaciones mayores en mujeres; U-MW = 92286,000,  $p=.04$ ;  $d=.30$ ; hombres  $\bar{x} = 1,51$ ; mujeres  $\bar{x} = 1,73$ ); estresor 14: “Te gusta alguien a quien no gustas” puntuaciones mayores en hombres; U-MW = 89129,000,  $p=.001$ ;  $d=.26$ ; hombres  $\bar{x} = 1,23$ ; mujeres  $\bar{x} = 1,00$ ) (Tabla 5).

Tabla 5

*Estresores en estudiantes universitarios y comparativos con relación al sexo*

		Mediana	Varianza	U de Mann-Whitney	Sig.	Hombres	Mujeres	d
1	Problemas o cambios en tu situación económica	2.00	1.407	97190.000	.079	1.66	1.81	0.31
2	Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	1.00	1.337	101926.000	.814	1.56	1.56	0.29
3	Experimentar problemas de salud	1.00	1.216	95452.000	.040	1.32	1.47	0.28
4	Cambios en cuanto a las responsabilidades en casa	1.00	1.098	97524.500	.081	1.48	1.37	0.26
5	Muerte de un familiar cercano o amigo/a	1.00	1.535	98033.000	.493	1.16	1.22	0.31
6	Separación o divorcio de los padres.	1.00	.977	94571.500	.093	.78	.88	0.25
7	Problemas o cambios laborales	1.00	.940	96438.000	.187	.85	.94	0.25
8	Algo malo sucede a alguien que te preocupa	2.00	1.498	92286.000	.004	1.51	1.73	0.30
9	Cambio de residencia o vecindario	1.00	1.052	99574.500	.604	.95	.97	0.26
10	Ser víctima de un delito	1.00	.976	99142.000	.782	.82	.79	0.23
11	Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos	2.00	1.589	96640.000	.086	1.59	1.75	0.32
12	Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	1.00	1.757	97567.000	.152	1.36	1.51	0.07
13	Discusiones o problemas con un amigo/a	1.00	1.424	95461.500	.052	1.32	1.49	0.08
14	Te gusta alguien a quien no gustas	1.00	1.170	89129.000	.001	1.23	1.00	0.26
15	Romper o ser rechazado por tu novio/a	1.00	1.182	96229.500	.194	1.17	1.06	0.26
16	Contratiempos, discusiones o conflictos con otros estudiantes	1.00	.943	97907.500	.716	1.01	.99	0.24
17	Problemas o discusiones con los miembros de la familia	2.00	1.521	95205.000	.069	1.75	1.90	0.32
18	Discusiones o problemas con tu pareja	1.00	1.650	100452.000	.974	1.33	1.39	0.08
19	Juntarte con nueva gente	1.00	1.180	96600.500	.255	1.54	1.43	0.26
20	Incomprensión por parte de los adultos	1.00	1.321	95073.000	.127	1.41	1.51	0.29
21	Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo	1.00	.952	100308.000	.751	1.13	1.12	0.25

d: tamaño del efecto

### Relación entre las variables

La correlación de Spearman identificó correlaciones significativas entre las variables, siendo la más representativa entre los estresores (0.738\*\*), en segundo lugar, entre los síntomas de angustia y la agorafobia (0.593\*\*), y en tercer lugar entre la depresión con los síntomas de angustia (0.480). Las correlaciones entre el estrés vital y la depresión y la agorafobia también fueron representativas (0.294\*\* y 0.277\*\* respectivamente) (Tabla 6).

Tabla 6

*Correlación de Spearman entre las variables de análisis*

	Depresión	Angustia	Agorafobia	Estrés vital
Angustia	.455**			
Agorafobia	.372**	.532**		
Estrés vital	.331**	.276**	.230**	
Estrés interpersonal	.323**	.309**	.250**	.718**

\*\* correlación significativa en el nivel 0.001.

### Los estresores como factores asociados a la depresión y a la ansiedad

Al establecer el riesgo del estrés con la depresión, se identificó un 39% de estudiantes que desarrollaron depresión ante el estrés total (38% en hombres y 40% en mujeres), siendo dicha relación significativa (chi cuadrado 22.9;  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR= 2.356, intervalo de confianza 95%: 1.651- 3.564; hombre: chi cuadrado 13.714;  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR= 2.590, intervalo de confianza 95%: 1.550 - 4.328; mujeres: chi cuadrado 9.485,  $p = 0.001$ , valor de asociación OR=2.157, intervalo de confianza 95%, 1.315- 3.539). Al analizar específicamente el estrés vital, se identificó un 37% de personas (31.7% en hombres y 42.4% en mujeres), siendo la relación significativa (chi cuadrado 13.3,  $p = 0.00$ , valor de asociación OR= 1.987, intervalo de confianza 95%: 1.369 - 2.883; hombres: chi cuadrado 3.662,  $p = 0.019$ , valor de asociación OR= 1.690, intervalo de confianza 95%, 0.984- 2.904; en mujeres: chi cuadrado 9.485,  $p = 0.001$ , valor de asociación OR = 2.321, intervalo de confianza 95%, 1.384- 3.895). Y al establecer el riesgo del estrés interpersonal, se identificó un 40% (igual para hombres y mujeres) (chi cuadrado 24.7,  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR=2.478, intervalo de confianza 95%: 1.722- 3.566; hombres: chi cuadrado 18.917;  $p = 0.000$ ; valor de asociación OR= 3.038, intervalo de confianza 95%, 1.818- 5.078; en mujeres: chi cuadrado 7.665,  $p = 0.003$ ; valor de asociación OR = 2.071, intervalo de confianza 95%, 1.229- 3.487).

Con los trastornos por angustia, al establecer el riesgo del estrés total se identificó un 43% de estudiantes que desarrollaron el trastorno (38% en hombres y 46% en mujeres), mostrándose dicha variable como significativa (chi cuadrado 55.246;  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR=5.813, intervalo de confianza 95%, 2.644 - 5.498; hombres: chi cuadrado 24.176;  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR= 3.613, intervalo de confianza 95%, 2.125- 6.142; mujeres: chi cuadrado 30.998,  $p = 0.000$ ; valor de asociación OR= 4.013, intervalo de confianza 95%, 2.416 - 6.667). El estrés vital se identificó en un 40% ( igual para hombres como mujeres), e identificándose esa variable como significativa (chi cuadrado 38.118;  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR= 3.174, intervalo de confianza 95%, 2.175- 4.630; hombres: chi cuadrado 26.259;  $p = 0.000$ , valor de asociación OR= 3.906, intervalo de confianza 95%, 2.269 - 6.723; mujeres: chi cuadrado 13.464,  $p = 0.000$ , valor de asociación OR= 2.634, intervalo de confianza 95%, 1.553- 4.467). El estrés interpersonal se identificó un 43% de estudiantes (42.4% en hombres y 43% en mujeres), identificándose esta variable como significativa (chi cuadrado 53.380;  $p = 0.00$ ; valor de asociación OR=3.808, intervalo de confianza 95%, 2.624- 5.523; hombres: chi cuadrado 37.298;  $p = 0.008$ ; valor de asociación OR= 4.849, intervalo de confianza 95%, 2.845 - 8.266; mujeres: chi cuadrado 18.894,  $p = 0.002$ ; valor de asociación OR= 3.125, intervalo de confianza 95%, 1.842- 5.300).

Y para la agorafobia, al establecer el riesgo del estrés total se identificó un 17.7% de estudiantes que la desarrollaron (16% en hombres y 19% en mujeres), mostrándose dicha variable como significativa (chi cuadrado 45.117;  $p=0.00$ ; valor de asociación OR= 6.082, intervalo de confianza 95%, 3.394- 10.901; hombres: chi cuadrado 17.789;  $p =0.00$ ; valor de asociación OR= 5.047, intervalo de confianza 95%, 2.228- 11.434; mujeres: chi cuadrado 27.703,  $p =0.000$ ;valor de asociación OR= 7.342, intervalo de confianza 95%, 3.172- 16.996). Al establecer el riesgo del estrés vital se identificó un 17% (16% en hombres y 20% en mujeres), mostrándose esa variable como significativa (chi cuadrado 38.860;  $p =0.00$ ; valor de asociación OR= 5.306, intervalo de confianza 95%, 2.992- 9.407; hombres: chi cuadrado 13.931;  $p =0.001$ ; valor de asociación OR= 4.246, intervalo de confianza 95%, 1.885- 9.567; mujeres: chi cuadrado 25.764,  $p =0.000$ ; valor de asociación OR= 6.614, intervalo de confianza 95%, 2.930- 14.926). Y con el estrés interpersonal se identificó un 17% (15% en hombres y 20% en mujeres), mostrándose esta variable como significativa (chi cuadrado 38.978;  $p =0.00$ ; valor de asociación OR= 5.328, intervalo de confianza 95%, 3.003- 9.456; hombres: chi cuadrado 13.990;  $p =0.001$ ; valor de asociación OR= 4.248, intervalo de confianza 95%, 1.888 - 9.556; en mujeres: chi cuadrado 26.360,  $p =0.000$ ;valor de asociación OR= 6.742, intervalo de confianza 95%, 2.986- 15.223) (Tabla 7).

Tabla 7

*El estrés como factor de riesgo para la depresión y la ansiedad*

Variable	Total				Hombres				Mujeres						
	%	OR	Intervalo de confianza	p	%	OR	Intervalo de confianza	p	%	OR	Intervalo de confianza	p			
Depresión															
Estrés vital	37	1.987	1.369	2.883	0.00	31.7	1.690	0.984	2.904	0.019	42.5	2.321	1.384	3.895	0.001
Interpersonal	40	2.478	1.722	3.566	0.00	40	3.038	1.818	5.078	0.000	40	2.071	1.229	3.487	0.003
Estrés total	39	2.356	1.651	3.564	0.00	38	2.590	1.550	4.328	0.00	40	2.157	1.315	3.539	0.001
Angustia															
Estrés vital	40	3.174	2.175	4.630	0.00	40	3.906	2.269	6.723	0.000	40	2.634	1.553	4.467	0.000
Interpersonal	43	3.808	2.624	5.523	0.00	42.4	4.849	2.845	8.266	0.008	43	3.125	1.842	5.300	0.002
Estrés total	43	5.813	2.644	5.498	0.00	38	3.613	2.125	6.142	0.000	46	4.013	2.416	6.667	0.000
Agorafobia															
Estrés vital	17	5.306	2.992	9.407	0.00	16	4.246	1.885	9.567	0.001	20	6.614	2.930	14.926	0.000
Interpersonal	17	5.328	3.003	9.456	0.00	15	4.248	1.888	9.556	0.001	20	6.742	2.986	15.223	0.000
Estrés total	17.7	6.082	3.394	10.901	0.00	16	5.047	2.228	11.434	0.00	19	7.342	3.172	16.996	0.000

Al analizar los estresores que más nivel de asociación tenían con cada uno de los trastornos, la regresión lineal identificó para la depresión un modelo con 8 factores: R cuadrada = 164; Durbin-Watson de .870, F 20.765,  $p = .000$ : estresor 20 ( $\beta=.121$ ), estresor 2 ( $\beta=.114$ ), estresor 8 ( $\beta=.99$ ), estresor 21 ( $\beta=.141$ ), estresor 12 ( $\beta=.103$ ), estresor 10 ( $\beta=-.090$ ), estresor 19 ( $\beta=-.088$ ), y estresor 17 ( $\beta=.077$ ).

Para la angustia, un modelo con 6 factores: R cuadrado = .139; Durbin-Watson de .824, F 23.298,  $p = .000$ : estresor 21 ( $\beta=.154$ ), estresor 12 ( $\beta=.122$ ), estresor 2 ( $\beta=.102$ ), estresor 3 ( $\beta=.097$ ), estresor 20 ( $\beta=.087$ ), estresor 10 ( $\beta=-.078$ ).

Y para la agorafobia, un modelo con 6 factores R cuadrado .133; Durbin-Watson de .968, F 22.117,  $p = .000$ : estresor 21 ( $\beta = .185$ ), estresor 20 ( $\beta = .134$ ), estresor 3 ( $\beta = .089$ ), estresor 5 ( $\beta = .082$ ), estresor 15 ( $\beta = -.098$ ), estresor 13 ( $\beta = .082$ ).

Con lo anterior, los ítems 20 y 21 se incluyen tanto en la depresión, la angustia y la agorafobia, el ítem 3 se incluye en los síntomas de ansiedad (angustia y agorafobia), y los ítems 2, 10 y 12 se incluyen en los síntomas de depresión y ansiedad. En este sentido, son discriminativos exclusivamente de depresión los estresores 8, 19 y 17; y para agorafobia los estresores 5, 15 y 13. Los estresores para la angustia se compartieron bien para la depresión o para la angustia (Tabla 8).

Tabla 8

*Estresores con indicación de riesgo para los trastornos de depresión y ansiedad*

Estresor	Depresión	Angustia	Agorafobia
2. Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	X	X	
3. Experimentar problemas de salud		X	X
5. Muerte de un familiar cercano o amigo/a			X
8. Algo malo sucede a alguien que te preocupa	X		
10. Ser víctima de un delito	X	X	
12. Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	X	X	
13. Discusiones o problemas con un amigo/a			X
15. Romper o ser rechazado por tu novio/a			X
17. Problemas o discusiones con los miembros de la familia	X		
19. Juntarte con nueva gente	X		
20. Incomprensión por parte de los adultos	X	X	X
21. Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo	X	X	X

## Discusión

El propósito de la presente investigación fue identificar el estado de salud mental de los estudiantes que ingresan a programas de formación universitaria y establecer el grado de relación con los estresores. A través del estudio se evidenció una prevalencia alta, alrededor de una cuarta parte de la población, tanto para síntomas de depresión como para angustia (26.8% y 23% respectivamente) y no tantos para síntomas de agorafobia (ansiedad aguda) (7.3%). Altas prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios también han sido reportadas en otras investigaciones (Eisenberg et al., 2007; Fuentes et al., 2003; García-Pedrajas et al., 2018; Leselott et al., 2006; Recher et al., 2018). Los altos niveles parecen confirmar la noción de que los estudiantes universitarios de primer año son un grupo vulnerable a las enfermedades mentales (Bayram & Bilgel, 2008; García-Pedrajas et al., 2018; Islam et al., 2020b; Martín et al., 2018).

Factores de estrés se asocian con la aparición de estos síntomas, en especial estresores vitales e interpersonales (Palacio, 2018). En la presente investigación, se evidenció que tanto el estrés vital como interpersonal se constituyen en factores de riesgo para la depresión y

la ansiedad en hombres y mujeres. Esta asociación es dada por mecanismos cognitivos y fisiológicos que se presentan ante el estrés y alteran el estado emocional (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Thompson-Hollands, Carl, Gallagher & Barlow, 2012). Dichas manifestaciones pueden alterar el estilo relacional entre los grupos y representar un impacto en el desempeño académico (Calvete & Connor-Smith, 2006; Eisenberg et al., 2007; Recber et al., 2018), el tejido social (Ospina, 2018), y en la calidad de vida de los estudiantes (Palacio, 2018).

En la investigación, los problemas académicos se asociaron de manera predictiva con la depresión y la angustia, al igual que eventos donde pudo haber estado en peligro la vida y ambientes hostiles. Otros eventos que se asocian específicamente con la depresión hacen referencia a preocupaciones hacia personas cercanas y problemas o discusiones con los miembros de la familia. Y los eventos asociados específicamente con agorafobia fueron tener problemas de salud, muertes de familiares o amigos, discusiones o problemas con amigos, y romper o ser rechazado por la pareja. Estos resultados fueron similares a los reportados en el estudio de Beiter et al. (2015), quienes identificaron como las principales preocupaciones de los estudiantes universitarios, estresores relacionados con el rendimiento académico, la presión frente al éxito, los planes posteriores a la graduación, las preocupaciones financieras, la calidad del sueño, la relación con amigos, la relación con la familia, la salud general, la imagen corporal y la autoestima.

Si bien las prevalencias de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios suelen reportarse más elevadas en mujeres que en hombres (Eisenberg et al., 2007; Martínez, 2003), en el presente estudio no se presentaron diferencias significativas, similar al estudio de Shamsuddin et al. (2013). Con relación a los estresores como factores de riesgo para la depresión y la ansiedad, la asociación si bien fue significativa, con puntuaciones más elevadas en mujeres para el estrés vital, en especial experimentar problemas de salud personal y experiencias que suceden a otros cercanos, y para los hombres el estrés interpersonal, en especial no ser correspondido afectivamente (“te gusta alguien a quien no gustas”), el tamaño del efecto no fue representativo. Por lo tanto, es necesario continuar con los estudios para aclarar estas diferencias. Los hallazgos sugieren la necesidad de programas de intervención, junto con servicios de apoyo adecuados y apropiados para los estudiantes universitarios, tal como lo sugiere el estudio de Islam et al. (2020b).

Como conclusiones, las cargas de estrés, tanto vital como interpersonal, tienen un peso significativo en la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. Por lo tanto, es necesario buscar mecanismos para identificarlos y lograr una intervención temprana. Las limitaciones del estudio hacen referencia a la dificultad para hacer seguimiento de los indicadores de depresión, ansiedad y estrés a través de estudios longitudinales y realizar análisis comparativos con relación a las variables sociodemográficas como lugar, edad, estado civil, entre otras.

### Referencias

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a ed). Arlington: American Psychiatric Association,
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 667-672,

- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders, 173*, 90-96.
- Belloch, A., Sundín, B., & Ramos F. (2008). *Manual de psicopatología.*, Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress, and Coping, 19*(1), 47-65.
- Camacho, P. A., Rueda-Jaimes, G. E., Latorre, J. F., Navarro-Mancilla, A. A., Escobar, M., & Franco, J. A. (2009). Confiabilidad y validez de la escala del Center Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia. *Biomédica, 29*(2), 269-269. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572009000200011yscript=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572009000200011yscript=sci_arttext)
- Connor-Smith, J., & Calvete, E. (2004). Cross-cultural equivalence of coping and involuntary responses to stress in Spain and the United States. *Anxiety, Stress, & Coping, 17*(2), 163-185.
- Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. *Cuestionario de 90 ítems.* Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality Among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(4), 534-542. doi:<https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534534>
- Fernández-Abascal, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud.* Madrid, España: Ariel Psicología.
- First, M. (2004). *DSM-IV-TR. Atención Primaria.* Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fuentes, M. J., Motrico, E., & Bersabé, R. M. (2003). Estrategias de socialización de los padres y conflictos entre padres e hijos en la adolescencia. *Anuario de Psicología, 34*(3), 385-400.
- García-Pedrajas, C., Marsó, E., Perez, O., Ochoa, S. & Ventura, C. (2018). Longitudinal descriptive study of diagnostic concordance between primary care and psychology support program in primary care. *Anales de Psicología, 34*(1), 23-29.
- Hernández, M., Marañón, Q. & Mato, X. (2020). *Genética de la depresión.* Barcelona: España. Recuperado de [http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica\\_gen201516/portfolio/Gen%C3%A9tica%20de%20la%20depresi%C3%B3n2016\\_6\\_20P8\\_43\\_9.pdf](http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201516/portfolio/Gen%C3%A9tica%20de%20la%20depresi%C3%B3n2016_6_20P8_43_9.pdf)
- Husky, M., Kovess-Masfety, V., & Swendsen, J. D. (2020). *Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement.* Bordeaux, France. doi:<https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2020.152191>
- Islam, M. A, Barna, S. D., Raihan, H., Khan, M. N. A., & Hossain, M. T. (2020). Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. *PLoS ONE, 15*(8), e0238162. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238162>
- Islam, S., Akter, R., Sikder, T., & Griffiths, M.D. (2020). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety Among First-Year University Students in Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Mental Health and Addiction.* doi:<https://doi.org/10.1007/s11469-020-00242-y>
- Londoño, N. H. (2011). *Predictores cognitivos, de personalidad y estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior e impacto del programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo*

- socrático. (Tesis doctoral en 43059013, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia).
- Leselott, D. E., Matthew, T., & Tait, S. (2006). Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373
- Martín, J. C., Garriga, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo, M. J., & Espinosa, R. M. (2018). Stepped psychological intervention with common mental disorders in Primary Care. *Anales de Psicología*, 34(1), 30-40.
- Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266.
- Ministerio de Educación Nacional. (2019). *Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES*. Número de inscripciones en programas de educación superior – Colombia 2018. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/sistemasinfo/Informacion-a-la-mano/212400:Estadisticas>
- Ospina, J. (2018). Estrés y trastorno de estrés postraumático. En C. Palacio, & A. C. Toro, *Psiquiatría* (pp. 195-204). Medellín, Colombia: CIB fondo editorial y ECOE ediciones.
- Palacio, C. (2018). Conducta Suicida. En C. Palacio, & A. Toro, *Psiquiatría* (pp. 141-147). Medellín: CIB Fondo Editorial, Ecoe Ediciones.
- Radloff, L. S., & Locke, B. Z. (1986). The Community Mental Health Assessment Survey and the CES-D scale. En: Weissman M., Myers J., Ross C. (Ed.). *Community surveys* (pp. 177-189). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Recber, S., Isiksal, M., & Koç, Y. (2018). Investigating self-efficacy, anxiety, attitudes and mathematics achievement regarding gender and school type. *Anales de Psicología* 34(1), 41-51.
- Shamsuddin, K., Fadzila, F., Ismailb, W. S. W., Shaha, S. A., Omar, K., Muhammadc, N. A., Jaffar, A., Ismail, A., & Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318-323. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2013.01.014>
- Thompson-Hollands, J., Carl, J., Gallagher, M., & Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.

Recibido el: 11/06/2020

Última revisión: 27/10/2020

Aceptación final: 05/12/2020

#### Sobre las autoras:

**Nora Helena Londoño Arredondo:** Doctora en psicología de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Magíster en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Especialista en Psicología Clínica y Docente investigadora. Psicóloga de la Universidad de San Buenaventura. E-mail: [nora.londonno@gmail.com](mailto:nora.londonno@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0001-6016-1955>

**Liliana Catalina Calle Restrepo:** Psicóloga Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. **E-mail:** [catalina0415@hotmail.com](mailto:catalina0415@hotmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-1153-8653>

**Zulma Berrio Rojas:** Especialista en Terapia Cognitiva y Psicóloga de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Psicóloga de Bienestar Institucional en la Universidad de San Buenaventura, Medellín. **E-mail:** [psicologo.bienestar@usbmed.edu.co](mailto:psicologo.bienestar@usbmed.edu.co), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-0372-359X>