

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de salud

Departamento de psicología



Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de primer semestre de psicología, sede Villa del Rosario consecuencia de la pandemia COVID 19

Presentado por:

María Camila Vera Pabón

Lucy Margarita Prato Carrillo

San José de Cúcuta, Colombia

2021-2

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

**Facultad de salud
Departamento de psicología**



Relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de primer semestre de psicología, sede Villa del Rosario consecuencia de la pandemia COVID 19

Modalidad trabajo de grado: Tipo 1 investigación

Director (a): Ps. Diana Fernanda Granados Cataño

Presentado por:

María Camila Vera Pabón

Lucy Margarita Prato Carrillo

Tema

Sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes

Cúcuta, Colombia

2021-2

Agradecimientos

Gracias a mi compañera Camila, por el trabajo realizado no solo en esta investigación sino a lo largo de la carrera, por ser amiga, compañera y porque esa conexión llevó a la realización de este trabajo de grado de una manera muy positiva.

A mis padres por siempre ser ese apoyo incondicional a lo largo de la carrera, a mi novio por apoyarme, ayudarme aun cuando no sabía nada de psicología y sobre todo por darme ánimos y fuerzas cuando sentía que no podía. – Lucy Prato

Agradezco primeramente a Dios por permitirme culminar de manera exitosa esta etapa. Doy gracias a mis padres, hermanos y mejor amigo, por ser guías en mi proceso de formación, además de ser una motivación en mis días. Gracias a mi compañera de tesis y amiga, por el apoyo incondicional brindado, por ser parte de esta gran etapa académica. –Camila Vera.

Agradecemos a nuestra tutora de tesis Diana Granados por ser parte de este proceso de investigación, por su paciencia, dedicación, ayuda y orientación. Gracias a la Universidad de Pamplona y diferentes docentes que guiaron este proceso y por los conocimientos aportados.

Tabla de contenido

Resumen.....	7
Abstract	8
Introducción.....	9
Problema de investigación	11
Formulación del problema	11
Planteamiento del problema.....	11
Descripción del problema.....	12
Justificación	18
Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
Estado del Arte	21
Antecedentes internacionales	21
Antecedentes nacionales	24
Antecedentes regionales	26
Marco Teórico	30
Capítulo I. Psicología clínica.....	30
Funciones del psicólogo clínico	32
Salud mental en los adolescentes	33
Factores de protección y de riesgo en la salud mental	35
Capítulo II. La adolescencia	37
Identidad del Yo.....	38
Etapas de la adolescencia.....	39
Desarrollo físico	41
Desarrollo cognoscitivo.....	42
Desarrollo psicosocial.....	44
Desarrollo emocional	46
Capítulo III. Ansiedad.....	48
Síntomas de la Ansiedad	49
Factores de riesgo de la ansiedad.....	51
Ansiedad en adolescentes.....	52

Ansiedad en adolescentes por el Covid-19	53
Evaluación de la ansiedad.	54
Capítulo IV. Depresión.....	56
Síntomas de la depresión.....	58
Factores de riesgo de la depresión.....	58
Depresión en adolescentes	60
Depresión en los adolescentes durante el Covid-19.....	61
Evaluación de la depresión.....	63
Metodología.....	64
Diseño de la investigación.....	64
Población:.....	65
Muestra.....	65
Hipótesis.....	66
Proceso de Intervención	66
Fase 1. Planteamiento del problema.....	66
Fase 2. Elaboración del estado del arte y marco teórico	66
Fase 3. Metodología de la investigación	67
Fase 4. Recolección de datos y análisis de los datos	67
Fase 5. Conclusiones y discusión	67
Definición de Variables.....	68
Instrumentos	69
Inventario de Ansiedad de Beck.....	69
Inventario de Depresión de Beck	70
Forma de análisis de la investigación recolectada	71
Recursos y cronograma	72
Resultados.....	74
Discusión.....	79
Conclusiones.....	81
Recomendaciones.....	84
Referencias.....	88

Tabla figuras

Tabla 1. Ficha Técnica BAI.....	70
Tabla 2. Ficha técnica BDI-II.....	71
Tabla 3. Cronograma de anteproyecto 2021-1	72
Tabla 4. Cronograma de proyecto 2021-2.....	73

Tablas de resultados

Tabla 1. Sexo	74
Tabla 2. Edad	75
Tabla 3. Sintomatología ansiosa	75
Tabla 4. Sintomatología ansiosa de acuerdo al sexo.....	76
Tabla 5. Sintomatología depresiva.....	76
Tabla 6. Sintomatología depresiva en ambos sexos	77
Gráfica 1. Gráfica de dispersión.	78

Resumen

La salud mental siendo un estado de bienestar en las personas para enfrentarse emocional y físicamente a la cotidianidad, en adolescentes se ve afectada por diferentes sintomatologías como la ansiosa-depresiva. Es por esto, que la presente investigación propone como objetivo general poder establecer la relación existente entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de psicología de primer semestre de la Universidad de Pamplona, tomando como muestra 21 estudiantes entre los 16 y 19 años. Se realizó un estudio de tipo correlacional con enfoque cuantitativo, haciendo uso de la correlación de Pearson, a fin de identificar la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva de los estudiantes de primer semestre de psicología, a través del uso del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se encontró una correlación positiva alta de casi +1 en la variable de sintomatología ansiosa y depresiva. Así mismo, se encontró que tanto el sexo femenino como masculino presentaron resultados altos en relación a las dos variables de sintomatología. Por lo tanto, los resultados sugieren la aplicación de estrategias que permitan la promoción de la salud mental en los adolescentes, además, de continuar con el desarrollo y ampliación de esta investigación.

Abstract

Mental health being a state of well-being in people to cope emotionally and physically with everyday life, in adolescents it is affected by different symptomatologies such as anxiety and depression. For this reason, the general objective of this research is to establish the relationship between anxious and depressive symptomatology in first semester psychology students of the University of Pamplona, taking as a sample 21 students between 16 and 19 years old. A correlational study with a quantitative approach was carried out, using Pearson's correlation, in order to identify the relationship between anxious and depressive symptomatology in first semester psychology students, through the use of the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI-II). A high positive correlation of almost +1 was found in the variable of anxious and depressive symptomatology. Likewise, it was found that both the female and male sexes presented high scores in relation to the two symptomatology variables. Therefore, the results suggest the application of strategies that allow the promotion of mental health in adolescents, in addition to continuing with the development and expansion of this research.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), define la salud mental como el estado de bienestar en el cual la persona es consciente de las propias capacidades, puede afrontar las problemáticas normales de la vida y trabajar de forma productiva, además, es capaz de llevar a cabo contribuciones a su comunidad. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021), expone que el COVID-19 ha afectado de igual forma a los adolescentes de forma directa como indirecta, más allá de la enfermedad física; el bienestar social, emocional o mental de muchos adolescentes se ha visto afectada por la pandemia.

Teniendo en cuenta esto, siendo la adolescencia una etapa vulnerable ante las diferentes problemáticas que puedan presentarse, desencadenando sintomatologías que afectan la salud mental de esta población; Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela (2007), refieren que la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes es un problema de salud relevante, con implicaciones tanto inmediatas como en el desarrollo posterior de los jóvenes. Por lo tanto, resulta de mucha importancia establecer la relación existente entre la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes, identificando los niveles de cada variable.

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) (2009), refiere que en un informe de la OMS (2005) sobre recursos de salud mental para niños y adolescentes puso de relieve la falta de servicios de salud mental apropiados para población, a pesar de que la mayoría de los países son signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como el educativo, por ejemplo. Así pues, resulta importante proponer estrategias de promoción de la salud mental que puedan ser ejecutadas por los adolescentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación presenta una relevancia psicológica, social y metodológica, siendo de gran impacto para la población seleccionada, para los adolescentes en general, para las diferentes disciplinas y la sociedad en general; poniendo de manifiesto que los problemas en la salud mental no son únicos de la población adulta, sino que es fundamental el proveer la misma importancia a la salud mental de los adolescentes.

A continuación, la presente investigación expone los diferentes capítulos de la siguiente manera, en el capítulo 1 se describe la psicología clínica, incluyendo las funciones del psicólogo clínico, salud mental en los adolescentes y factores de protección y de riesgo en la salud mental; el capítulo 2 describe la adolescencia, las etapas y los diferentes cambios del desarrollo; el capítulo 3 expone la ansiedad, síntomas, factores de riesgo, ansiedad en adolescentes por el covid y la evaluación de esta; de igual forma se expone en el capítulo 4 la depresión.

Problema de investigación

Formulación del problema

¿Existe una relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva de los estudiantes de primer semestre de psicología, sede Villa del Rosario durante la pandemia COVID 19?

Planteamiento del problema

Esta propuesta de investigación nace del interés de que las personas en general incluyendo a los adolescentes que presentan problemas en la salud mental, sienten miedo, incertidumbre, temor, angustia, ansiedad, entre otras emociones que juntas, terminan diagnosticándose como trastornos o enfermedades mentales como lo es la depresión y la ansiedad que están presentes en cualquier etapa de la vida. Además, se ha vuelto de vital importancia el cuidado y la prevención de los trastornos mentales en todas las personas, primordialmente los jóvenes, teniendo en cuenta que son una población fundamental que denota cuidados especiales debido a su crecimiento y cambios biopsicosociales.

Los jóvenes hoy en día son una de las poblaciones más vulnerables a nivel de salud mental, la falta de inteligencia emocional, definida por Daniel Goleman (1995), como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones” y una estabilidad hace que se conviertan en el foco principal para la depresión y la ansiedad; en esta cuarentena y aislamiento producto de la pandemia es común que los jóvenes se vean afectados por esta situación y no sepan cómo actuar al respecto, pues para muchos es la primera vez que viven algo de tal magnitud y el cambiar sus rutinas de siempre a estar aislados sin poder salir hace que su salud mental se vaya viendo afectada desencadenando

trastornos como la depresión y la ansiedad donde se ve afectado el nivel comportamental y emocional y así mismo las áreas de interacción como la familiar, educativa, social e interpersonal.

Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1947), define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente como la ausencia de una enfermedad. Por su parte, el Ministerio de Salud de Canadá (1997), asumido por el ministerio de salud de Colombia la define como la capacidad del individuo, los grupos y el ambiente de interactuar entre sí, promover el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo y el uso de las facultades mentales individuales y colectivas, consistentes con los derechos de las personas, la justicia y el bien común. Por lo tanto, la salud sería un recurso de la persona que aumenta o disminuye dependiendo de los diversos intercambios entre los procesos en los que la persona está involucrada y en los que es protagonista (Almonte, et al., 2005; citado por Ardiaca, 2016).

De acuerdo a la definición de Canadá, una situación se constituye en un problema de salud mental cuando se rompe el equilibrio entre el individuo y su ecosistema, generándose una alteración del bienestar psicosocial. Así, es posible que un niño o adolescente tenga problemas de salud mental en un ambiente de violencia o maltrato intrafamiliar, de cesantía de los padres, de progenitores con psicopatología, o frente a la carencia de oportunidades para un desarrollo adecuado.

Uno de los problemas frecuentes que afectan la salud mental de las personas es la ansiedad y la depresión. La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque

es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral. (Virues, 2005).

El trastorno de ansiedad se caracteriza por la presencia persistente de malestar, angustia, incertidumbre y miedos anticipatorios que surgen por situaciones muy diversas. El trastorno de ansiedad infantil presenta los siguientes síntomas: preocupación excesiva sobre actividades o situaciones relacionados con su entorno (escolar y/o familiar); dificultad para concentrarse y controlar el estado de ansiedad; irritabilidad; excesiva impaciencia; alteraciones del sueño siempre que estos síntomas no se deban a efectos fisiológicos producidos por alguna sustancia o enfermedad médica. Así mismo explican que los trastornos de ansiedad repercuten y perjudican a corto y largo plazo la vida del niño por lo que es aconsejable intervenir y tratar dicha alteración lo antes posible para prevenir el desarrollo de otros trastornos psicológicos. (Orgilés, Méndez, Rosa e inglés, 2003; citado por Ardiaca, 2016).

Por otra parte, según la OMS (2020), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

La OMS (2020) define la adolescencia “como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

En población adolescente, los hallazgos científicos reportan una relación importante entre el contexto en el que viven y su salud mental (Huston & Bentley, 2010). En este, la interacción dinámica de factores de riesgo a distintos niveles se refleja en las crecientes tasas de depresión en los adolescentes (Hankin, 2015), siendo el vecindario uno de los ambientes estudiados debido a que el lugar de residencia engloba características étnicas, económicas, de posición e inequidad social, de vivienda, de espacios públicos disponibles para la interacción social (Diez Roux & Mair, 2010), de violencia, desorden e inseguridad (Mair, Kaplan, & Everson-Rose, 2010) que se asocian con autorreportes de síntomas depresivos en adolescentes (Lowe et al., 2014).

De acuerdo a la definición del Ministerio de Salud de Canadá (1997), una situación se constituye en un problema de salud mental cuando se rompe el equilibrio entre el individuo y su ecosistema, generándose una alteración del bienestar psicosocial. Así, es posible que un niño o adolescente tenga problemas de salud mental en un ambiente de violencia o maltrato intrafamiliar,

de cesantía de los padres, de progenitores con psicopatología, o frente a la carencia de oportunidades para un desarrollo adecuado.

Es por esto que, las tasas de suicidio en adolescentes tienen un aumento en relación al avance de la edad, son una de las causas de muerte más frecuente en esta población y se ha constituido en un problema de salud pública en el mundo. Según el estudio de la salud mental en Colombia (2015) representa la cuarta causa de muerte violenta, adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia, con una muestra de 1586, el 11% de los adolescentes informó haber pensado seriamente la posibilidad de suicidarse, con un pico para los hombres entre los 12 y 13 años, y para las mujeres entre los 14 y 15 años.

Por otra parte, el aislamiento preventivo consiste en la aplicación de medidas de aislamiento de contacto en pacientes con alta sospecha de estar colonizados o infectados por bacterias multirresistentes. Algunos autores justifican instaurar medidas preventivas de aislamiento en los pacientes de alto riesgo para disminuir las tasas de contagio. El aislamiento es para disminuir el grado de posibilidad de transmisión en una etapa intensiva de contención, en personas que existe la posibilidad de que hayan tenido contacto con el virus y que, si lo tuvieron, lo puedan estar incubando y en algún momento iniciar síntomas. Estas personas tienen que permanecer en sus domicilios. (Vizzotti, 2020)

Debido al aislamiento social preventivo que está viviendo el mundo como consecuencia del Covid-19, en el que por más que ya no se presenta una cuarentena obligatoria, muchas personas o padres de familia se ven en la obligación de seguir manteniendo a los hijos en casa aislados de la sociedad. Esta pandemia ha tenido como resultado la adopción de otras medidas en la actuación de la cotidianidad del ser humano, cambios en las dinámicas familiares, sociales, académicas y laborales. Por lo que, estos cambios abruptos producen un gran temor en la sociedad y los

adolescentes debido a las limitaciones a las que se ven expuestos, provocando cuadros frecuentes de ansiedad y depresión.

Un estudio sobre el impacto psicosocial del COVID-19 realizado por la fundación Lucha Contra el Sida y las Enfermedades Infecciosas (2020) en España, con base a la revisión sistemática de 58 trabajos científicos ha revelado que, entre las alteraciones más habituales entre la población general figura la depresión (presente en el 46% de los estudios revisados), la ansiedad (60%), los síntomas de estrés (17%), el insomnio (17%), la percepción de soledad (3%) y el trastorno de estrés post-traumático (3%). En cuanto al colectivo sanitario, la detección de síntomas de depresión ha sido ligeramente inferior (en un 41% de los estudios revisados), pero más elevada en el caso de la ansiedad (67%), los síntomas de estrés (33%), el insomnio (29%), la sensación de soledad (4%) y el trastorno de estrés post-traumático (8%).

Además, según el estudio de la salud mental realizado en Colombia (2015), la ansiedad y la depresión tienen un gran impacto en el crecimiento y desarrollo personal en los adolescentes, en su rendimiento escolar y en las relaciones familiares e interpersonales. Además, una de las consecuencias de la presencia de depresión en los adolescentes son las conductas autolesivas, el abuso del alcohol y drogas, riesgo de suicidio, aumento de agresividad y trastornos en la conducta alimentaria, entre otras. Así mismo, se tiene que el impacto ocasionado por la ansiedad en los adolescentes es grande, dificultades en la interacción social, el alto riesgo de suicidio y la presentación de dificultades escolares, con los pares y en el ámbito familiar.

Según un informe del centro de integración juvenil, A.C para vivir sin adicciones (2018), la ansiedad y la depresión tienen consecuencias tanto para la salud en general, como para el desarrollo personal y colectivo de quien padece estos trastornos. En la depresión la mayoría de los pacientes, en este caso adolescentes no reciben un tratamiento adecuado causando una mala salud

y un mal bienestar integral; así mismo las consecuencias que trae consigo la depresión pueden estar asociadas a un bajo rendimiento escolar, consumo de sustancias psicoactivas, suicidios, entre otras. Referente a la ansiedad, esta posee manifestaciones sobre los procesos cognitivos, las respuestas conductuales y alteraciones al funcionamiento en general del paciente; todo esto ocasionando deficiencias psicosociales.

Justificación

La presente investigación tiene gran relevancia social debido a la importancia que provee a los adolescentes, es cierto que la sintomatología ansiosa y depresiva también se presenta en ellos y no son sólo exclusivos de la población adulta. Además, es amplio el desconocimiento y desinterés por parte de muchas personas sobre la identificación temprana de las alteraciones o cambios mentales y comportamentales de los adolescentes, lo que podría ocasionar una detección tardía de trastornos como la depresión y la ansiedad que generan consecuencias graves en la persona que los presenta, ya sea el aislamiento social, conductas suicidas o fracaso académico. Por esta razón, se quiere informar y analizar sobre las características o sintomatología de la ansiedad y depresión que manifiestan los estudiantes como consecuencia de ciertos factores que los generan, en este caso el estar expuestos a una pandemia y de qué forma les afecta y repercute en la vida.

Además de tener gran relevancia social, también surge una relevancia metodológica. Es importante el enfoque cuantitativo de la investigación debido al gran alcance de la aplicación de pruebas estandarizadas y confiables como el Test de Ansiedad de Beck y el Test de Depresión de Beck que puedan describir la sintomatología ansiosa y depresiva en los adolescentes, además, este enfoque permite que se puedan evaluar y confirmar las hipótesis planteadas y las características comportamentales y mentales que posiblemente están afectando a esta población.

Dentro de la relevancia psicológica es necesario mencionar que una de las finalidades de la investigación no es únicamente comprobar si se presenta relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los adolescentes, sino que se quiere crear conciencia en el lector de la realidad que viven los adolescentes al ser expuestos a factores que generan ciertos cambios en la vida y repercuten de manera leve o severa en ellos. Es una realidad nueva que no sólo afecta a los adultos,

sino que también repercute en la vida de los jóvenes y adolescentes, es un tema de gran interés y debido a que no han salido aún numerosos estudios que relacionen la ansiedad y depresión con la pandemia por el COVID-19, sería de gran ayuda a demás psicólogos e investigadores que deseen fortalecer la investigación y llevarla a otros planos. Además, es una investigación que provee un gran aporte a distintas áreas de la psicología como la educativa y la psicología clínica.

Se debe tener en cuenta que es la primera vez que se vive algo de esta magnitud después de muchos años, en la cual las personas no estaban preparadas mental, física, ni socialmente, entre otras, repercutiendo así en la vida diaria, en este caso en los estudiantes como tema de estudio; en la cual el uso de las pruebas mencionadas es de gran importancia en la investigación puesto que son un apoyo para confirmar o desmentir la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, para así dar unos resultados óptimos de acuerdo a las hipótesis y al planteamiento del problema. Este tema es de gran relevancia en especial para los psicólogos, de esta manera se pueden llevar a cabo más estudios al respecto puesto que es un tema de gran interés que está generando un gran impacto a nivel mundial y del cual se sabe muy poco las repercusiones que pueda llegar a tener en la vida y salud mental tanto en el presente como en el futuro.

Objetivos

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre la sintomatología ansiosa y depresiva de los estudiantes de primer semestre de psicología, sede Villa del Rosario durante la pandemia COVID 19.

Objetivos específicos

Identificar los niveles de sintomatología ansiosa que presentan los estudiantes de psicologías de primer semestre de la Universidad de Pamplona de Villa del Rosario.

Determinar los niveles de sintomatología depresiva que presentan en los estudiantes de psicologías de primer semestre de la Universidad de Pamplona de Villa del Rosario.

Proponer estrategias de promoción de salud mental en estudiantes de psicología primer semestre de la Universidad de Pamplona de Villa del Rosario.

Estado del Arte

A continuación, en el siguiente apartado se presenta el estado del arte donde se evidencian antecedentes de investigaciones de una serie de artículos que permiten fortalecer la realización del presente estudio, se muestran las investigaciones a nivel internacional, seguidamente las investigaciones a nivel nacional y, por último, los antecedentes de investigaciones a nivel regional. Al finalizar, cada apartado de antecedentes determina la relación existente entre cada investigación con el presente estudio.

Antecedentes internacionales

A nivel internacional se encuentra a Cosios (2014), realizó el estudio titulado “Depresión y ansiedad en adolescentes del colegio Calasanz de Loja mediante la herramienta 23 del ministerio de salud pública”, en una muestra de 386 estudiantes, siendo 171 mujeres y 215 hombres, de edades comprendidas entre los 10 y 19 años, que cursaban bachillerato en la Unidad Educativa Calasanz, de la Ciudad de Loja en Ecuador. Este estudio de diseño descriptivo, manejó los instrumentos de evaluación tales como, un cuestionario elaborado por el autor, con el fin de determinar la existencia de factores de riesgos sociales y el Test de Hamilton para evaluar la ansiedad y la depresión.

Según el objetivo de este estudio, el realizar un diagnóstico temprano de la ansiedad y la depresión en los adolescentes, dentro de los resultados se muestra que en cuanto a la depresión, el 6% la presenta como un problema clínico y el 82% se encuentran en normalidad. Seguido a esto, el 21% presenta un problema clínico de ansiedad y el 45% se encuentra dentro de la normalidad. Además, se presenta que el 96% manifiesta factores de riesgos sociales para ansiedad y depresión, el 4% sí los presenta.

Así mismo, Valderrama (2016) realiza el estudio “Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales”, en una muestra de 1,483 estudiantes elegidos por conveniencia procedentes de 7 centros docentes de Málaga, en edades comprendidas entre los 10 y 18 años, siendo 722 hombres y 761 mujeres. Se utilizaron 10 instrumentos, Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), el Índice de Hollingshead, el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para niños, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños, Cuestionario de Creencias Obsesivas, Escala NJRE Questionnaire Revised, el TAFQ-A, Escala Multidimensional de Perfeccionismo, Inventario de Depresión Infantil y el PSWQ, siendo un estudio de tipo descriptivo analítico.

Algunos de los resultados que se pueden apreciar son, diferencia en cuanto a sexo en el trastorno de ansiedad, siendo mayor en mujeres que en hombres, exceptuando el TOC el cual no se observan diferencias en relación al sexo. Se obtuvo gran relación entre las creencias disfuncionales y los trastornos de ansiedad, por ejemplo, una responsabilidad excesiva, perfeccionismo y la sobrestimación del peligro se relaciona de forma específica con el Trastorno de Ansiedad por Separación.

Seguidamente, Jadán (2017) realiza la investigación titulada “Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja”, en una muestra de 266 estudiantes que se encontraban en edades comprendidas entre los 14 a 16 años, pertenecientes al colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja. Este estudio es de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, en el cual se aplicaron instrumentos de evaluación tales como, una encuesta realizada por el autor y la aplicación de la Escala de Depresión de Zung, con el fin de conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la depresión y la construcción de una propuesta de prevención.

Los resultados muestran que, en cuanto a la prevalencia, 240 estudiantes presentan depresión con una prevalencia del 65,75%, teniendo las mujeres una prevalencia mayor en relación de los hombres del 92,20%. Además, dentro de los resultados se evidencia que hay una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el consumo de tabaco con la consecuente presencia de depresión. Por último, recomienda como manera preventiva la inserción de programas de cultura física y charlas motivacionales.

Por último, Chó, Pivaral, Martínez, Alfaro, Galindo, Arreaga (2017) realizaron el estudio titulado “Depresión y ansiedad en adolescentes”, siendo un estudio de diseño descriptivo transversal, con una muestra conformada por 587 adolescentes en una edad comprendida entre los 10 y 17 años, estudiantes de tres institutos de Guatemala, los cuales fueron elegidos por participación voluntaria. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el CDI (Inventario de Depresión Infantil) y el SCARED (Detección de trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil).

Teniendo en cuenta el objetivo del estudio, tamizar la sintomatología sugestiva de la depresión y el trastorno de ansiedad, se tienen en cuenta los siguientes resultados, el 23.7% presenta sintomatología sugestiva de depresión y 76.3% sintomatología no sugestiva de depresión, además, el 38.8% manifiesta sintomatología no sugestiva de ansiedad y 61.2% sintomatología sugestiva de trastorno de ansiedad.

La relación de las anteriores investigaciones internacionales con la presente es acerca del impacto psicológico que ha ocasionado la pandemia por el COVID-19 en especial en la población adolescente universitaria donde las principales variables a evaluar tanto en esas investigaciones

como en la nuestra son la depresión y ansiedad y el cómo plantear una propuesta de prevención para estas; aparte de que se tiene un foco cualitativo y cuantitativo.

Antecedentes nacionales

A nivel Nacional, Manios y Rosero (2011), realizaron el estudio titulado “Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes de una institución educativa distrital, de la localidad de Suba”, en una muestra de 66 adolescentes de grado décimo de una Institución Educativa Distrital, la cual fue elegida por conveniencia de los investigadores. Este estudio de diseño cuantitativo observacional-transversal descriptivo, permite identificar la distribución y frecuencia de las manifestaciones y grados de depresión de los adolescentes, teniendo como base el Inventario de Depresión de Beck.

Algunos de los resultados obtenidos en el estudio fueron, dentro de las manifestaciones sugestivas las que más puntuación obtuvieron fue la autoacusación, fatigabilidad, irritabilidad, tristeza e insatisfacción. En el caso de la irritabilidad, un 47% corresponde a tendencia leve de depresión, un 38% en autoacusación, 33% en insatisfacción, un 32% en fatigabilidad y una tendencia leve del 29% en tristeza. Las manifestaciones objetivas más puntuadas se ven reflejadas de la siguiente manera, 34.85% interés social, 33.33% insomnio y 34.85% pérdida del apetito.

Ospina, Hineirosa, Paredes, Guzmán y Granados (2011), realizaron el estudio titulado “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia”, en una muestra de 538 adolescentes escolarizados entre los 10 y 17 años de la comunidad de Chía en Cundinamarca. Este estudio es descriptivo de corte transversal, en el cual se identificaron variables sociodemográficas y se hizo uso de los instrumentos de evaluación CDI

(Children's Depression Inventory) y el SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders), con el fin de estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en los adolescentes.

Dentro de los resultados se observa que el 40.5% de la población estudiada presenta sintomatología ansiosa o depresiva, de los cuales el 28.3% muestra síntomas sugestivos de ansiedad únicamente y el 3.3% síntomas depresivos, teniendo también que el 8.9% de la población presenta tanto síntomas de ansiedad como síntomas depresivos. Además, se muestra que los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos en los hombres.

Por otro lado, Ramírez, Álvarez, Valencia y Tirado (2012), en su estudio titulado "Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín", realizan esta investigación en una muestra de 152 estudiantes con una edad comprendida entre los 14 y 18 años de un colegio privado de la ciudad de Medellín. Este estudio es de diseño observacional analítico de corte, en el cual se aplicó una encuesta sociodemográfica y los instrumentos de evaluación BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) y el BDI-II (Inventario de depresión de Beck-II), con el fin de detectar la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

Dentro de los resultados de este estudio, se tiene una prevalencia del 25% de síntomas ansiosos y 25.7% de síntomas depresivos, el 25% de los estudiantes que obtuvieron puntajes positivos en el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck), el 68.4% presentaron puntajes positivos en el BDI (Inventario de depresión de Beck). Además, de los 25.6% de alumnos que tuvieron puntajes positivos en el BDI, en el 66.7% se hallaron puntajes positivos para el BAI.

Por último, Mendoza (2017), realiza el estudio el cual tituló "Detección de síntomas de ansiedad y depresión en niños, niñas y adolescentes con familias sustitutas" en una muestra

conformada por 40 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y 18 años que se encuentran en hogares sustitutos de Ciénaga, Magdalena, siendo 11 de sexo masculino y 29 de sexo femenino. Este estudio cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental y transversal utilizó los instrumentos de evaluación como el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), con el objetivo de describir y determinar los síntomas de ansiedad y depresión en los niños y adolescentes.

Algunos de los resultados muestran que el 87% de la población puntúan con depresión moderada, mientras que el 13% restante puntúa sintomatología depresiva severa. Como resultados importantes del CMAS-R se tiene que, en la subescala de ansiedad fisiológica, el 25% de la población tiene tendencia a ansiedad fisiológica alta y 17% ansiedad fisiológica alta. En la escala de inquietud e hipersensibilidad se muestra 57% a una tendencia a inquietud e hipersensibilidad alta y un 35% puntúa a inquietud e hipersensibilidad alta.

La relación de las anteriores investigaciones nacionales con la presente es el estudio de las variables de ansiedad y depresión especialmente en el distanciamiento que hubo a causa de la cuarentena por la pandemia COVID-19 teniendo como finalidad identificar los objetivos fisiológicos, cognitivos y emocionales de la depresión y la ansiedad, lo cual ayuda a incrementar la información de esta y que se relacione y de la misma manera determinar las características más presentes de la ansiedad y la depresión en los niños y adolescentes.

Antecedentes regionales

A nivel regional, Bautista, Angarita, Contreras y Otero (2017) realizan la investigación titulada “Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años”. Investigación con una metodología descriptiva comparativa en la cual se planteó la

identificación de sintomatología depresiva en una muestra comprendida por 193 estudiantes de bachillerato del colegio oriental N° 26 del barrio Prados Norte de la ciudad de Cúcuta, entre los 12 a 18 años; se utilizaron dos instrumentos: el primero, el inventario de depresión de Beck, el cual identifica la sintomatología depresiva de los adolescentes ; el segundo, es un formato de recolección de información sobre las características psicológicas del adolescente (CPA) creado por las investigadoras del estudio, bajo la auditoría de asesores expertos en el tema, como psicólogos y enfermeras especialistas en el área de salud mental; además, se realizó la caracterización sociodemográfica de la muestra.

Una vez finalizada la aplicación de los instrumentos se obtuvieron como resultados que existe prevalencia de sintomatología depresiva en el 38.4% de la muestra, de los cuales los niveles más afectados según el instrumento fueron el afectivo, cognitivo, el motor y el somático. Se halló un dato relevante, la prevalencia de ideación suicida en el 30%, tanto en estudiantes sintomáticos depresivos (21.71%) y en los no sintomáticos depresivos (8.28%).

De acuerdo a las Características Psicológicas de los adolescentes, un 90.2% de los alumnos presentaron algún grado de afectación de las CPA, mostrando así, que las características más afectadas en los jóvenes de la muestra eran: la identidad personal (en las dimensiones de la autonomía, autoimagen y autoconcepto), la estabilidad emocional, el pensamiento formal y la motivación. Alusivo a lo sociodemográfico se halló que la sintomatología depresiva afectó significativamente a las mujeres, con edades promedio de 14 años, la convivencia uniparental del estudiante, el consumo de sustancias psicoactivas y el antecedente de depresión en la familia.

Seguido a esto, Prieto, Weeber, Guzmán, Martínez y López (2020) realizan la investigación que lleva por nombre “Factores que pueden influir en la aparición de la depresión en los jóvenes

estudiantes de diseño gráfico de la fundación de estudios superiores de Comfanorte FESC, en la ciudad de Cúcuta durante la pandemia 2020”. Investigación que consta de una metodología mixta que se aborda desde el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo; la población consta de 50 estudiantes de tercer y cuarto semestre de la Fundación de Estudios Superiores de Comfanorte FESC de la Facultad de Diseño Gráfico, en la ciudad de Cúcuta, con edades entre 16 y 21 años.

Para la recolección de datos se hizo la construcción de una encuesta con preguntas cerradas y entrevistas, se hizo el uso de ejercicios de redacción y relatos que permitían indagar e identificar detalles para profundizar en el tema de su estructura mental o formas de pensar desde su formación.

Los resultados arrojaron que un 26% de los participantes tenían la edad de 16 años, un 25% de los jóvenes tiene un grupo familiar de cuatro personas, un 48% refirió tener sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío, por otro lado, un 40,8% refirió sentir pesimismo o falta de esperanza, de acuerdo con los sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia se encontró un 54% de los jóvenes, el 48% presenta pérdida de interés o placer en las actividades o pasatiempos.

De acuerdo a unas preguntas, el 66% de los jóvenes contestaron que presentan pérdida de fatiga, energía y sensación de estar más lento, el 52% tienen dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, por otro lado, el 60% contestó que presenta cambios en el apetito o el peso; en cuanto a pensamientos de muerte o suicidio o intentos de suicidio el 84% dijo no y solo el 17% dijo que si, y para finalizar, un 34% refirió sentir dolores, molestia, dolor de cabeza y calambres, problemas digestivos sin causa física.

La relación de las anteriores investigaciones nacionales con la presente es la exploración de aquellas dimensiones que afectan la salud mental de los estudiantes como la vida académica, la

vida laboral, lo social, entre otras, ocasionando la presencia de características de ansiedad y depresión, de la misma manera se evalúa la caracterización y sintomatología depresiva en los adolescentes por diferentes y evalúa demás variables que puedan tener relación con la ansiedad y depresión, identificando los niveles de cada una en la población.

Marco Teórico

El siguiente marco teórico está compuesto por los temas de relevancia para la investigación en curso, en el primer capítulo se habla de psicología clínica, y a su vez tiene como subtemas la salud mental de los adolescentes y los factores de riesgo y protección de la salud mental; el segundo capítulo trata sobre la adolescencia y tiene como subtemas la búsqueda de la identidad, etapas de la adolescencia, cambios físicos, desarrollo cognoscitivo, desarrollo psicosocial y desarrollo emocional; el tercer capítulo expone sobre la ansiedad, en el cual se encuentran los síntomas de ansiedad, la evaluación con su respectivo inventario, los factores de riesgo de la ansiedad, la ansiedad en adolescentes y la ansiedad en los adolescentes durante el Covid-19, y en el cuarto capítulo se encuentra la temática sobre depresión, el cual se compone de los síntomas de la depresión, la evaluación y el inventario, factores de riesgo de la depresión, depresión en adolescentes y por último la depresión en adolescentes durante el Covid-19.

Capítulo I. Psicología clínica.

El tema que se va a desarrollar en este primer capítulo trata de la psicología clínica, que según Goldenberg (1973) la psicología clínica puede ser definida como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz con mayor sentido. Así mismo, para Korchin (1976), la psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana, su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante investigación, mejorar técnicas y ampliar conocimientos para lograr mayor eficacia en el futuro.

De esta forma, tal como refiere Zarit y Robertson (2006) citado por Góngora y Casullo (2009), la psicología clínica se propone actualmente la necesidad de descubrir nuevas formas de abordar los problemas psicopatológicos que afligen a las personas. Hasta el momento poca atención se le ha prestado a la promoción de la salud como un fin en sí mismo, o como una forma de prevenir los trastornos mentales. Así pues, a partir de esto se puede exponer que la psicología clínica presenta múltiples funciones, tal como lo expresa Zarit y Robertson (2006), se encarga de abordar problemas psicopatológicos, hace uso de distintos instrumentos para llevar a cabo la evaluación psicológica, diagnosticar y hacer uso de manuales de clasificación de enfermedades, por otro lado, realiza funciones de prevención de problemas psicológicos y promocionar la salud mental y bienestar de las personas.

Desde la psicología clínica se pueden trabajar una serie de trastornos o problemas, de acuerdo con López (2008), la psicología trata las fobias o miedos específicos, trastornos de pánico, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada y por separación, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos por estrés postraumático, depresión, trastorno bipolar, disfunciones sexuales, trastorno de pareja, insomnio y pesadillas, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, ira, víctimas de abuso sexuales, tartamudeo, tics o hábitos nerviosos, mutismo selectivo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, problemas niños-padres, deficiencia mental, autoestimulación y autolesión, esquizofrenia, autismo o psicosis infantiles, duelo, baja autoestima y trastornos de personalidad.

Por otro lado, es importante recalcar los modelos para la intervención en psicología clínica, que según López (2008) son el modelo médico u orgánico, modelo comunitario, modelo psicodinámico, modelo fenomenológico, modelo sistémico y el modelo conductual y cognitivo-conductual, así mismo, de estos modelos se derivan los enfoques para el tratamiento en la

psicología clínica, donde según López (2008) son el psicoanálisis, la terapia psicodinámica, psicoterapia basada en el cliente, terapia gestáltica, la terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, análisis transaccional y la terapia sistémica.

Funciones del psicólogo clínico

Los psicólogos clínicos se dedican o tienen como función los siguientes aspectos, que según (Bernstein y Nietzel, 1980/1988; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998; Kendall y Norton-Ford, 1982/1988) citado por López (2008) son la evaluación, tratamiento, prevención, prevención, intervención, investigación, enseñanza, asesoramiento y dirección y gestión.

1. Evaluación, donde el psicólogo clínico se encarga de identificar, especificar y cuantificar las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones de una o más personas, así como las variables personales y ambientales que los mantienen, para explicar y modificar el comportamiento o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica.
2. Tratamiento, prevención e intervención, aquí el psicólogo clínico ayuda a otras personas a comprender sus problemas, reducirlos o superarlos, prevenir la ocurrencia de estos o a mejorar las capacidades personales. De acuerdo a la prevención, se debe tener en cuenta la prevención primaria, secundaria y terciaria; el tratamiento ya se lleva a cabo cuando se tienen unos problemas consolidados y la intervención se puede llevar a cabo en centros de salud, centros psiquiátricos, entre otros, y puede ser individual, grupal o de pareja. Investigación donde solo algunos psicólogos clínicos se dedican a esta. Las formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados, es decir, se valora su adecuación o eficacia utilizando una metodología científica.

3. La enseñanza es común en los psicólogos clínicos que trabajan en universidades, donde imparten materias como psicopatología, evaluación, terapia de conducta, psicoterapia dinámica, psicología clínica, psicología de la salud, personalidad, entre otras y la enseñanza no se limita solo a estudiantes de psicología, sino que incluye a psicólogos en ejercicio, o a otros profesionales y al público en general.
4. Asesoramiento es la ayuda o aconsejamiento que el psicólogo clínico puede ofrecer a organizaciones distintos tipos, tales como Instituto Nacional de Salud, compañías sanitarias privadas, escuelas, centros de asistencia primaria, hospitales, cárceles, centros para drogodependientes, grupos de autoayuda, unidades de geriatría, juzgados, entre otros.
5. Dirección y gestión hace referencia a la dirección y gestión de un organismo o institución e incluye funciones como organización de recursos, coordinación de actividades del personal, distribución del presupuesto, toma de decisiones sobre la marcha de la institución, redactar informes para las autoridades, manejo de conflictos entre el personal, entre otras; es decir, un psicólogo puede formar parte de uno de estos comités y ejercer también así funciones gestoras.

Salud mental en los adolescentes

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, de esta manera, la OMS refiere que la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Por lo tanto, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Así pues, según la OMS (2020), la etapa de la adolescencia comprende un rango entre los 10 y 19 años, esta es una etapa formativa y única en la cual se presentan muchos cambios emocionales, sociales y físicos. Además, se tiene en cuenta que ciertas situaciones como la exposición a la pobreza, la violencia o el abuso, cambios abruptos en su vida, puede ocasionar en los adolescentes que sean más vulnerables a presentar problemas en la salud mental. Seguido a esto, proteger y promover el bienestar psicológico de los adolescentes de factores de riesgo que puedan afectar su capacidad de desarrollo es primordial para su bienestar durante esta etapa y para su desarrollo en la edad adulta.

Teniendo en cuenta la salud mental durante esta etapa, Fernández (2014), refiere que los problemas de salud mental más frecuentes en los adolescentes son la depresión, la ansiedad, el trastorno de la conducta y el trastorno del déficit de atención e hiperactividad. De este modo, se calcula que la mitad de las personas que tienen una enfermedad mental desarrolla los primeros síntomas antes de los 14 años y es en este periodo de la vida en el que se pueden tener consecuencias más importantes para toda la edad adulta. Además, se ha demostrado que existe una asociación entre distintas conductas de riesgo, la depresión y otros estados de salud mental negativos.

La anterior autora, también refiere que la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes europeos entre los 15 y 19 años es del 20%. Y aproximadamente uno de cada cinco adolescentes presentará depresión en algún momento. Por otro lado, en Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de muerte en los chicos de 11 a 18 años y en España, los estudios indican que uno de cada cuatro suicidios se da en menores de 25 años.

Por otro lado, Fernández (2014) señala una serie de síntomas para lograr identificar una mala salud mental en los adolescentes en los que cuales se puede encontrar irritabilidad frecuente

con brotes repentinos de ira, preocupación, sensibilidad a la crítica, dolores de cabeza, de estómago u otros, aislamiento frente a las personas como los padres o algunos amigos, deja de disfrutar de las actividades que por lo general le gustaban, cansancio durante gran parte del día, sentimientos de tristeza o melancolía la mayor parte del tiempo, problemas para dormir o dormir más de lo normal, cambio en los hábitos alimentarios, dificultad para concentrarse, problemas para tomar decisiones, cambios en el rendimiento escolar, entre otros.

Factores de protección y de riesgo en la salud mental

Teniendo en cuenta los factores de protección y de riesgo, Torres, Osorio, López y Mejía (2006), exponen que los factores protectores hacen menos vulnerables o protegen a los adolescentes de desarrollar patologías que afecten la salud mental en determinado momento de la vida, estos factores de protección son aquellos atributos o características que ayudan a alcanzar una calidad de vida, bienestar social y desarrollo. Además, los factores protectores son susceptibles de intensificarse o modificarse y no se producen de manera instantánea. Así mismo, Amar, Llanos & Acosta (2003), refieren que los factores protectores en la Salud Mental son aquellos recursos con los que las personas cuentan como mecanismo de defensa ante las situaciones de peligro o vulnerabilidad emocional, favoreciendo el manejo de emociones, el control del estrés y permitiéndoles potencializar sus capacidades humanas.

De esta forma, Torres et al. (2006) informan que algunos de los factores protectores durante la adolescencia son: Una dinámica familiar con una estructura que ayude con los procesos funcionales y físicos de la familia, La creación de políticas sociales que tengan como objetivo la atención de la niñez y la adolescencia, con ciertas acciones que permitan el desarrollo, una salud integral y el bienestar social, la promoción de una salud reproductiva orientada al autocuidado, la

existencia de una red de apoyo que apoye emocionalmente a las personas, comunidades y familias que son afectadas por la intolerancia y problemas de la salud mental de la población, el desarrollo de un medio ambiente seguro y saludable. (p.25)

Reconociendo la existencia de algunos factores de protección, es importante reconocer la existencia de algunos factores de riesgo, que, por el contrario, a los factores de protección, éstos aumentan la probabilidad de que el adolescente desarrolle alguna patología que impacte la salud mental. Según la OMS (2020), los factores de riesgo son cualquier característica, rasgo o la exposición que presenta algún individuo que aumente la probabilidad de sufrir alguna lesión o enfermedad tanto física como mental. De esta forma reconoce como factores de riesgo el consumo del tabaco, la falta de higiene, consumo de alcohol, las prácticas sexuales de riesgo, entre otros.

Seguido a esto, Torres et al. (2006, pp. 26–27) refieren que los factores de riesgo determinan una alta probabilidad de daño o resultados indeseados en la vida del adolescente, por lo tanto, se debe actuar ante esto: familias disfuncionales, conductas de riesgo y deserción escolar. Determinan algunos factores protectores como: La exposición a eventos violentos, los cuales pueden resultar en daños psicológicos o físicos a otras personas, asociándose estos a la agresión tanto física, como psicológica o emocional, el consumo de alcohol y drogas, la exposición a maltrato emocional, aún si es un ser activo o pasivo dentro de esta exposición, entendiéndose como ser activo el adolescente que degrada a la persona generando sentimientos de inseguridad, poca autoestima, entre otros; la exposición a maltrato físico, el cual genera como consecuencia una conducta negativa en el adolescente y ciertas características o cambios a nivel psicológico.

Capítulo II. La adolescencia

Iniciando con la etapa de la adolescencia, según Papalia (2001), esta etapa es un largo periodo que abarca aproximadamente desde los 11 y 19 o 20 años, una transición del desarrollo que implica cambios cognoscitivos, físicos, sociales y emocionales, adoptando diferentes formas en distintos escenarios culturales, económicos y sociales. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) define la adolescencia como un periodo del desarrollo humano producido después de la niñez y antes de la edad adulta, en el cual se producen muchos cambios y se presenta entre los 10 y 19 años. Es una de las etapas más importantes del ser humano de muchas transiciones, caracterizada por un ritmo rápido de crecimiento y condicionada por varios procesos biológicos.

Además de que en esta etapa se presenten cambios cognoscitivos, físicos, sociales y emocionales, durante la adolescencia se genera una búsqueda de identidad. A partir de esto, Erik Erikson (1958), citado por Pérez (2017), la identidad es el conjunto de rasgos propios de cada persona o de un conjunto de individuos, estos caracterizan al individuo frente a otros, además, es la conciencia que la persona tiene sobre sí misma convirtiéndola en alguien distinta a los demás. Seguido a esto, el entorno en el que se desenvuelve una persona ejerce una gran influencia en la construcción de la identidad de una persona, de igual modo, los rasgos que conforman a una persona también son hereditarios o innatos.

Es por esto, que Erik Erikson refiere que, la identidad representa la percepción de la continuidad y la mismidad de la existencia de una persona en tiempo y espacio, así como percibir el hecho de que los demás reconocen esa mismidad, es así que se puede considerar cinco principios sobre la identidad:

1. La identidad es construida mediante la interacción con otros.
2. La definición de identidad es construida socialmente del ser.
3. Dentro de la definición de identidad es central la mismidad o el sentido del ser, el reconocimiento por otros de la existencia y la continuidad espacio-temporal.
4. La identidad como fenómeno eminentemente subjetivo la cual contiene un componente emocional fuerte.
5. La formación de la identidad es un proceso profundo de valoración de la propia individualidad, es así como se tiene una relación estrecha con la autoestima.

Para Erik Erickson durante la primera etapa de la adolescencia se desarrolla la búsqueda de la identidad, en la cual se producen muchos cambios significativos en toda la persona, especialmente en el Yo, es en esta búsqueda que el adolescente se siente atrapado en un problema de identidad.

Identidad del Yo

El Yo es el sentido consciente de uno mismo y es desarrollado a través de la interacción social, a esto Erikson (1958) lo define como identidad del yo, esta identidad está en constante cambio, es un proceso dinámico gracias a las nuevas experiencias y a la información que se va adquiriendo por medio de la interacción diaria que se tiene día a día con las demás personas.

El concepto de identidad en la adolescencia sólo se termina cuando la persona logra una nueva identificación luego de las experiencias infantiles vividas, y es esta identificación quien le permite al adolescente crear una posición y una imagen frente a los demás, reflejando allí su identidad propia. Así pues, Erikson manifiesta que es de gran importancia la existencia de una teoría del desarrollo humano la cual intente aproximarse a los distintos fenómenos partiendo de

las cuestiones desde donde y hacia donde se desarrollan, además, que plantea la psiquis por fases planteando las exigencias de cada una para un armonioso desarrollo; De allí, nace la teoría de Erik Erikson de la identidad personal en la cual aplica todas sus ideas del desarrollo humano, conformándolo en etapas del desarrollo de la identidad de la persona o mejor conocido como el ciclo epigenético.

Etapas de la adolescencia.

Según Gaete (2015), el desarrollo biopsicosocial de la adolescencia presenta ciertas características comunes y se divide en tres etapas, denominadas adolescencia temprana, media y adolescencia tardía, la edad comprendida en cada una varía según distintos autores. Seguido a esto, cada etapa de la adolescencia se caracteriza por un sinnúmero de cambios tanto a nivel psicológico, como biológico y a nivel social; en los cambios psicológicos intervienen los procesos mentales de la persona, a nivel social se presentan cambios en las relaciones de su entorno y el nivel biológico se refiere al nivel madurativo.

Como primera etapa se encuentra la Adolescencia temprana, en esta según Papalia (2001), refiere que la adolescencia temprana inicia en la pubertad en la edad comprendida entre los 10 y 12 años, en esta etapa se presentan distintos cambios físicos y se inicia el proceso de maduración psicológica, hay un salto de un pensamiento concreto a un pensamiento más abstracto en el cual el adolescente trata de crear de forma más propia sus criterios. Seguidamente, en cuanto a lo social, el adolescente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños por los demás, siendo aún rechazado en parte por los adolescentes y desarrollando así una desadaptación social, incluyendo la familia, contribuyendo a alteraciones emocionales como depresión y ansiedad.

Los cambios que se presentan en esta etapa se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; durante esta etapa suelen ocurrir cambios en su medio, como en la escuela, con sus compañeros, maestros, en sus responsabilidades y en el sistema educativo. Durante la adolescencia temprana la familia se convierte en un factor importante sobre la forma en que el adolescente vive esta etapa, ya que la autoridad y el apoyo serán de gran ayuda para estructurar su personalidad y enfrentarse al cambio que provoca esta fase.

La segunda etapa es la adolescencia media, según Papalia (2001) esta etapa inicia a los 14 y 15 años, en la cual el adolescente consigue un grado de aceptación de sí mismo y adaptación a todos los cambios, empieza a tener un parcial conocimiento en cuanto a su potencial. En cuanto al ámbito social, el adolescente comienza a adaptarse a un círculo social, a integrarse a distintos grupos estableciendo amistades. Así mismo, Allen y Waterman (2019), refieren que durante esta etapa los adolescentes suelen discutir más con sus padres por el hecho de obtener más independencia, pasando menos tiempo con su familia y queriendo relacionarse más con su círculo social.

Como última etapa se encuentra la adolescencia tardía, esta etapa de la adolescencia es el camino hacia el logro de su autonomía e identidad. Según Papalia (2001), esta etapa inicia entre los 17 y 18 años, en la cual empieza a disminuir la velocidad de su crecimiento y a recuperar una armonía en su percepción corporal, ayudando a superar su crisis de identidad y logrando más seguridad. Además, Gaete (2015) refiere que, en cuanto a su desarrollo cognitivo, durante esta etapa se desarrolla un pensamiento firmemente abstracto, además de alcanzar en la mayoría de los casos un pensamiento más hipotético-deductivo propio del adulto, aumentando la capacidad de resolución de conflictos.

Desarrollo físico

Los adolescentes experimentan cambios físicos en toda su etapa, estos cambios pueden ser conocidos como la pubertad, según Papalia (2001), esta etapa implica cambios biológicos notables y forma parte de un largo y complejo proceso de maduración que empieza antes del nacimiento. Papalia (2001), refiere que en la pubertad se ven reflejadas las características sexuales primarias y las características sexuales secundarias. Las primarias tienen que ver con los órganos relacionados de manera directa con la reproducción, los cuales aumentan de tamaño y maduran durante la adolescencia; las características sexuales secundarias son los signos fisiológicos de la maduración sexual, tales como el desarrollo de los senos y el crecimiento del vello corporal, que no implican los órganos sexuales.

Las niñas en su etapa de pubertad sufren una serie de cambios físicos en todo su cuerpo, según Papalia (2001), los primeros signos externos de la pubertad para las niñas suelen ser el tejido de los senos y el vello púbico, así mismo los pezones crecen y sobresalen. El vello púbico al principio puede ser lacio y sedoso, pero con el tiempo se vuelve grueso, oscuro y rizado. Por otro lado, el estirón del crecimiento en las niñas suele iniciar a los 9 años y 14 años, en este estirón la pelvis de las niñas se ensancha para facilitar la maternidad y bajo su piel se acumulan capas de grasa, lo que le da una apariencia más redondeada (Susman y Rogol, 2004). Y, por último, el principal signo de madurez sexual en las niñas es el desprendimiento del tejido de revestimiento del útero, la primera menstruación es llamada menarquia y su aparición puede variar entre los 10 y 16 años.

De la misma manera, los niños sufren de cambios físicos en esta etapa de la adolescencia, en la que, según Papalia, los primeros signos externos de la pubertad para los niños es el

crecimiento temporal del tejido mamario, un desarrollo normal que puede durar 18 meses y esto les causa preocupación; aparición del vello púbico en el rostro y pecho, la voz suele hacerse más profunda, la piel se vuelve más gruesa y se ve la aparición del acné relacionada con las cantidades de testosterona. El estirón del crecimiento en los niños suele iniciar a las edades de 10 y 16 años, es en este estirón donde sus hombros se enchanchan, sus piernas son más largas a comparación de su tronco. Y de acuerdo con la madurez sexual, los niños tienen su primera espermarquia a una edad promedio de 13 años, este es el resultado de una eyaculación involuntaria de semen.

Desarrollo cognoscitivo.

El desarrollo cognoscitivo en los adolescentes de acuerdo con Piaget, los adolescentes entran en el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo llamado las operaciones formales, que es la capacidad de perfeccionar el pensamiento abstracto. Esta capacidad proporciona una forma nueva y más flexible de manipular la información, ya que pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre, utilizan símbolos para representar otros símbolos, aprecian mejor las metáforas y alegorías, entre otras cosas. De esta manera, el pensamiento deja de ser concreto, ya que el adolescente es capaz de realizar deducciones más complejas siendo capaz de elaborar y desarrollar teorías. Acompañado de las operaciones formales, se encuentra el razonamiento hipotético-deductivo, en la cual, Piaget lo describe como la capacidad de los adolescentes para desarrollar una hipótesis y diseñar un experimento para ponerla a prueba, considerando todas las hipótesis posibles para llegar a la verdadera.

Continuando con el desarrollo cognoscitivo del adolescente, los investigadores del procesamiento de la información Eccles, Wogfield y Byrnes (2003) identificaron dos categorías de cambio en la cognición del adolescente: el cambio estructural y el cambio funcional. El cambio

estructural incluye los cambios de la memoria de trabajo y la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo; el primero va ampliándose en la adolescencia y permite lidiar a los adolescentes lidiar con los problemas complejos y las decisiones que involucran mucha información. El segundo está dividido en el conocimiento declarativo, conocimiento procedimental y conocimiento conceptual. Por otro lado, el cambio funcional son aquellos procesos para obtener, manejar y retener la información, donde se encuentra el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento.

De acuerdo con cada etapa de la adolescencia, el desarrollo cognoscitivo del adolescente va cambiando, según Gaete (2015), en la adolescencia temprana comienza el pensamiento abstracto o formal, la toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, esenciales para la creatividad y el rendimiento académico. Estos cambios se manifiestan frecuentemente siendo importante para el desarrollo de la identidad, ya que le permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear aspectos de su vida. Aunque en esta etapa este pensamiento es lábil y oscilante, predominando aun el pensamiento concreto.

Por otro lado, en la adolescencia media se da un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento, y de la creatividad, aquí, el adolescente ya no acepta la norma hasta conocer el principio que la rige, el razonar sobre su propia persona y la de los demás lleva al adolescente a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general; el pensamiento puede revertir al nivel concreto en situaciones de estrés y por otra parte, aumentan significativamente las demandas y expectativas académicas. Y, por último, en la adolescencia tardía, existe un pensamiento abstracto completamente establecido y si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo, y así mismo, aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas.

Desarrollo psicosocial.

Erikson define la búsqueda de identidad como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. Según Erikson (1968) la principal tarea del adolescente es confrontar la crisis de identidad frente a la confusión de identidad, de modo que pueda convertirse en un adulto único con un coherente sentido del yo y un rol valorado en la sociedad.

De la misma manera, los adolescentes presentan cambios psicológicos, entre ellos se encuentra el egocentrismo, la invulnerabilidad que está asociada a las conductas impulsivas y de riesgo, la iniciación del pensamiento formal, la ampliación del mundo donde surgen intereses propios, el apoyo del grupo y la importancia de la identificación con los otros, redefinición de la imagen corporal y la elaboración de una escala de valores propia. Cada uno de estos cambios contribuye a la construcción de una identidad madura para el final de la adolescencia.

Así mismo, según cada etapa de la adolescencia, se van presentando cambios a nivel social y psicológico, Gaete (2015) los identifica estos cambios según cada etapa:

En la adolescencia temprana a nivel psicológico existen cambios emocionales con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y conducta, así mismo, se da una tendencia a magnificar la situación personal, hay falta de control de impulsos, y una necesidad gratificación inmediata y de privacidad, el adolescente aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional presentan metas no realistas o idealistas. Y a nivel social, hay un deseo de independencia y disminuye el interés por actividades familiares, así mismo, el adolescente empieza a poner a prueba la autoridad y resistencia a los límites, a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas de

parte de los padres, adquiere conciencia de que los padres no son perfectos, lo que ocasiona tensión con estos, aun dependiendo de sus padres.

Continuando con la adolescencia media, a nivel psicológico va aumentando el sentido de individualidad, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de otras personas, el adolescente tiende a aislarse y a pasar más tiempo solo, se preocupa por los demás y por los sentimientos y el egocentrismo se hace más significativo. A nivel social, el grupo de pares es más influyente, el adolescente tiende a adoptar la vestimenta, conducta, códigos y valores de su grupo de pares y la presión de estos puede influir de manera positiva como negativa, y las amistades y grupos pasan de ser del mismo sexo, a ser de ambos sexos, otro aspecto importante es que se separa más de la familia para encontrar su propia identidad.

Por último, en la adolescencia tardía a nivel psicológico la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos, la autoimagen ya no está definida por terceros, sino que depende del propio adolescente, existe conciencia de los límites y limitaciones personales, se adquiere aptitud para tomar decisiones de forma independiente, el adolescente comienza a presentar interés en hacer planes para el futuro, búsqueda de la vocación, avanza hacia la independencia financiera y aumenta el control de impulsos. A nivel social hay una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad, las amistades se hacen menos y son más selectivas, el adolescente se acerca a la familia, aprecia los valores de sus padres, busca su ayuda y ha alcanzado un grado suficiente de autonomía.

Desarrollo emocional

Antes de hablar sobre el desarrollo emocional, es importante resaltar y definir que son las emociones, según Casacuberta (2003), las emociones son aquellas que proporcionan el hecho diferencial de la existencia humana y tienen una gran importancia por su influencia en los procesos psicológicos, tales como la memoria o el pensamiento. Por otro lado, LeDoux (1999) refiere que hubo una época en la que las emociones eran vistas como obstáculos que interferían en la racionalidad, donde las emociones representaban la subjetividad y es posible que la revolución cognitiva no revitalizó las emociones porque se consideraron estados subjetivos de la conciencia.

Entrando en contexto con el desarrollo emocional en los adolescentes, Rosenblum y Lewis (2003) indican que en la adolescencia, las competencias emocionales experimentan un gran desarrollo, esto debido al cambio que se experimenta en la capacidad intelectual, en donde se pasa del pensamiento operacional concreto a las operaciones formales, lo que adquiere una mayor complejidad de pensamiento, por lo que se ven incrementadas las habilidades del procesamiento de la información y el tener una mayor capacidad para la introspección, le permite al adolescente examinar sus propias emociones.

Debido a estudios sobre procesos emocionales en los adolescentes, se señalan una serie de características, que según Ortiz (1999), el adolescente tiene una mayor conciencia de los estados afectivos que en edades anteriores y se hace más referencia a estados mentales a la hora de explicar sus emociones, adquiere un mayor conocimiento acerca del efecto que tienen sus estados afectivos tanto negativos como positivos, en el modo de percibir a la gente y en la realización de actividades y tareas, también existe la conciencia de que una persona puede motivar emociones contrarias y esto no anula los sentimientos de afecto o cariño, el adolescente desarrolla mayor comprensión de

las emociones de los demás, posee capacidad para indagar y recabar información sobre las personas a la hora de inferir y explicar emociones complejas y así mismo, se da la autorreflexión y las competencias cognitivas.

Por otro lado, Rosenblum y Lewis (2004) sugieren que los adolescentes deben desarrollar habilidades para regular las emociones intensas, modular las emociones que oscilan rápidamente, autocontrolarse de manera independiente, lograr el conocimiento de sus propias emociones y atenderlas de manera efectiva, así mismo, comprender las consecuencias sobre sí mismos y los demás, transformar el significado de un acontecimiento negativo, separar experiencias emocionales de la identidad y reconocer que el “yo” puede permanecer intacto, distinguir entre las emociones y los hechos, mantener relaciones interpersonales en presencia de fuertes emociones, sobrellevar la excitación emocional de las experiencias que despiertan empatía y simpatía y utilizar las habilidades cognitivas para obtener información sobre la naturaleza y fuente de las emociones.

Capítulo III. Ansiedad.

Teniendo en cuenta que la ansiedad durante la etapa de la adolescencia es uno de los síntomas que frecuentan los adolescentes, según López, Lázaro, Fullana y Lera (2019), la ansiedad es una emoción que todo el mundo ha experimentado en algún momento y que ayuda al organismo a prepararse para hacer alguna cosa importante. La ansiedad produce una reacción psicofisiológica de activación intensa del sistema nervioso central y de todo el organismo. Aparece cuando se ha de actuar en una situación que demanda un esfuerzo intenso o sostenido y sirve para activar y hacer frente a una amenaza o peligro que está ocurriendo en el presente o que puede pasar en el futuro.

Así mismo, según Ayuso (1988) y Bulbena (1986), citado por Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), la ansiedad hace parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado de la misma, transformándose en una respuesta adaptativa. Así pues, es una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo una emoción displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de acontecimientos somáticos. Seguido a esto, Sierra et.al. (2003), definen a la ansiedad como una combinación de distintas manifestaciones mentales y físicas que no se atribuyen a eventos altamente reales, sino que se manifiestan generalmente como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico.

Por el contrario, Spielberger (1980), citado por Ries, Castañeda, Campos y Castillo (2012) refiere que para definir de forma correcta la ansiedad hay que tener en cuenta la diferenciación entre ansiedad como rasgo de personalidad y ansiedad como estado emocional. La ansiedad-estado es un estado emocional inmediato, que es modificable en el tiempo, la cual se caracteriza por una combinación de sentimientos de aprensión, tensión y nerviosismo, pensamientos molestos, acompañada de cambios fisiológicos. Así pues, la ansiedad- rasgo hace referencia a las diferencias

individuales de ansiedad relativamente estables, siendo esta una tendencia o rasgo. La ansiedad-rasgo, contraria a la ansiedad-estado, no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo presenta aumentos en su estado de ansiedad.

Síntomas de la Ansiedad

Es importante poder reconocer los síntomas de la ansiedad, por lo tanto, Carrillo (2006), expresa que el sistema cognitivo del estado de ansiedad refiere a pensamientos, ideas, imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: miedo o temor, preocupación, inseguridad (personas con ansiedad elevada), aprensión, pensamientos negativos sobre inferioridad o incapacidad, anticipación ante el peligro o la amenaza, dificultad para la concentración y la toma de decisiones, sensación general de pérdida del control o desorganización sobre el ambiente, acompañada por una dificultad para pensar con claridad.

Seguido a esto, Carrillo (2006) expone que los síntomas fisiológicos presentes en el estado de ansiedad son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano como: Síntomas cardiovasculares como un pulso rápido, tensión arterial elevada, palpitaciones, excesos de calor; síntomas respiratorios como sensación de ahogo, sofocos, respiración rápida, respiración superficial, opresión torácica; Síntomas gastrointestinales como náuseas, diarreas, vómito, molestias digestivas, aerofagia; Síntomas genitourinarias como frigidez, micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, e impotencia; síntomas neuromusculares como temblores, hormigueo, fatiga en exceso, tensión muscular, dolores de cabeza y síntomas neurovegetativos como sudoración excesiva, lipotimia y mareos.

Por otro lado, Carrillo (2006) refiere que los síntomas motores del estado de ansiedad aluden a comportamientos observables como consecuencia de la actividad fisiológica y subjetiva:

Entre estas se encuentran actividades como movimientos repetitivos, hiperactividad, paralización motora, movimientos torpes y desorganizados, dificultades de la expresión verbal como el tartamudeo, así mismo, conductas de evitación. Según esto, es notable la correlación de la definición descrita por Ayuso (1988) y Bulbena (1986) sobre la ansiedad, dejando a esta especificada como un principio de función adaptativa al medio circundante.

Por otra parte, luego de tener en cuenta a la ansiedad como función adaptativa, según el DSM-V (2013), los trastornos de ansiedad son aquellos trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas. Refiere la diferencia entre miedo y ansiedad, el miedo es una respuesta ante una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Para poder diferenciar ambas, es necesario saber que el miedo frecuentemente está asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga y conductas de huida, mientras que la ansiedad está más ligada con la tensión muscular, vigilancia ante un suceso futuro y comportamientos evitativos. De esta forma, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas.

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud [CIE-10] (2003), los trastornos fóbicos de ansiedad son un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. y como resultado, se obtiene que estas situaciones sean típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura.

Factores de riesgo de la ansiedad.

López et al. (2019) Refieren que los factores de riesgo en los trastornos de ansiedad se dividen en dos grandes grupos, por un lado, los factores de riesgo predisponentes, que hacen que unas personas tengan más opciones de tener un trastorno que otras como antecedentes familiares, sustancias tóxicas en el embarazo y estilos de crianza y por otro lado, los factores desencadenantes, que hacen aparecer el trastorno, tales como el estrés y la personalidad.

Orozco y Baldares (2012) identifican una serie de factores de riesgo para la ansiedad.

1. Factores biológicos: Para las autoras, los factores genéticos son importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.
2. Factores psicosociales: Orozco y Baldares (2012) refieren que, los estresores psicosociales como lo interpersonal, laboral, socioeconómico, entre otros, juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de los trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación.
3. Factores traumáticos: Las autoras infieren que el enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal tales como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, entre otros, suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.
4. Factores psicodinámicos: Para Kaplan, la ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. Y de la misma manera, la

ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivos compulsivos.

5. Factores cognitivos y conductuales: se refiere que la ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

Ansiedad en adolescentes.

De acuerdo al Ministerio de Salud [MINSALUD] (2018), en la adolescencia son reportados con mayor frecuencia los trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), otros trastornos de ansiedad especificados y los no especificados, entre otros. Los síntomas de ansiedad se pueden presentar solos o asociados con diferentes desórdenes mentales como los trastornos mixtos.

De la misma manera, de acuerdo con el MINSALUD en el boletín de salud mental (2018), en la adolescencia los diagnósticos más frecuentes relacionados con ansiedad son el trastorno de ansiedad, no especificado (CIE10: F419) donde se atendieron 86.269 niños, niñas y adolescentes entre 2009 y 2017 y el trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE10: F412) en el cual se atendieron a 68.880 personas de 0 a 19 años en el mismo periodo del 2009 y 2017. Y, por otro lado, unos estudios epidemiológicos refieren que entre el 2,8% y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un trastorno de ansiedad. Ampliar el tema de ansiedad en el adolescente.

Ansiedad en adolescentes por el Covid-19

De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021), el COVID-19 ha afectado a los adolescentes de forma directa como indirecta, más allá de la enfermedad física; el bienestar social, emocional o mental de muchos adolescentes se vió afectado por la pandemia. Y los traumas que se pueden enfrentan en esta etapa del desarrollo pueden tener consecuencias a largo plazo durante su vida, por tal motivo se buscó garantizar el bienestar social, emocional y mental de los jóvenes, así mismo como el de los padres y cuidadores, para reconocer las dificultades tanto emocionales como mentales.

Por otro lado, ConSalud (2021) refiere que los jóvenes son el grupo poblacional que más ha sufrido las consecuencias de la pandemia con el cierre de colegios, universidades y los riesgos sanitarios debidos al covid-19, lo que aumentó la mala salud mental y un bajo bienestar emocional. Así mismo, Consalud (2021) indica que, en una encuesta realizada por la Oficina de Censo de Estados Unidos en el mes de diciembre, arrojó como resultado que más del 42% de los adolescentes encuestados reportaron síntomas de ansiedad y depresión, y se ha demostrado que los adolescentes se ven más afectados que los adultos.

El psicólogo clínico David Anderson (2021) refiere que los adolescentes tienden a sentirse invencibles y es probable que estén conscientes de que el nuevo coronavirus no es tan problemático para su rango de edad como lo es para las personas mayores. Por otra parte, la psicóloga Josselyn Sevilla (2021), explica que en los adolescentes se puede observar irritabilidad, enfado, desarrollo de manías o aislamiento, y de la misma manera, refiere que la ansiedad se produce por el miedo al contagio y situaciones relacionadas con el coronavirus, y que en su forma de protegerse y proteger a los demás sea mediante el cuidado, ese cuidado suele venir acompañado de enfado e irritabilidad.

El Neurólogo Pérez, citado por Delgado (2021), refiere que gran parte de los problemas de salud mental en los adolescentes, se debe a la falta de sueño que está llevando la pandemia, donde los adolescentes no tienen la obligación de ir a clase a diario, lo que provoca que los problemas de ansiedad, depresión y somatización tienen una relación muy íntima y estrecha con los trastornos de sueño, ya que los adolescentes empiezan a adoptar un sistema que les empuja a acostarse tarde y levantarse tarde, lo que se denomina como síndrome de retraso de fases. De la misma manera, el neurólogo afirma que con la pandemia esta situación se agrava, ya que este cambio de horario de sueño para los adolescentes puede incidir en el aumento de cuadros de ansiedad o depresión, irritabilidad y cuadros anímicos.

Evaluación de la ansiedad.

Existen múltiples formas de poder evaluar la ansiedad en adolescentes, Sánchez (2019) en cuanto al uso de cuestionarios se encuentran entre los más empleados el STAI estado y el STAI rasgo; La ansiedad como estado evalúa a esta como una condición emocional transitoria y la ansiedad como rasgo permite detectar el ser propenso a tener ansiedad relativamente estable. De esta misma manera, otros cuestionarios usados son el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el cual tiene como objetivo específicamente valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

García y Herrera (s.f.), refieren que el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Este cuestionario consta de 21 preguntas con un rango de puntuación entre 0 y 63, interpretando valores como ansiedad muy baja, ansiedad moderada y ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, siendo 0 el valor de “en absoluto”, 1 “levemente”, 2 “moderadamente” y 3 “severamente”.

En relación a esto, Garrido (2020), informa que el BAI es un breve cuestionario autoadministrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual. Este inventario fue creado por Aaron Beck en la década de los 80 y describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo utilizada además para discriminar la ansiedad de la depresión. Cada uno de los ítems del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de los cuatro aspectos relevantes: Subjetivo, neurofisiológico, autónomo y pánico.

Capítulo IV. Depresión.

Otro de los trastornos que suele presentarse durante la etapa de la adolescencia es la depresión, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), la depresión es un trastorno mental frecuente, este se caracteriza por la presencia de algunos síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de culpa o falta de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración. Seguido a esto, según la OMS, la depresión puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en diferentes áreas como el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En caso de depresión más grave, puede tener resultados indeseables como conducir al suicidio; Si es leve, se puede tratar sin tener la necesidad de aplicar medicamentos, pero cuando se presenta un carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Según el DSM-V (2013), dentro de los trastornos depresivos se encuentran el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios tanto somáticos como cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo, diferenciándolos la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (pág. 155)

Por otro lado, el CIE-10 (2003) describe a los episodios depresivos como aquellos episodios donde el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y

disminución de su actividad. Al mismo tiempo, se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. (pág. 320)

Además, la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2019) refiere que la depresión presenta un conjunto de síntomas de predominio afectivo como la tristeza patológica, apatía, decaimiento, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las diferentes exigencias de la vida, desesperanza, ya sea en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse que la depresión presenta una afectación global psíquica y física en la persona, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

De acuerdo con el Ministerio de Salud [MINSALUD] (2017), se calcula que a nivel mundial hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión y el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Por tal motivo se estima que cada año se suicidan alrededor de 800.000 personas en todo el mundo y el grupo más afectado en edad son los correspondidos entre los 15 y 29 años. De la misma manera, se refiere que la prevalencia de la depresión varía de un país a otro, dependiendo de varios factores; se estima que el 30% de los casos de la depresión se vuelve crónica y su presencia aumenta la probabilidad de que se desarrollen algunas enfermedades o empeore el desenlace de otras.

Continuando con el MINSALUD (2017), el Sistema Integral de Información de la Protección Social [SISPRO] reporta que en Colombia las atenciones por depresión han

incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en el año 2015, por otro lado, se estima que los casos de depresión grave con síntomas psicóticos son menos frecuentes y representan entre el 6 y el 13% de las atenciones por depresión. En el año 2015 un 70,4% de las personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada fueron mujeres mientras que el 29,6% fueron hombres, lo que hace ver que las mujeres son más propensas a sufrir depresión moderada o severa.

Síntomas de la depresión.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH] (2016) la depresión se caracteriza por tener diversos síntomas, no solo la tristeza y entre ellos se encuentran los sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”, así mismo el pesimismo o falta de esperanza, culpabilidad, inutilidad o impotencia, pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos, así como pérdida de energía, fatiga o sensación de que está más lento, se tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, y para dormir, despertarse temprano por la mañana o dormir demasiado, se observan cambios en el apetito o el peso, pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio, dolores y molestias, entre ellos, dolores de cabeza y calambres, o problemas digestivos, sin una causa física aparente.

Factores de riesgo de la depresión

De acuerdo a una guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia (2018) los factores de riesgo para la depresión en adolescentes se dividen en individuales como los biológicos y psicológicos, y por otro lado, los ambientales como los familiares y sociales.

1. Individuales biológicos: son aquellos factores en los que se encuentra lo genético como la historia familiar de depresión o trastorno bipolar, también se encuentra la edad y sexo en donde la depresión es más frecuente en las adolescentes y por último los problemas crónicos de salud incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
2. Individuales psicológicos: como factores de riesgo psicológicos se pueden encontrar otros trastornos psíquicos como los trastornos de ansiedad, de conducta, TDAH o disforia de género, el temperamento relacionada a la tendencia de experimentar estados emocionales negativos que se acompañan de características cognitivas y conductuales lo que conlleva a una mayor reactividad a estímulos negativos.
3. Ambientales familiares: se pueden encontrar como factores de riesgo los trastorno psíquicos en los padres, especialmente la depresión y el trastorno por uso o abuso de alcohol y otras sustancias, de la misma manera se considera factor de riesgo los conflictos en las relaciones familiares como los divorcios, conflictos conyugales y conflictos paternos-filiales, se considera otro factor de riesgo los estilos educativos negativos tales como la negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo y por último los maltratos o abusos, ya sean físicos, emocionales o sexuales.
4. Ambientales sociales: problemas escolares como mala adaptación o fracaso académico, dificultades en las relaciones con iguales, el acoso que incluye el trato denigrante, humillación, burla o rechazo y aislamiento.

Depresión en adolescentes

Es primordial considerar los cambios del humor que se presentan durante el proceso de crecimiento del adolescente, por esto, Nardi (2004) afirma que a partir de los aspectos constitucionales y de los procesos de apego, lleva como resultado la construcción de una organización de significado personal específica para todo sujeto. Por lo tanto, es oportuno tratar brevemente las principales relaciones que interactúan entre el cambio del humor y los procesos madurativos del adolescente.

De igual forma, Nardi (2004) expresa que durante el periodo de la adolescencia, la depresión del tono del humor presenta ciertos aspectos sumamente variables: a veces con expresiones comportamentales tales como crisis de llanto, desesperación, rabia, otras veces con actitudes inhibidas como un cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales; en otros casos, puede estar disimulada por trastornos psicossomáticos o por una serie de conductas riesgosas como la tóxica dependencia, la búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino.

Brown y Harris (1978), Diener y Dweck (1980), Adam (1982), citado por Nardi (2004), manifiestan que las descompensaciones depresivas en los adolescentes prosiguen a eventos vividos como pérdidas, ya sean separaciones, reales o amenazas, revelaciones que llevan a ver en forma negativa la imagen y la relación con una persona significativa, erradicaciones sociales o cambio de residencia, enfermedades graves o pérdida de un ser querido, fracaso escolar, problemas económicos, entre otros.

Así pues, Papalia (2001) refiere que la prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia, un promedio anual de casi el 9% de los jóvenes entre 12 y 27 años había experimentado al menos un episodio de depresión mayor y solo cerca del 40% había recibido tratamiento. De la misma manera, menciona que los adolescentes que maduran temprano, son más propensos a deprimirse que los muchachos y esta diferencia de género puede relacionarse con cambios biológicos vinculados con la pubertad.

También, la OMS (2020) informa que a nivel mundial, la depresión es la principal cuarta causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes que tienen edad que comprenden entre los 15 y los 19 años, y la decimoquinta entre los de edades comprendidas entre los 10 y los 14 años. Además, teniendo en cuenta las conductas riesgosas que conlleva la depresión, la OMS (2020) estima que 62,000 adolescentes murieron en 2016 como consecuencia de autolesiones, siendo el suicidio la tercera causa de muerte entre los adolescentes de mayor edad con edades comprendidas entre los 15 a 19 años.

Depresión en los adolescentes durante el Covid-19

Durante la pandemia por Covid-19, los adolescentes son vulnerables especialmente. Tal como refiere Sánchez (2021), el constante desarrollo de funciones y estructuras propician esta condición, sobre todo en el sistema nervioso. En estas situaciones de crisis que deriva esta pandemia, se consideran las características de personalidad en estructuración, los antecedentes familiares y personales de trastornos psíquicos y abuso de sustancias, unido a experiencias de maltrato, estrés, abuso sexual, así como pérdida de uno de los progenitores. En relación con el ambiente, la estructura y funcionabilidad de la familia, las condiciones de la vivienda, la situación

socioeconómica que rodea al menor, unido a la existencia de recursos materiales y emocionales para afrontar este evento juegan un papel importante en la vulnerabilidad de los más jóvenes.

Un sondeo realizado por UNICEF (2020) muestra que la crisis del COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental de los adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe. Este fue realizado en 8,444 adolescentes y jóvenes entre los 13 a 29 años, el cual informa que el 27% de los participantes reportó sentir ansiedad y el 15% depresión. Para el 30%, la principal razón que influye en sus emociones actuales es la situación económica. Así mismo, apunta que la situación general en los países y sus localidades ha afectado el día a día de las personas jóvenes, pues el 46% de ellos reporta tener menos motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaba y el 36% se siente menos motivado para realizar actividades habituales.

Por otro lado, Delgado (2021) refiere que la Academia Americana de Pediatría ha dicho que el padecimiento de los adolescentes durante la pandemia no solo es real, sino que puede llegar a convertirse en depresión; así mismo la psicóloga Natalia Ortega, citada por Delgado (2021), indica que los adolescentes entre los 10 y 19 años de edad que acuden a terapia, un 25% inciden en ser diagnosticados por depresión, y si se habla ya de la sintomatología depresiva como la apatía, desánimo, aislamiento, baja motivación, entre otras, aumenta a un 50% de los casos atendidos de adolescentes desde que inicio la emergencia sanitaria. Así mismo, Ortega, citado por Delgado (2021), sugiere que se deben tener en cuenta si el adolescente empieza a presentar una falta de energía, falta de iniciativa para actividades que anteriormente el adolescente realizaba sin problema, aparición de preocupaciones, y miedo excesivo ante la muerte y/o la enfermedad.

Evaluación de la depresión

Existen muchas maneras de poder evaluar la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes, a través de cuestionarios se puede llevar a cabo esto, la adaptación española del CDI (Cuestionario de Depresión Infantil) es una de la formas de poder realizarlo, según Peñate, Bello, García, Rovella y Pino (2014), el CDI valora síntomas depresivos en la infancia y la adolescencia como la baja autoestima, la tristeza, sentimientos de culpabilidad apatía, estado de ánimo, sentimientos de fracaso, entre otros. Además, existen otras formas de evaluar la depresión, como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

De acuerdo con Muñiz y Fernández-Hermida (2010), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles. La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico.

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de 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 y CIE-10.

Metodología

En el siguiente apartado se describe el tipo de investigación del estudio, el enfoque de la investigación y el diseño de la misma. Seguido a esto, se informa la población en la cual se trabajará y el tipo de muestreo con la cantidad de personas elegidas exactamente. Además, se determina la hipótesis, el proceso de intervención, la definición de las variables de la investigación, los instrumentos que serán utilizados con sus respectivas fichas técnicas, la forma de análisis de la investigación recolectada y por último, los recursos y el cronograma con el trabajo realizado y a realizar.

Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio es de tipo correlacional, ya que se busca la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los adolescentes. Así pues, Sampieri (2006), este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más categorías, variables o conceptos, se miden cada una de éstas, luego, se cuantifican y se analiza la vinculación. Además, menciona que las correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. Por lo tanto, la función de las investigaciones de tipo correlacional está relacionadas con explicar la relación entre las variables, ofrecer predicciones y cuantificar relaciones entre las variables.

Para desarrollar el presente estudio se cuenta con un enfoque cuantitativo, ya que se pretende hacer uso de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, a partir de las puntuaciones obtenidas por los participantes, se llevará a cabo el análisis de los datos, se realiza la relación teniendo en cuenta la correlación de Pearson, se identifica la sintomatología ansiosa y depresiva, clasificándolo a través de tablas que representan los resultados finales según los

objetivos planteados inicialmente. En este sentido, Según Sampieri, Collado y Lucio (2003), se busca utilizar la recolección y el análisis de los datos para contestar las preguntas de una investigación, probar hipótesis establecidas previamente, confiando en la medición numérica, el conteo y el uso frecuente de la estadística para establecer con más exactitud patrones de comportamiento en una población. Así pues, para este enfoque la forma confiable para conocer la realidad de un estudio es a través de la recolección y el análisis de los datos.

Población:

La población elegida son los estudiantes de primer semestre del programa de psicología de la Universidad de Pamplona sede Villa del Rosario, con edades comprendidas entre los 16 y 19 años.

Muestra

El muestreo utilizado para la presente investigación es muestreo no probabilístico por conveniencia aplicado a 42 adolescentes tanto de sexo masculino y femenino, estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona, de la ciudad de Cúcuta; permitiendo seleccionar de manera conveniente a 21 estudiantes de sexo masculino y femenino. Seguido a esto, según Ochoa (2015), el muestreo por conveniencia es una técnica que consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, la población de la investigación se selecciona porque es fácilmente accesible, como lo es en particular de los estudios clínicos, ya que el investigador considera a cualquier individuo que cumpla con las características representativas de la población.

Hipótesis

H1 = Existe una relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes.

Ho= No existe una relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes

Ho= No existe una relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes.

Proceso de Intervención

Fase 1. Planteamiento del problema

Para realizar esta fase se inició por la formulación del problema, es decir, lo que se busca resolver, luego, en el planteamiento del problema se identificó qué se quería investigar, la población y la importancia de la misma, así mismo, se informó sobre la salud mental en el adolescente, seguido a esto, se realizó la descripción del problema donde se tomaron referencias tales como la OMS, cifras, ansiedad, depresión , adolescencia y covid-19, a partir de esto, se llevó a cabo la justificación, donde se expuso la relevancia que tiene por realizar esta investigación en los distintos ámbitos y por último, el objetivo general y específicos.

Fase 2. Elaboración del estado del arte y marco teórico

Para la elaboración del estado del arte se tuvo en cuenta artículos que hicieran referencia a variables tales como la depresión, ansiedad y a su vez que la población a estudiar fueran los adolescentes, para tener una concordancia con la investigación que se está realizando. Por otro lado, el marco teórico se dividió en cuatro capítulos respectivamente, en el capítulo uno se expone la psicología clínica, debido a que es el área de interés del estudio, el segundo capítulo trata sobre

la adolescencia siendo esta la población a estudiar, el siguiente capítulo y el último informan las respectivas variables a estudiar que son ansiedad y depresión respectivamente.

Fase 3. Metodología de la investigación

La realización de esta fase se llevó a cabo teniendo en cuenta los componentes de la misma, identificando el tipo de investigación, el respectivo enfoque, la población y muestra, teniendo presente lo que se quiere trabajar, la población en específico y la manera en la que se va a realizar la investigación, así mismo, se ejecutó la descripción de cada inventario con su respectiva ficha técnica donde se encuentra la información puntal y concisa, y por último, los recursos necesarios y el cronograma, especificando en este los tiempos utilizados para cada componente del estudio llevado a cabo y a realizar.

Fase 4. Recolección de datos y análisis de los datos

Para llevar a cabo la recolección de datos se ejecutará por medio del muestreo no probabilístico de conveniencia, es decir, se elegirá a los estudiantes participantes y voluntariamente ellos decidirán ser parte de la investigación, teniendo en cuenta que la población estimada es de 42 estudiantes, por tal motivo, se espera que la mitad, es decir, 21 sea la cantidad que decidan participar voluntariamente; de acuerdo al análisis de los datos, se hará por medio de tablas ya que se analizarán las variables de estudio y por lo tanto, se analizará los resultados de los inventarios de la misma manera, así mismo, para hallar el coeficiente de correlación, se hace por Excel, donde se obtendrán resultados precisos y su respectiva gráfica de dispersión.

Fase 5. Conclusiones y discusión

Esta fase de conclusión se llevará a cabo luego de comparar los resultados obtenidos con los objetivos iniciales. De acuerdo a esta última fase, se espera que las conclusiones sean las acordes a la investigación terminada, exponiendo lo logrado y cumpliendo con cada uno de los objetivos planteados, tanto el general como los específicos. Para la fase de discusión, se espera que otros psicólogos en formación continúen investigando sobre el tema ya que es de gran relevancia al ser algo tan nuevo para toda la humanidad, de la misma manera, irán surgiendo más discusiones a medida que se vaya terminando de realizar la investigación.

Definición de Variables

Variable 1. Sintomatología depresiva. Se trata de una variable de tipo cuantitativa. Así se le categoriza a sus niveles grave, moderado, leve y mínimo. Sus indicadores son los puntajes obtenidos por la muestra en el Inventario de Depresión de Beck-II. A partir de esto, el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) (2018) refiere que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que causa en el ser humano síntomas de angustia, que afecta de manera biopsicosocial, como dormir, trabajar, pensar, relacionarse. Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas.

Variable 2. Sintomatología ansiosa. Se trata de una variable de tipo cuantitativa. Así se le categoriza a sus niveles grave, moderado, leve y mínima, en cuanto a sus dimensiones emocional, fisiológica y cognitiva. Sus indicadores son los puntajes obtenidos por la muestra en el Inventario de Ansiedad de Beck. Según esto, Lazarus (1976), citado por Virues (2005), expresa que la ansiedad es un fenómeno presente en todos los individuos que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al entorno. Tiene la importante función de hacer movilizar frente a

situaciones amenazantes, de forma que se hace lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo o afrontarlo adecuadamente.

Instrumentos

Teniendo en cuenta el enfoque cuantitativo de esta investigación, para poder analizar la sintomatología de la ansiedad y la depresión en los adolescentes consecuencia del confinamiento preventivo por la pandemia COVID-19, se tendrá en cuenta la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck-II, y, por lo tanto, se tiene presente las fichas técnicas de cada uno de los inventarios y así mismo, la validez, confiabilidad, opciones de respuesta, número de ítems con sus respectivas preguntas o afirmaciones, versiones y el cómo evaluar cada inventario de acuerdo a las puntuaciones que se tienen pactadas.

Inventario de Ansiedad de Beck

De acuerdo al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013), el Inventario de Ansiedad de Beck es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía las áreas de aplicación. La fiabilidad posee una elevada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94 y la correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. Y, por otro lado, la validez tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación r con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81.

Tabla 1. Ficha Técnica BAI.

Características	Descripción
Nombre del test	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Nombre del test en su versión original	Beck Anxiety Inventory (BAI)
Autor	Aaron T. Beck y Robert A. Steer
Autor de la adaptación española	Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández
Editor del test en su versión original	NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)
Editor de la adaptación española	Pearson Education, S.A.
Fecha publicación test original	1988
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Ansiedad
Área de aplicación	Psicología clínica, del deporte, educativa, forense y neuropsicología
Soporte	Papel y lápiz y administración oral
Formato de los ítems	Tipo Likert
Numero de ítems	21 ítems
Opciones de respuesta	En absoluto, levemente, moderadamente y severamente.

Inventario de Depresión de Beck

De acuerdo al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013), el Inventario de Depresión es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Así mismo, sobre la fiabilidad, los datos de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna, los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II. Y, por último, en la validez las puntuaciones de

la prueba presentaron una adecuada validez convergente, es decir, elevadas correlaciones (superiores a 0.50) con las medidas de depresión del MCMI-II y del LED.

Tabla 2. Ficha técnica BDI-II.

Características	Descripción
Nombre del test	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Nombre del test en su versión original	Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Autor de la adaptación española	Jesús Sanz y Camelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández
Editor del test en su versión original	NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)
Editor de la adaptación española	Pearson Education, S.A.
Fecha publicación test original	1996
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Depresión
Área de aplicación	Psicología clínica, forense y Neuropsicología
Soporte	Papel y lápiz y administración oral
Formato de los ítems	Tipo Likert
Número de ítems	21 ítems
Opciones de respuesta	Elegir las afirmaciones que cubran el marco temporal de las últimas dos semanas, incluso el día actual.

Forma de análisis de la investigación recolectada

Para poder llevar a cabo el análisis de los datos recolectados al aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck en los adolescentes, se establecerá por medio de la herramienta Excel, ya que esta permite recolectar y acomodar la información de una manera más organizada, y de la misma manera se hará uso de distintas tablas, donde se pueda observar y plasmar de una manera más clara y precisa los datos obtenidos en forma de porcentaje

en cada uno de los inventarios, así mismo, se clasificarán los resultados según la edad, sexo y sintomatología que presentan.

Recursos y cronograma

Recursos humanos, tecnológicos e intelectuales: Los recursos disponibles para la realización de la investigación son elementos tecnológicos como el computador e internet para el desarrollo de los instrumentos a realizar, el Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de depresión de Beck. Así mismo, otro recurso tecnológico necesario es el uso del correo institucional o medios institucionales para establecer comunicación con los participantes del estudio. Por último, un recurso intelectual necesario es la colaboración de los docentes de primer semestre para que provean la oportunidad de interactuar con los estudiantes en caso de que por medio del correo institucional no se logre.

Tabla 3. Cronograma de anteproyecto 2021-1

CRONOGRAMA 2021-1																
Tesis	Elaboración															
	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
Titulo																
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problema de investigación																
Justificación																
Objetivo general y específicos																
Estado del Arte																
Marco teórico																
Metodología																
Entrega de la propuesta																

Tabla 4. Cronograma de proyecto 2021-2

CRONOGRAMA 2021-2																
Tesis	Elaboración															
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Título																
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Correcciones finales anteproyecto	■	■														
Presentación de la carta de permiso (aplicación de la prueba)			■													
Entrega anteproyecto				■												
Aplicación de la prueba					■	■										
Resultados de la prueba							■	■	■							
Discusión										■	■					
Conclusiones										■	■	■				
Recomendaciones										■	■	■				

Resultados

Primeramente, para la realización de los resultados se tuvo en cuenta el análisis de la variable sexo, por lo tanto, se describió el número de estudiantes en relación al sexo femenino y masculino. Seguidamente, se demuestra el análisis ejecutado a la variable edad, con el respectivo porcentaje. Así mismo, se describen los resultados de ambos sexos de manera general en relación a la sintomatología ansiosa y, por otro lado, se exponen de manera individual. Además, se especifican los resultados de la variable sintomatología depresiva de forma general y de igual forma, de manera individual, teniendo en cuenta cada sexo, cada resultado se describe presenta por medio de tablas y así mismo su respectiva descripción. Por último, se explica la gráfica del coeficiente de correlación de la variable sintomatología ansiosa y depresiva.

Se tomó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual, de 42 estudiantes de psicología de primer semestre de la Universidad de Pamplona extensión Villa del Rosario, participaron voluntariamente un total de 21 estudiantes, es decir, el 50% de la población. Una vez obtenidas las respuestas, se llevó a cabo análisis de cada resultado de manera individual, para poder lograr una mayor precisión, de igual manera, se calificaron los inventarios de manera individual para obtener el rango exacto de cada participante de acuerdo a la sintomatología ansiosa y depresiva. Al obtener todos los resultados se ejecutó la clasificación por tablas como se presentará a continuación.

Tabla 1. Sexo

Sexo	N	%
Femenino	12	57,14
Masculino	9	42,86

En primer lugar, en la tabla 1 relacionada con el sexo, se puede evidenciar que un 54,14% era sexo femenino, mientras que, el 42,86% del sexo masculino, lo que quiere decir que participaron una mayor cantidad de mujeres que hombres.

Tabla 2. Edad

Edad	N	%
16	2	9,52
17	4	19,05
18	8	38,10
19	7	33,33

Por otro lado, en la tabla 2 se puede observar los resultados en relación a la variable de edad, donde el 38,10% se encuentra en un rango de edad de 18 y un 9,52% en la edad de 16, evidenciando en la muestra un mayor número de estudiantes con 18 años y una menor muestra en los estudiantes de 16 años.

Tabla 3. Sintomatología ansiosa

	Nivel	Puntuaciones	N	%
Sintomatología ansiosa	Mínima	0-7	6	28,58
	Leve	8-15	5	23,80
	Moderada	16-25	2	9,52
	Grave	26-63	8	38,10

En la tabla 3 se observan los resultados de manera general relacionada a la sintomatología ansiosa en ambos sexos, donde un 38,10%, es decir, 8 estudiantes entre los 16 y 19 años de sexo masculino y femenino se encuentran en un nivel grave de sintomatología ansiosa y en menor porcentaje, un 9,52%, es decir 2 estudiantes, se encuentran en un nivel moderado.

Tabla 4. Sintomatología ansiosa de acuerdo al sexo.

Femenino	Nivel	Puntuaciones	n	%
Sintomatología ansiosa	Mínima	0-13	2	16,67
	Leve	14-19	3	25
	Moderada	20-28	1	8,33
	Grave	29-63	6	50
Masculino	Nivel	Puntuaciones	N	%
Sintomatología ansiosa	Mínima	0-13	4	44,45
	Leve	14-19	2	22,22
	Moderada	20-28	1	11,11
	Grave	29-63	2	22,22

La anterior tabla hace referencia a los resultados de las variables de sintomatología ansiosa en relación al sexo, donde se puede identificar en la tabla relacionada al sexo femenino que el 50% se encuentra en un nivel grave entre las puntuaciones 20-63 mientras que el 8,33% en un nivel moderado entre las puntuaciones 20-28; y relacionado al sexo masculino de acuerdo a la sintomatología ansiosa, un 44,45% se encuentra en el nivel mínimo con puntuaciones entre 0-13 y un 11,11% en el nivel moderado.

Tabla 5. Sintomatología depresiva.

	Nivel	Puntuaciones	N	%
Sintomatología depresiva	Mínima	0-13	8	38,10
	Leve	14-19	5	23,81
	Moderada	20-28	3	14,29
	Grave	29-63	5	23,80

En la tabla 5, se pueden observar los resultados de manera general relacionados con la sintomatología depresiva en los estudiantes de primer semestre, donde se abarca ambos sexos; dando como resultado que un 38,10%, es decir 8 estudiantes entre los 16 y 19 años de sexo masculino y femenino se encuentran en un nivel mínimo de sintomatología depresiva y un 14,29%, es decir 3 estudiantes, se encuentran en un nivel moderado.

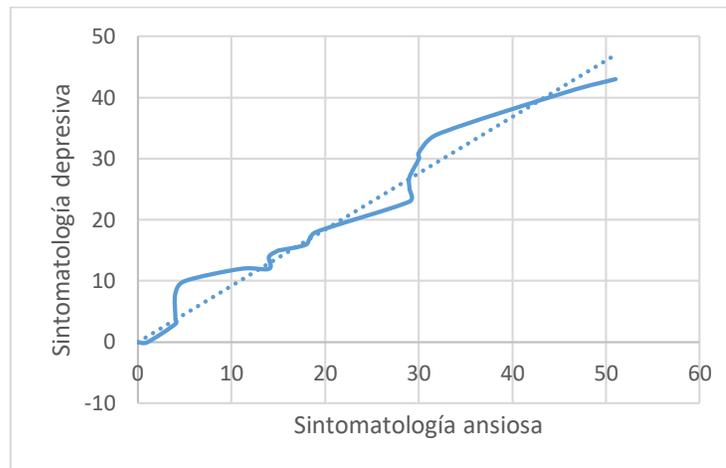
Tabla 6. Sintomatología depresiva en ambos sexos

Femenino	Nivel	Puntuaciones	N	%
Sintomatología depresiva	Mínima	0-13	3	25
	Leve	14-19	3	25
	Moderada	20-28	3	25
	Grave	29-63	3	25
Masculino	Nivel	Puntuaciones	N	%
Sintomatología depresiva	Mínima	0-13	5	55,56
	Leve	14-19	2	22,22
	Moderada	20-28	0	0
	Grave	29-63	2	22,22

La anterior tabla hace referencia a los resultados de la sintomatología depresiva asociada al sexo; con relación al sexo femenino se puede observar que el 25% se encuentra en cada uno de los niveles de la sintomatología depresiva, por otro lado, en relación al sexo masculino un 55,56% se encuentra en nivel mínimo, es decir, en unas puntuaciones entre 0-13 y un 0% en el nivel moderado en las puntuaciones entre 20-28, mientras que el 22,22% se encuentran en los niveles leve y grave.

Por otro lado, para poder hallar la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva, se utilizó el coeficiente de correlación por medio de Excel, donde arrojó como resultado 0,98; esto quiere decir que, hay una correlación positiva alta de casi +1. La pendiente es positiva, ya que, al aumentar la variable de sintomatología ansiosa, así mismo, aumenta la de sintomatología depresiva, mostrando una línea lineal positiva, lo que hace que sean directamente proporcional (gráfica 1.)

Gráfica 1. Gráfica de dispersión.



Teniendo en cuenta lo anterior, según Dietrichson (2019) los coeficientes de correlación se expresan por un número con varios decimales entre -1 y 1, donde -1 y 1 indican correlaciones perfectas, negativas y positivas respectivamente y 0 indica correlación nula. Así pues, refiere que el coeficiente de correlación de Pearson es adecuado para datos de escala de razón o intervalo, ya que toma en cuenta la magnitud relativa de las observaciones. Así mismo, Pearson, citado por Suárez (2011) afirma que esta indica el grado de relación entre dos variables y que tanta relación hay entre ellas, siendo números que varían entre +1 y -1, donde su magnitud indica el grado de asociación entre las variables estudiadas, el valor $r=0$ indica que no existe relación entre las variables; el valor +1 es indicador de una correlación perfecta positiva y el valor -1 de una correlación perfecta negativa.

Discusión

Los resultados demuestran que existe una relación significativa entre la sintomatología ansiosa y depresiva, ya que, a mayor puntuación de sintomatología ansiosa, mayor la puntuación de sintomatología depresiva. Además, se demuestra que en el sexo femenino se presenta mayor puntuación en los niveles de sintomatología ansiosa-depresiva (nivel grave y moderado). Por lo tanto, según el estudio realizado por Fernández (2009), citado por Sánchez (2019), los trastornos ansiosos suelen asociar a trastornos depresivos, abuso de sustancias y suicidio y en cuanto a la clasificación de cuadros ansiosos, las diferentes formas de los trastornos de ansiedad es la misma tanto en niños y adolescentes como en adultos. Generalmente, en relación a las diferencias por razones de sexo, la literatura establece una prevalencia de 2:1 en mujeres que en hombres. Concretamente se ha realizado un estudio con niños y adolescentes de entre 8 y 17 años, los resultados demuestran que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente mayores en todos los trastornos de ansiedad, excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo, en comparación con los niños (Orgilés et al., 2012), citado por Sánchez (2019).

Como se pudo observar en los resultados y consecuencia de la pandemia, los adolescentes, en específico los estudiantes de primer semestre de psicología, presentaron sintomatología ansiosa y depresiva, lo cual demuestra afectación en la salud mental de éstos, durante y después de la pandemia, así pues, tal como lo menciona la OMS (2020) la adolescencia es una etapa única y formativa, donde únicamente no sólo se presentan cambios físicos y sociales, sino que, de igual forma emocionales, del mismo modo, estos cambios son pilares fundamentales para el desarrollo y mantenimiento de los hábitos sociales y emocionales que son importantes para el bienestar mental de todos en especial del adolescente; así mismo, la OMS refiere que cuantos más sean los

factores de riesgos a los que estén expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que se puedan presentar en su salud mental, por tal motivo, la OMS indica que la depresión es la cuarta causa principal de enfermedad en los adolescentes entre los 15 y 19 años y por otro lado, refiere que la ansiedad es la novena causa principal en los adolescentes 15 a 19 años.

Por tal motivo y según lo referenciado, se confirma lo expuesto en el desarrollo de la investigación, debido a que la edad de la población está entre los 16 a 19 años, considerada como la etapa de adolescencia y así mismo, se visualiza la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva consecuencia de la pandemia, lo que se considera como el factor de riesgo en el caso de la investigación para los adolescentes y de la misma manera, se observa que el sexo femenino presenta una mayor sintomatología ansiosa grave que el sexo masculino, y al contrario, de acuerdo a la sintomatología depresiva el sexo masculino presentó una mayor sintomatología en el nivel mínimo que el sexo femenino.

Conclusiones

Como se ha visto a lo largo de la investigación, la adolescencia es una etapa del desarrollo donde se producen diversos cambios tanto físicos como mentales, así mismo se da la madurez, la toma de decisiones, en la adolescencia también se empiezan a fortalecer las relaciones interpersonales ya sean con los padres o con amigos; todos estos cambios traen consigo el fortalecimiento o debilidad de la salud mental la cual es muy importante en esta etapa del desarrollo debido a que situaciones negativas pueden traer consigo diversas sintomatologías o patologías, que no solo afectan físicamente sino mentalmente, y hace que se pierda la motivación sobre ciertas cosas. Como lo es en el caso de esta investigación donde se puede ver reflejado la sintomatología ansiosa y depresiva consecuencia de la pandemia Covid-19 en los adolescentes, es por lo tanto que.

En primer lugar, se puede concluir que la edad que predominó en la investigación fue 18 años con un total de 8 estudiantes, de acuerdo al sexo, el predominante fue el femenino con 12 estudiantes; por otro lado, un alto número de estudiantes presenta un nivel grave de sintomatología ansiosa, siendo 8 estudiantes de 21 los que puntuaron entre 26-63; la menor cantidad de la muestra puntuó un nivel moderado; 5 estudiantes presentan un nivel leve y 6 estudiantes obtuvieron una puntuación entre 0-7, presentando un nivel mínimo de sintomatología ansiosa. De acuerdo al sexo, se logró identificar que, de 12 estudiantes de sexo femenino, 6 estudiantes puntuaron en una sintomatología ansiosa grave mientras que 1 estudiante puntuó en el nivel moderado, del sexo masculino, 4 de 9 estudiantes puntuaron en un nivel mínimo y 1 estudiante en el nivel moderado.

Por lo anterior, se concluye que todos los estudiantes de primer semestre de psicología de la Universidad de Pamplona sede Villa del Rosario presentan sintomatología ansiosa sin

excepción, consecuencia de la pandemia Covid-19, donde se manifiesta más afectación en el sexo femenino que el masculino, sobre todo para el nivel grave.

En segundo lugar, de acuerdo a la sintomatología depresiva, al contrario de la sintomatología ansiosa, se obtuvo mayor puntuación en un nivel mínimo, con un total de 8 estudiantes; el nivel leve y grave reflejaron un mismo porcentaje, siendo 5 estudiantes los que obtuvieron puntuaciones entre 14-19 y 20-28 respectivamente: además, igual que los resultados arrojados de la sintomatología ansiosa, la menor cantidad de la muestra puntuó un nivel moderado de sintomatología depresiva. De acuerdo al sexo femenino en la sintomatología depresiva la misma cantidad de estudiantes puntuaron en cada uno de los niveles, mientras que en el sexo masculino 5 estudiantes puntuaron un nivel mínimo y ningún estudiante en el nivel moderado; esto quiere decir que al igual que en la sintomatología ansiosa, todos los estudiantes presentan y están en un grado de sintomatología depresiva, con la diferencia de que los más afectados en ese caso, son el sexo masculino.

Además, se puede concluir que los adolescentes y en especial los estudiantes de psicología de primer semestre podrían estar presentando riesgos al encontrarse en niveles graves y moderados considerablemente en las variables ansiosa y depresiva. Por lo tanto, es evidente la importancia de proponer estrategias que promuevan la salud mental en los estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona, como de cualquier otro escenario, siendo estas estrategias de realización personal o de procedencia externa, ya que estas estrategias ayudarían a contrarrestar y a disminuir los riesgos de presentar diferentes sintomatologías, teniendo en cuenta que las situaciones negativas que presenten los adolescentes pueden aumentar los síntomas.

Así pues, los adolescentes en esta etapa atraviesan cierta vulnerabilidad a presentar sintomatología de diferentes trastornos, en este caso sintomatología ansiosa y depresiva. Por lo

tanto, es necesaria la ejecución de estrategias tales como orientación en técnicas de relajación, hacer uso de canales de promoción de la salud mental, diferentes actividades de autocuidado, entre otros. El objetivo de estas estrategias es que puedan contribuir con el bienestar tanto físico como mental.

Por último, se concluye que se pudo establecer la existencia de una relación directa entre la sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de primer semestre de psicología de la Universidad de Pamplona sede Villa del Rosario, esto como consecuencia de la pandemia Covid-19, debido a que, al aumentar la sintomatología ansiosa, aumenta la sintomatología depresiva, por lo tanto, al existir una relación se confirma la hipótesis planteada en la metodología de la investigación.

Recomendaciones

Se recomienda continuar con el proceso de investigación, ya que se debe tener en cuenta el nivel de vulnerabilidad al que están expuestos los adolescentes, así mismo, el riesgo elevado que se presenta durante emergencias sanitarias como la pandemia por covid-19.

Orientar o diseñar el estudio a tipo cualitativo o mixto, con el fin de que se pueda obtener información complementaria, que incremente la descripción de la realidad, por lo tanto, se recomienda el uso diferentes instrumentos, ya sean entrevistas, grupos focales, que puedan ampliar de manera significativa los resultados y posturas personales de la muestra. Así mismo, se recomienda ampliar la población, ya sea con estudiantes de psicológica o de otras carreras, de igual forma, hacer uso de población de universidades públicas y privadas, además, otro tipo de etapa del desarrollo, ya sea la adultez o vejez, esto para hacer diferentes tipos de correlaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda a las diferentes universidades o instituciones educativas que puedan llevar a cabo espacio necesarios y óptimos para la promoción de la salud mental y prevención de la aparición de trastornos mentales. De esta forma, que el personal de psicología de estos contextos incentive la creación de programas o la vinculación con grupos interdisciplinarios de profesionales, que tengan como objetivo el desarrollo de estrategias que promuevan pautas de vida saludable, aumentando la motivación, las relaciones sociales y diferentes aspectos de la vida de los adolescentes.

Seguidamente, teniendo en cuenta uno de los objetivos específicos, esta investigación plantea ciertas técnicas o estrategias que posibiliten la promoción de la salud mental en los

estudiantes de primer semestre de psicología, estrategias que se pueden implementar en cualquier tipo de población y de fácil acceso.

Como primera estrategia que se le recomienda a los estudiantes, se tiene la técnica llamada relajación progresiva de Jacobson, la cual contiene tres fases y está orientada hacia el reposo muscular: La primera fase denominada tensión-relajación, la persona debe relajar cara, cuello y hombros en un orden específico; se empieza por la frente, ojos, nariz, boca, lengua, mandíbula, labios, se sigue por el cuello, nuca y se termina en hombros y cuello. Seguido se debe relajar los brazos y manos, luego las piernas y, por último, se relaja el tórax, espalda, estómago y cintura (estos últimos son mejor sentados en una silla), cada ejercicio se debe repetir por lo menos tres veces. La segunda fase de repaso mental, consiste en repasar mentalmente cada una de las partes que se han tensionado y relajado, esto con el fin de comprobar que cada parte sigue relajada. Por último, la tercera fase es la relajación mental, consiste en pensar en algo agradable, algo relajante, música, paisaje, mantener la mente en blanco, entre otros.

Como segunda estrategia o actividad, se recomienda a los adolescentes llevar a cabo ciertas actividades de autocuidado como clave para promover la salud mental de forma óptima. Por lo tanto, se recomienda cuidar de los hábitos alimenticios, mantener una dieta balanceada, evitar el consumo de alcohol, drogas, energizantes, realizar ejercicio, actividad física o recreativa que permita tener altos niveles de energía, con el fin de garantizar no solamente la salud física, sino que, todo lo relacionado con la salud en general. Así mismo, se recomienda mantener hábitos de sueño saludables.

Otra recomendación, es hacer uso de las diferentes vías de atención para la salud mental que ofrece el departamento o las distintas entidades promotoras de los servicios de salud. Por lo

tanto, se aconseja buscar orientación en el personal de psicología de la entidad a la que se esté afiliado, con el fin de que sean guiados en procesos adecuados y brindar apoyo. Además, aprovechar los espacios de apoyo psicológicos que suelen brindar las universidades o instituciones educativas.

De igual manera, se les recomienda a los estudiantes el uso diario de autoafirmaciones, esto con el fin de que la generación de pensamientos positivos en el cerebro, logren disminuir considerablemente sintomatología de ansiedad o depresión, en los que se sienten inútiles, fracasados, bajos de autoestima, desmotivados, entre otros. Estas autoafirmaciones diarias permiten combatir poco a poco estos sentimientos de inferioridad; las autoafirmaciones pueden ser “Soy bueno”, “Soy capaz de hacer todo”, “Estoy linda/o”, “Todo lo que me proponga lo puedo lograr”, “No soy un fracasado”, entre otras. Así mismo, se recomienda decir estas autoafirmaciones frente a un espejo, o tenerlas anotadas en una parte de la habitación.

Por último, se les recomienda a los estudiantes practicar técnicas de respiración, las cuales en momentos de crisis puedan implementar para lograr tener un control y un manejo de su cuerpo y su mente; estas técnicas de respiración se pueden repetir hasta cinco veces en el momento, con el fin de disminuir los momentos ansiosos, de estrés o de dificultad, sobre todo en las situaciones que puedan ocasionar los síntomas. De esta forma, una técnica adecuada es la práctica de Mindfulness, la cual consiste en tener apertura para observar la realidad en el momento presente, siendo usada esta estrategia en casos de ansiedad. Los principios básicos son, la búsqueda de un espacio tranquilo, posicionarse en una postura adecuada con espalda recta, ejecutar respiración adecuada explicada anteriormente, centrarse en los pequeños estímulos corporales con los ojos

cerrados, ampliar el foco a las situaciones vividas y por último, volver a una respiración y terminación de la técnica.

Referencias

- Alarcón, P. (S.F). Los trastornos de ansiedad. *Centro de psicología Aaron Beck*. Recuperado de:
<https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/ansiedad.html>
- Allen, B y Waterman, H. (2019). Etapas de la adolescencia. Recuperado de:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Amar, et al. (2003). Factores protectores: Un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301108>
- American Psychiatric Association. (2018). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Incluye acceso a eBook)* (5.^a ed.). Editorial Medica Panamericana S.A. de C.V. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ardiaca, C. (2016). Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña. *Universidad complutense en Madrid*. Recuperado de:
<https://eprints.ucm.es/37627/1/T37200.pdf>
- Bauman, Z. *Identidad*. Buenos Aires, Losada, 2005, 214 pp., ISBN: 84-96375-20-X
- Bautista, L.,a-Rodríguez, Angarita-Mojica, M., Contreras, J.-Rozo, y Otero, M.-Suarez (2017). Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. *Revista ciencia y cuidado*, 5.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/928/894>

Bauzá y Bennassar. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *INFAD. Revista de psicología, 1*. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320025.pdf>

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2019). *4. Definición, factores de riesgo y diagnóstico*. GuíaSalud. Recuperado de: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>

Carrillo (2006). *Un estudio sobre la Ansiedad*. Recuperado de : <http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>

Casios, S. (2014). *Depresión y ansiedad en adolescentes del colegio Calasanz de Loja mediante la herramienta 23 del ministerio de salud pública*. (Tesis, Universidad Nacional de Loja). <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13455/1/DEPRESI%C3%93N%20Y%20ANSIEDAD%20EN%20ADOLESCENTES%20DEL%20COLEGIO%20CALASANZ%20DE%20LOJA%20MEDIANTE%20LA%20HERRAMIENTA%2023%20DEL%20MINISTERIO%20DE%20SALUD%20P%C3%9ABLICA.pdf>

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021). *Kit de recursos parentales acerca del COVID-19 – adolescencia*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/parental-resource-kit/adolescence.html>

Centros de integración juvenil, A.C. para vivir sin adicciones (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Recuperado de: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>

Chó, G., Pivaral, S., Martínez, L., Alfaro de Arcia, A., Galindo, R y Arreaga, A. (2017). *Depresión y ansiedad en adolescentes*. (Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala)
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10609.pdf

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud [CIE-10] (2003). *Trastornos fóbicos de ansiedad*. (pág. 324).

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2020). Campo psicología clínica en atención a emergencia del Covid-19. *Boletines Colpsic*. Recuperado de:
[https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/BOLETIN%20CAMPOS%20PSI_%20CLINICA%20COVID%2019FINAL\(2\).pdf](https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/BOLETIN%20CAMPOS%20PSI_%20CLINICA%20COVID%2019FINAL(2).pdf)

ConSalud (2021, 19 febrero). *La pandemia golpea duramente la salud mental de los más jóvenes*.
https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/pandemia-golpea-duramente-salud-mental-jovenes_92750_102.html

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). *Evaluación del Inventario BAI*. <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. *Evaluación del inventario BDI-II*.
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78(2), 151-159. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>

Delgado, C. (2021, febrero 16). Las secuelas de la pandemia en la salud mental de los adolescentes.

El País. <https://elpais.com/mamas-papas/2021-02-16/las-secuelas-de-la-pandemia-en-la-salud-mental-de-los-adolescentes.html>

Dietrichson, A. (2019). Métodos cuantitativos. <https://bookdown.org/dietrichson/metodos-cuantitativos/>

Elizondo, R. (2005, 25 de mayo). Estudio sobre ansiedad. *Revista psicológica científica*.

Recuperado el 2 de octubre del 2020 de: <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

Fernández (2014). *La salud mental del adolescente: un problema que requiere atención*.

<https://www.familiaysalud.es/salud-joven/noticia-joven/la-salud-mental-del-adolescente-un-problema-que-requiere-atencion>

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010

García, C. (2021, enero 28). Coronavirus y ansiedad en niños y adolescentes: cuando el entorno es

una amenaza constante. *El País*. <https://elpais.com/mamas-papas/2021-01-28/coronavirus-y-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes-cuando-el-entorno-es-una-amenaza-constante.html>

García, C. y Herrera, A. (s.f.). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Recuperado de:

<https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de->

López, E., Lázaro, L., Fullana, M., Lera, S.(2019). *¿Qué es la ansiedad?*.

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>

Lugo, S., Domínguez, A. y Romero, J. (2017, 24 de Julio). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf>

Manios, V., Rosero (2011). *Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes de una institución educativa distrital, de la localidad de Suba*. (Tesis, Pontificia Universidad Javeriana).

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9636/Tesis16-8.pdf;jsessionid=D195F5E630443F7D26854A3CF94F615A?sequence=1>

Mata, L. (2019). *Diseños de investigaciones con enfoque cuantitativo de tipo no experimental*.

Recuperado de: <https://investigaliacr.com/investigacion/disenos-de-investigaciones-con-enfoque-cuantitativo-de-tipo-no-experimental/>

Mendez, P. (2009). Factores psicológicos en la adolescencia. *Anales pediatría continuada*. (7).

<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281809719328>

Mendoza, S. (2017). *Detección de síntomas de ansiedad y depresión en niños, niñas y adolescentes con familias sustitutas*.

<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1844/1/DETECCION%20DE%20SINTOMAS%20DE%20ANSIEDAD%20Y%20DEPRESION%20EN%20NI%C3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES%20CON%20FAMILIAS%20SUSTITUTAS.pdf>

Miller, C. (2021). *Coronavirus, confinamiento y adolescentes*.
<https://childmind.org/article/coronavirus-confinamiento-y-adolescentes/>

Ministerio de Educación y Ciencia. (s.f). *Relajación progresiva de Jacobson*.
<https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf>

Ministerio de Salud [MINSALUD] (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud. [MINSALUD] (2018). *Salud mental en niños, niñas y adolescentes*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. Actualización*.
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf

Morales, F. (2010). *Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa. Tipos de investigación*. Recuperado de:
https://www.academia.edu/8101101/Conozca_3_tipos_de_investigacion

Nardi, B. (2004). *La depresión adolescente*. *Psicoperspectivas*, III (1), 95-126. ISSN: 0717-7798.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171017841006>

NIMH. (2018). *Depresión: Información Básica*. Recuperado de:
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf

Ochoa, C. (29 de mayo de 2015). Muestreo no probabilístico: muestreo por conveniencia. *Netquest*. Recuperado de: <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-por-conveniencia>

OMS (2020). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, 28 de septiembre). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización mundial de la salud. (2020, 30 de enero). Depresión. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). *Depresión*. <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2020). *Factores de riesgo*.
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2020). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Orozco y Baldares (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 604.

<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán y Granados (2011). *Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia*.

<https://scielosp.org/pdf/rsap/2011.v13n6/908-920/es>

PAHO. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Estrategia-y-plan-de-accion-sobre-salud-mental-2009.pdf>

Papalia. (2001). *Desarrollo humano* (12.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Peñate, W. et.al (2014). Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(1), 143-149.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100015

Pérez, D. (2017). Erikson y su aportación a la identidad. Recuperado de:

<https://es.slideshare.net/Davidzpe/erikson-y-su-aportacin-a-la-identidad#:~:text=ERIKSON%20Y%20SU%20APORTACI%C3%93N%20A,individuo%20tiene%20respeto%20a%20s%C3%AD>

Prieto, Weeber, Guzmán, Martínez y López (2020). *Factores que pueden influir en la aparición de la depresión en los jóvenes estudiantes de diseño gráfico de la fundación de estudios superiores de Comfanorte FESC, en la ciudad de Cúcuta durante la pandemia 2020*.

[Proyecto de práctica II-Investigación aplicada, Institución Universitaria Politécnico

Grancolombiano].

https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/2631/PRACTI_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramírez, Álvarez, Valencia, P., Tirado, O. (2012). *Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín*. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a11.pdf>

Ries, F. et.al (2012). *Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas*. Recuperado de:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000200002#:~:text=La%20ansiedad%2Destado%2C%20seg%C3%BAAn%20Spiegelberger,preocupaciones%2C%20junto%20a%20cambios%20fisiol%C3%B3gicos.

S.A. (2015). Encuesta nacional de salud mental. Recuperado de:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

S.A. (2020, 10 de julio). Los efectos psicológicos de la COVID-19. *Fundación lucha contra el sida y las enfermedades infecciosas*. Recuperado de: [https://www.fl sida.org/es/blog/los-efectos-psicologicos-covid-19#:~:text=Un%20estudio%20sobre%20el%20impacto,de%20estr%C3%A9s%20\(17%25\)%2C%20el](https://www.fl sida.org/es/blog/los-efectos-psicologicos-covid-19#:~:text=Un%20estudio%20sobre%20el%20impacto,de%20estr%C3%A9s%20(17%25)%2C%20el)

[https://www.fl sida.org/es/blog/los-efectos-psicologicos-covid-19#:~:text=Un%20estudio%20sobre%20el%20impacto,de%20estr%C3%A9s%20\(17%25\)%2C%20el](https://www.fl sida.org/es/blog/los-efectos-psicologicos-covid-19#:~:text=Un%20estudio%20sobre%20el%20impacto,de%20estr%C3%A9s%20(17%25)%2C%20el)

[https://www.fl sida.org/es/blog/los-efectos-psicologicos-covid-19#:~:text=Un%20estudio%20sobre%20el%20impacto,de%20estr%C3%A9s%20\(17%25\)%2C%20el](https://www.fl sida.org/es/blog/los-efectos-psicologicos-covid-19#:~:text=Un%20estudio%20sobre%20el%20impacto,de%20estr%C3%A9s%20(17%25)%2C%20el)

S.A. (S.F). Inteligencia emocional. Recuperado de:

<https://www.upv.es/contenidos/SIEORIEN/infoweb/sieorien/info/869054C>

Sampieri, R. (2006). Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa.

<https://idolotec.files.wordpress.com/2012/04/sampieri-cap-4.pdf>

Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2003). *Investigación científica*. Recuperado de:

[http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-](http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/219/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf)

[content/uploads/sites/219/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf](http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/219/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf)

Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25

(1), 126. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n1/1029-3019-san-25-01-123.pdf>

Sánchez, N. (2019). ¿Existe relación entre los problemas ansioso-depresivos y la actividad física en adolescentes?

https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/151012/Fuster_Sanchez_Neus.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, P. (2019). Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención

Primaria. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 7 (2), 54.e3.

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num2-2019/54e1-54e10%20Taller%20simultaneo%20-%20Herramientas%20para%20valorar%20la%20ansiedad.pdf>

Sierra, J. et.al (2013). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E*

Subjetividade, 3 (1), 10 - 59. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Suarez, M. (2011). *Coeficiente de correlación Karl Pearson, estadística*.

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/766>

Torres, Y., Osorio, J., López, P., & Mejía, R. (2006). *Salud Mental del Adolescente*. Artes y Letras Ltda. (pp. 25–27).

UNICEF (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*.

Recuperado de: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

Valderrama, L. (2016). *Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales*. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703959>

Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7 (8).

<https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20entendemos%20por%20ansiedad%3F,estando%20basada%20en%20falsas%20premisas>.