



**UNIVERSIDAD  
DE ATACAMA**  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ESTRÉS, ANSIEDAD Y  
COMPORTAMIENTO SUICIDA  
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA COMUNA DE COPIAPÓ”**

Seminario para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título Profesional de Psicólogo

Profesora Patrocinante: Alejandra Vega Álvarez

Tutor Guía: Ricardo Jorquera Gutiérrez

Seminaristas:

Constanza Fernanda Morales Pozo

Javiera Francisca Salas Cáceres

Valentina Alouette Vargas Grenet

Fernanda Teresa Vega Rehbein

Copiapó, Chile 2021

## *Agradecimientos*

*Mis agradecimientos van para mi familia por darme la oportunidad de estudiar, a las grandes personas que conocí durante la universidad y a mi china, que siempre estuvo acompañándome en mis horas de estudio.*

*Constanza Morales Pozo*

*Quiero agradecer a Dios, a mi madre Marcela, a mi padre Manuel y a mi pareja Carlos por todo el apoyo y amor que he recibido, sobre todo en estos años de estudio, han sido un pilar fundamental en esta etapa de mi vida que no solo he sido estudiante sino también madre, también agradecer a mi hijo Alonso que ha sido y será siempre mi gran motor, es por él que llegué donde estoy. Gracias por tanto.*

*Fernanda Vega Rehbein*

*Quisiera dar mis agradecimientos primeramente a Dios que siempre fue quien me sostuvo en los momentos difíciles a lo largo de esta carrera y de la vida. A mi familia, por creer en mí y en lo que podía llegar a ser. A aquellos amigos que me alentaron y apoyaron en cada momento. A mis amigas y compañeras tesisistas, las cuales fueron contención y carcajadas entre clases.*

*Javiera Salas Cáceres*

*Quisiera dar las gracias a mi familia por alentarme siempre a dar lo mejor de mí. A mis compañeras tesisistas por hacer de estos tiempos difíciles una experiencia más llevadera. A mis amigos por todo su apoyo, y a todos aquellos que creyeron en mí.*

*Valentina Vargas Grenet*

*Y por último no quisiéramos dejar de mencionar a cada uno de los académicos que fueron parte de nuestra formación universitaria y profesional. A nuestra profesora patrocinante Alejandra Vega Álvarez, por alentarnos hasta las últimas instancias en nuestra investigación y a nuestro profesor guía Ricardo Jorquera Gutiérrez, por su dedicación y disponibilidad.*

## RESUMEN

La salud mental a nivel mundial ha pasado a ser una gran problemática, ya que año tras año han aumentado los índices de personas que presentan algún tipo de patología o sintomatología relacionada con el área de la salud mental. El objetivo del presente seminario es describir si existe relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con el comportamiento suicida en estudiantes universitarios de la provincia de Copiapó, considerando además su relación con variables sociodemográficas. Corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional, que utilizó la aplicación de encuesta realizada a 290 estudiantes universitarios, utilizando los instrumentos de DASS-21, Escala de Suicidalidad de Okasha y encuesta de caracterización sociodemográfica. Las técnicas de análisis de datos fueron estadísticos descriptivos de frecuencia, media y estadísticos de asociación no paramétrica.

Se evidencia que un 81,03% de los estudiantes presenta sintomatología de estrés, un 60,34% presenta Depresión y el mismo porcentaje Ansiedad. En tanto, un 26,90% presenta comportamiento suicida, existiendo una correlación positiva entre las variables de afección emocional y comportamiento suicida, siendo según la variable sexo las mujeres quienes se encuentran más estresadas. Se concluye que la presencia de sintomatologías de salud mental en este contexto requiere de revisión y de atención oportuna favoreciendo la prevención por el riesgo en que se encuentra la comunidad universitaria.

**Palabras claves:** Salud mental, sintomatología, depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mental health worldwide has become a huge problem, since year after year the rate of people who present some kind of pathology or symptomatology related to the mental health area has increased. The objective of this thesis seminar is to describe if there exists a relation between depression, anxiety or stress symptomatology with suicidal behavior among university students of Copiapo, considering also its relation with sociodemographic variables. This is a quantitative, descriptive and correlational study, which used a poll applied to 290 college students, using the instruments DASS-21, Okasha's Suicidality Scale and a sociodemographic characterization survey. The data analysis techniques were frequency descriptive statistics, mean and non-parametric association statistics.

The evidence shows that 81,03% of the students do present stress symptomatology, while a 60,34% presents depression symptomatology, and the same percentage presents anxious symptomatology. Regarding suicidal behavior, a 26,90% does present this behavior, existing a positive correlation between the emotional affection and suicidal behavior variables, being women, according to the "sex" variable, the ones who are more stressed. In conclusion, the presence of mental health symptomatology in this context requires a review and timely attention, favoring prevention due to the risk in which the college students find themselves.

**Key words:** Mental health, symptomatology, depression, anxiety, stress and suicidal behavior.

## ÍNDICE

|  |       |
|--|-------|
| <b>Introducción</b> .....                          | 7-10  |
| <b>Capítulo 1: Problema de investigación</b> ..... | 11-18 |
| 1.1 Planteamiento del problema.....                | 11-16 |
| 1.2 Justificación.....                             | 16-17 |
| 1.3 Pregunta de investigación.....                 | 17    |
| 1.4 Objetivos.....                                 | 17-18 |
| 1.4.1 Objetivo general.....                        | 18    |
| 1.4.2 Objetivo específico.....                     | 18    |
| <b>Capítulo 2: Fundamentación teórica</b> .....    | 19-34 |
| 2.1 Marco teórico.....                             | 19-28 |
| 2.2 Marco conceptual.....                          | 29-31 |
| 2.3 Estado del arte.....                           | 31-34 |
| 2.4 Hipótesis de investigación.....                | 34    |
| <b>Capítulo 3: Metodología</b> .....               | 35-47 |
| 3.1 Diseño de investigación.....                   | 35-36 |
| 3.2 Variables.....                                 | 36-39 |
| 3.3 Participantes.....                             | 39    |
| 3.4 Instrumentos de recolección de datos.....      | 39-41 |
| 3.5 Procedimiento de recolección de datos.....     | 41-44 |
| 3.5.1 Aspectos éticos.....                         | 41    |
| 3.5.2 Descripción del software.....                | 42-43 |
| 3.5.3 Plan de análisis de datos.....               | 43-44 |
| 3.6 Cronograma de actividades.....                 | 45-47 |
| <b>Capítulo 4: Resultados</b> .....                | 48-54 |

|  |              |
|--|--------------|
| 4.1 Estadísticos.....                          | 48-54        |
| <b>Capítulo 5: Discusión y conclusión.....</b> | <b>55-63</b> |
| 5.1 Discusión.....                             | 55-63        |
| <b>Capítulo 6: Conclusiones.....</b>           | <b>64-66</b> |
| Referencias.....                               | 67-77        |
| Anexos.....                                    | 78-83        |

## INTRODUCCIÓN

El presente seminario de tesis examinará la posible relación entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés con respecto al comportamiento suicida, en una muestra universitaria de la región de Atacama. La investigación se encuentra desarrollada bajo la perspectiva de la psicología clínica y de la salud, como también un enfoque de compromiso con respecto al bienestar de la población, esperando que la información resulte de utilidad diagnóstica en cuanto a la salud mental, permitiendo entonces problematizar y guiar hacia posibles nudos críticos donde sea necesario que como universidad se preste atención tanto a mediano y corto plazo. Además, se espera que los resultados de la investigación puedan trascender con el fin de abrir puertas a nuevos proyectos interventivos en instituciones educacionales de la región de Atacama.

Las variables que enmarcan la investigación son entendidas dentro de patologías de la salud mental y su problematización en el estilo de vida contemporáneo, es por ello que las evidencias recopiladas son actuales en su mayoría. Además, es necesario explicar que a pesar de existir distintas y variadas concepciones acerca de la salud mental, en esta tesis en particular se entenderá la salud mental bajo un carácter diagnóstico y sintomatológico. Habiendo dejado esto en claro, se procederá a hacer una breve contextualización que refleja el estado de la salud mental en el mundo, Latinoamérica y en Chile.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) la salud mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública. Cerca de 1.000 millones de personas viven con un trastorno mental, 3 millones de personas mueren anualmente por el consumo desmedido de alcohol y una persona se suicida cada 40 segundos (OMS, 2020). Además, la OMS (2016) afirmó que los trastornos mentales más visibilizados van en aumento. Entre 1990 y 2013, las personas con depresión o ansiedad han aumentado cerca de un

50%. Los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal, estimándose que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad. Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014): “la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres”, además se estima que para el presente año 2020, la depresión será una enfermedad tan ocurrente, que entre el 8% y el 18% de la población sufrirá al menos una vez en su vida un episodio depresivo (Kessler, 1993, citado en Czernik *et al.*, 2006). Por otro lado, la OMS (2019), afirma que 1 de cada 5 niños y adolescentes presenta un trastorno mental y cerca de la mitad de los trastornos mentales aparecen antes de los 14 años de edad. Se estima que en contextos problemáticos 1 de cada 9 personas presenta un trastorno mental, siendo importante mencionar que cada año se suicidan cerca de 800.000 personas. Así el suicidio la segunda causa de muerte en personas entre 15 y los 29 años de edad. Según la OPS (2020): “en la región de las Américas, el suicidio puede ocurrir a cualquier edad y es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años”, calculándose que el 30% de los suicidios son cometidos por estudiantes universitarios (Arias, 2004, citado en Czernik *et al.*, 2006).

Sin embargo, no todas las personas tienen acceso a servicios de salud mental de calidad. En los países más vulnerables, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias no reciben ningún tratamiento para su afección (OMS, 2020).

Los países ocupan generalmente solo el 2% de sus presupuestos sanitarios en salud mental, y la asistencia internacional para el desarrollo en este ámbito jamás ha superado el 1% de toda la asistencia para el desarrollo en el ámbito de la salud (OMS, 2020).

Chile ha sido considerado entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en él, encontrándose en la Encuesta Nacional de Salud que más de un 17% de los chilenos tiene síntomas depresivos. Según la OMS

(2017), Chile es además uno de los países con niveles de depresión más altos de América Latina a pesar de tener el mayor ingreso per cápita y la proporción de chilenos que presentan o han presentado sintomatología depresiva, duplica a la de Estados Unidos (Valdés y Errázuriz, 2012).

Según un informe publicado por la OPS (2017), en Chile 1.100.584 personas sufren ansiedad, es decir el 6,5% de la población. Otros datos señalan que casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su lapso de vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año anterior (Vicente *et al.*, 2002).

El contenido de la presente tesis se estructura de la siguiente manera; el capítulo 1 se desarrolla el concepto de salud mental desde la perspectiva biomédica enfocándonos en la presencia o ausencia de síntomas, junto al planteamiento del problema de investigación, donde se contextualiza la incidencia de sintomatología en población universitaria de Copiapó, considerándose las variables a medir: depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida, como también algunas variables sociodemográficas estimadas.

El capítulo 2 está compuesto por diversas teorías y conceptualización, que abarcan las variables depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida. Además, se exponen investigaciones con resultados cuantitativos relacionadas a las variables anteriormente nombradas con respecto a la población general y universitaria.

El capítulo 3 es el planteamiento metodológico de la investigación, definiendo el diseño de investigación, las variables, los instrumentos, los participantes de la encuesta, el procedimiento de recolección de datos y la planificación de los procedimientos.

En el capítulo 4 se presentan los resultados obtenidos posterior a la aplicación de los instrumentos, representados mediante tablas y gráficas los datos obtenidos acompañado de una interpretación textual de ellos.

Finalmente en el capítulo 5, se establecerán las relaciones significativas con respecto a la hipótesis de investigación y la información propuesta en el marco teórico a modo de discusión y se efectuarán las conclusiones correspondientes por las investigadoras basadas en la información recopilada.

# **CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La presente investigación trata sobre afecciones a la salud mental de estudiantes universitarios; enmarcando este trabajo dentro de la Psicología Clínica, entendiéndose psicología clínica como un área de especialización de la psicología que aplica los conocimientos propios de esta disciplina para evaluar, diagnosticar, intervenir y prevenir afecciones a la salud mental de los/as individuos/as (Colegio Oficial de Psicólogos [COP], 1998).

La salud mental, ha sido entendida históricamente desde el modelo biomédico, donde el trastorno o enfermedad mental ha sido concebido como:

Una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, etc., y que dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social donde vive, creando alguna forma de malestar subjetivo (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017, p. 31).

Así mismo, la salud mental ha sido definida por la OMS (2019) como un estado donde el individuo se siente en bienestar físico, mental y social, no siendo necesariamente la ausencia de enfermedad o afección de algún tipo, sino un concepto al cual se le han incorporado factores tanto personales, como ambientales.

Para el MINSAL (2017) la salud mental es la capacidad de las personas de interactuar con el medio ambiente tanto a nivel psicológico, cognitivo, afectivo y relacional, esto quiere decir que el concepto de salud mental es mucho más amplio que la psiquiátrica y la medicina, tanto como que enfermedad y salud mental no son equivalentes, pero tampoco opuestos (pp. 31-32).

Esto, se explica a través del modelo de dos continuos, donde salud mental es representada por un eje vertical donde puede oscilar entre una “salud mental baja” o una “salud mental óptima”, el otro eje será horizontal que considera entre la “ausencia de diagnóstico y/o síntomas de enfermedad mental”, hasta “la presencia grave y complicadas de las mismas”. Estos ejes se relacionan entre sí representando los posibles niveles que las personas pueden transitar a lo largo de su vida (MINSAL, 2017).

La presencia de sintomatologías y trastornos de la salud mental, han sido descritas y clasificadas en los grandes manuales diagnósticos como son Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] y Clasificación Internacional de Enfermedades, [CIE-10], manuales que permiten organizar síntomas y atribuirles a diagnósticos existentes, siendo el primero destinado completamente a la caracterización de trastornos mentales. La Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013) pretende exponer un resumen de los síndromes característicos, con signos y síntomas que se dirigen a un trastorno subyacente, los cuales engloban todos los procesos cognitivos, emocionales, de comportamiento y fisiológicos, también con ello una serie de características, factores de riesgo biológicos, ambientales, correlaciones neurológicas y fisiológicas, en un curso clínico típico. Por otro lado, el CIE-10 (1994), en su clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, expone que su finalidad consiste en contribuir a la mejora de los tratamiento en el plano de la salud mental, mediante la entrega de conocimientos de su glosario diagnóstico a los agentes de salud como también en la creación de un lenguaje universal en psiquiatría.

Los problemas mentales han sido vinculados a la presencia de ciertas conductas, como ocurre con los comportamientos suicidas, a quienes algunos autores lo relacionan directamente con la depresión y los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio [IASP], 2006). Siendo comportamientos y relaciones que deben ser revisadas con detención por el riesgo vital asociado, más considerando que las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas que no las sufren (Vijayakumar *et al.*, 2004).

Se conoce, en la actualidad la existencia de planes y programas de atención en salud mental para la población en general, sin embargo resultan insuficientes, no alcanzando los estándares de calidad requeridos, es así como se menciona en el Plan Nacional de Salud Mental (2017):

El gasto público en salud de nuestro país es muy bajo en relación a los países desarrollados y en salud mental, el cual llega sólo al 2,4% del gasto total en salud, muy lejos de la recomendación mínima de la OMS (p.10).

Dentro de las Garantías Explícitas de Salud [GES], las cuales constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres, se contemplan la atención de 85 enfermedades, de las cuales sólo cinco patologías corresponden a dificultades en la salud mental, correspondiendo a esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo o moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, alzheimer y otras demencias, dejando así fuera muchas otras patologías recurrentes en la población actual (Superintendencia de Salud, s.f.).

En Chile, específicamente en la atención del suicidio, el año 2013, el Ministerio de Salud desarrolló el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, considerando acciones como la creación de planes intersectoriales de prevención, capacitación de personal de salud, intervenciones preventivas en los colegios, sistemas de ayuda en situaciones de crisis y trabajo con los medios de comunicación (MINSAL, 2013), pero experiencias que se han implementado lentamente en algunas regiones del país.

En cuanto a la salud mental en contexto universitario, existen ciertos mecanismos educativos y de apoyo institucional para atender ciertas necesidades referidas a éstas, pero con el propósito de velar por la calidad del proceso formativo en educación superior y respondiendo a las necesidades académicas emergentes desde la evidencia, las políticas universitarias se han predominantemente enfocado en la gestión de apoyo al estudiante a nivel institucional (Vergara *et al.*, 2017).

En Chile, del consorcio de universidades estatales, la Universidad de Santiago de Chile realiza un proyecto de formación de un campus saludable en la casa de estudios (Universidad de Santiago de Chile, 2017).

La salud mental en población universitaria es necesario de ser revisada considerando las crisis que debe enfrentar dicha población en búsqueda de una mayor autonomía, expectativas personales, familiares, académicas, desarrollo de su sexualidad, identidad personal y vinculación afectiva con otros, que en síntesis es todo lo que engloba la propia regulación y autogestión (López *et al.*, 2010). La fase universitaria, es una etapa crítica que coincide con el periodo de vida llamado Adultez Emergente, etapa situada entre los 18 y los 29 años, donde lo más característico es que los jóvenes que transitan por ella no se ven como adolescentes y la mayoría de ellos tampoco siente que ha alcanzado la adultez (Arnett, 2017).

Con respecto a la presencia de afecciones de la salud mental en universitarios, se establece según la investigación, que en este grupo existiría cierta propensión a desarrollar trastornos depresivos y ansiosos, en comparación con el resto de la población (Sánchez *et al.*, 2002). Otros estudios de prevalencia señalan a los cuadros depresivos, como el trastorno más presente en estudiantes universitarios (Czernik *et al.*, 2006; Riveros *et al.*, 2007; Sánchez *et al.*, 2002); los que interfieren negativamente en el rendimiento académico, esto causado porque las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica (Manelic y Ortega, 1995).

En tanto a los trastornos ansiosos, según APA (1995), existe una prevalencia de un 15% de ansiedad en estudiantes universitarios, siendo evidenciados mayoritariamente en mujeres con un 19,5% con respecto a los hombres con un 8%, a excepción de los trastornos obsesivos compulsivos, donde los porcentajes entre sexos son semejantes (Arenas y Puigcerver, 2009). Sin embargo, los trastornos ansiosos estarían más normalizados y aceptados, ya que gran parte de los alumnos/as tiende a trabajar bajo la presión inherente a las exigencias académicas (López *et al.*, 2010).

Además de caracterizar la población universitaria y las particularidades que la ponen en riesgo de desarrollar trastornos perjudiciales para la salud mental, es necesario establecer los factores psicosociales que confluyen en el surgimiento de cuadros depresivos, ansiosos, estresantes y comportamiento suicida en esta población. Un estudio realizado por Blandón *et al.* (2015) a alumnos de una universidad privada de Medellín, indica que es posible considerar como factores de riesgo suicida las relaciones disfuncionales que se establecen con figuras significativas, ya que estas no favorecen la confianza y la seguridad emocional, lo que dificulta la formación de la identidad propia y la interacción con el contexto.

Según Jiménez (2008) entre los factores psicosociales asociados al riesgo suicida en estudiantes de educación superior se encuentran: trastornos mentales, abuso de

substancias, desesperanza, impulsividad, enfermedades físicas graves, intentos previos, historial familiar de suicidio y eventos de vida negativos. Cova *et al.* (2007) refieren que algunos de los factores psicosociales que actúan como estresores en contextos universitarios corresponden al alejamiento de la familia, dependencia y/o dificultades económicas, exigencias académicas, incertidumbre por el futuro y la necesidad de adaptación a un nuevo contexto vital. La situación socioeconómica de muchos estudiantes universitarios no sólo es una variable influyente en su rendimiento, sino también es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en la salud mental (López *et al.*, 2010).

Sumado a estos factores de riesgo, este año 2020 los/as estudiantes universitarios/as junto al resto de la población mundial, se han visto enfrentados a una de las peores emergencias sanitarias desde el 3 de marzo del 2020, fecha donde el COVID-19 llegó a Chile (MINSAL, 2020). A nivel emocional, en cualquier tipo de pandemia se evidencian sentimientos de miedo, incertidumbre y estigmatización, los que son muy comunes (Xiang *et al.*, 2020).

La comunidad universitaria se ha visto enfrentada a factores contextuales y psicosociales apremiantes, dada la situación de salud, pandemia y cuarentena, como también las presiones propias de su ciclo evolutivo, como formativo, que en este contexto ha sufrido variantes pasando de una modalidad de enseñanza en aula, a una atención y clases online. Quedando la preocupación, de cómo pudiera encontrarse la salud mental del alumnado en este contexto.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Desde ahí, nace esta investigación, la que se encontraría enmarcada bajo un paradigma cuantitativo, siendo su enfoque descriptivo-correlacional, ya que busca especificar

propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, mostrando tendencias de un grupo o población (Hernández *et al.*, 2010). Además, se puntualiza que es un estudio correlacional, puesto que busca determinar en qué medida dos o más variables están relacionadas entre sí, y trata de averiguar de qué manera los cambios de una variable influyen en los valores de otra variable (Cauas, s.f.), siendo su diseño no experimental. Las variables consideradas en el estudio corresponden a sintomatología de depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida; y algunas variables sociodemográficas (edad, sexo y antecedentes previos de diagnóstico en salud mental).

El propósito de esta investigación es evaluar en la población universitaria de Copiapó, la presencia de sintomatología emocional: depresión, ansiedad y estrés, con relación a comportamiento suicida; basado en la necesidad investigativa de levantar información sobre esta temática y particularmente en esta población cuando los datos son escasos. Los hallazgos pudieran representar una oportunidad de generar conocimiento y dar importancia a la salud mental del estudiantado. Además, la investigación tiene una utilidad práctica al visualizar la presencia de riesgos asociados a la salud mental de los estudiantes.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

**¿Existe relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con el comportamiento suicida en los estudiantes universitarios en la provincia de Copiapó?**

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 Objetivo general:**

- Analizar la existencia de relación entre síntomas de ansiedad, depresión y estrés con el comportamiento suicida de estudiantes universitarios en una universidad de la provincia de Copiapó.

#### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar la presencia de síntomas de depresión, estrés y ansiedad en los estudiantes universitarios en la universidad de la provincia de Copiapó.
- Identificar si existe comportamiento suicida en estudiantes universitarios en la universidad de la provincia de Copiapó.
- Establecer si existe relación entre síntomas de depresión, estrés, ansiedad y comportamiento suicida en estudiantes universitarios en la universidad de la provincia de Copiapó.
- Establecer si existe relación entre las variables que miden los instrumentos con variables sociodemográficas.

## CAPÍTULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.1 MARCO TEÓRICO

En Europa, una de cada cuatro personas, o sea el 27% de la población adulta, ha presentado un trastorno mental en el último año (OMS, 2014), datos que muestran y dejan constancia de un problema de salud pública que existe en distintos lugares del mundo. Según la OMS (2017) los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas frecuentes dentro de la salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad; más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, siendo este trastorno la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones presentan trastornos de ansiedad.

Según un estudio del departamento de psiquiatría y salud mental de la Universidad de Concepción, la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos, siendo los diagnósticos de trastornos de ansiedad los más prevalentes, seguidos por depresión mayor y trastornos por consumo de alcohol (Vicente *et al.*, 2016).

El trastorno o enfermedad mental, ha sido entendido desde la psiquiatría como una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento, en que quedan afectados los procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia; lo cual dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social donde vive, creando alguna forma de malestar subjetivo (Villamil y Molina, 2014). Además, se considera que los trastornos mentales estarían asociados a obstáculos para la manifestación de las capacidades humanas (intelectuales, emocionales, afiliativas,

morales, etc.) y por tanto más que enfermedades serían grupos de comportamientos que covarían (MINSAL, 2017).

En la descripción de algunas enfermedades mentales y/o en la presencia de sintomatologías o comportamientos que coexisten, éstos se pueden medir, yendo desde la ausencia de sintomatología en un continuo hasta la presencia moderada o severa de éstos (MINSAL, 2017).

Una de las teorías explicativas asociadas a la depresión, es la teoría cognitiva (Beck, 1978), la que señala los esquemas cognitivos como la base para trastornos de carácter emocional. En el caso de la depresión, los esquemas depresogénicos surgen por experiencias vitales negativas a temprana edad, las que permanecen latentes y se activan al estar la persona, expuesta a eventos negativos nuevos. Esta activación produce un sesgo o distorsión en la forma en que se procesa la información, generando pensamientos negativos automáticos, las llamadas distorsiones cognitivas (Beck, 1978).

Según Beck (1978), las distorsiones cognitivas se dividen en 1) inferencia arbitraria, donde el sujeto hace predicciones fuera de la lógica, 2) abstracción selectiva cuando se establecen conclusiones basándose en detalles que no son significativos dentro del contexto en que se dieron, que lo lleva a una conducta poco objetiva, 3) generalización excesiva en cual el sujeto toma situaciones aisladas y sin gran conexión para realizar valoraciones generales, 4) maximización y minimización, donde el sujeto realiza evaluaciones erróneas en cuanto a la magnitud e importancia de los hechos, por ende reacciona de manera desproporcionada a éstos hechos, 5) personalización cuando el sujeto se atribuye hechos de circunstancias externas donde él no tiene ninguna injerencia y 6) pensamiento absolutista cuando el sujeto valora las circunstancias de acuerdo a valores fijos, con dos categorías opuestas, es decir polarización (como se citó en Clemente y González, 1996).

En la misma línea, la teoría de la triada cognitiva propuesta por Beck (1978), explica tres percepciones o patrones cognitivos erróneos fundamentales presentes en la persona depresiva: cognición negativa de sí mismo/a, la percepción del mundo está cargada de obstáculos imposibles de superar, relacionándose con el mundo con frustración y el sentimiento de derrota y la visión negativa del futuro (Beck, 1978).

Por otra parte, la ansiedad ha sido definida por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2011) como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Sin embargo, la ansiedad se vuelve patológica cuando es desproporcionada para la situación y considerablemente prolongada (Navas y Vargas, 2012).

Beck afirma que al presentarse la ansiedad, se evidencia que la percepción del peligro aparece sesgada, resultando en una sobrevaloración del grado de amenaza y en una infravaloración de las propias capacidades de afrontamiento (como se citó en Sanz, 1993).

Siguiendo con este autor, la teoría cognitiva de Beck afirma que en la etiología de los trastornos de ansiedad, se presentan tres factores en interacción:

- (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo. (p. 135)

Aquellos procesamientos cognitivos distorsionados que se manifiestan tanto en los trastornos ansiosos, y depresivos, desencadena los síntomas conductuales, afectivos, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a estos síndromes patológicos (Sanz, 1993).

### ***Comportamiento suicida:***

Si bien el suicidio no es una enfermedad mental, puede este constituirse en un síntoma conductual, un evento, o la consecuencia de múltiples factores que influyen en la vida de la persona, que pueden poner en riesgo la integridad de una persona, siendo uno de sus principales factores de riesgo la presencia de un trastorno mental (MINSAL, 2017).

En el continente americano, de acuerdo a datos de la OMS (2016) se establece que la tasa media de suicidios es de 9.8 por cada 100 mil habitantes. Según MINSAL (2017) en Chile, las tasas han fluctuado de modo importante desde el año 2000, cuando desde una tasa ajustada de 9,6 por 100.000 habitantes subió hasta 12,9 el año 2008, para descender posteriormente en forma progresiva llegando a 10,2 por 100.000 el año 2015. Sin embargo, el suicidio es un tema sobre el cual nunca se puede bajar la guardia, siendo considerado un problema de salud pública en la actualidad tanto a nivel nacional como internacional.

Según MINSAL (2013), dentro de los factores predisponentes al riesgo suicida se encuentra el padecer de alguna enfermedad mental como por ejemplo la depresión, esquizofrenia, trastornos bipolares y abuso de drogas y alcohol. Además, el presentar antecedentes familiares de suicidio es un riesgo cuatro veces mayor, como también las personas que han presentado una tentativa de suicidio corren riesgo mucho más elevado dentro de los primeros seis a doce meses siguientes de la tentativa. Toda vez, que se han encontrado como factores de riesgo elementos contextuales como son factores

socioeconómicos, educacionales, sociales, pobreza así como limitaciones a salud física (MINSAL, 2013).

Al momento de hablar de suicidio, es necesario comprender en primera instancia que el suicidio engloba una serie de comportamientos que determinan y se vincula al acto suicida. Los comportamientos que su relación se da por la intencionalidad de comunicar, actuar o llevar a cabo un acto destructivo para acabar con la propia vida, se refieren a los comportamientos suicidas (Eguiluz, *et al.*, 2010). Según Kreitman (1977) incluye no solamente suicidios consumados e intentos suicidas, sino también comportamientos autodestructivos, gestos e ideación suicida y parasuicidios (como se citó en Martínez, 2007, p. 16). Desde la sociología con respecto al suicidio, el francés Émile Durkheim (1897) postula que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades que son externas a la persona. Es por ello que la tasa suicidios no puede ser explicada solo por motivaciones personales, esto es representado por una inclinación de una sociedad hacia el suicidio, es decir que esta tasa seguirá estable hasta que en la sociedad no ocurra un cambio.

Según Van Heeringen (2001) estos comportamientos pueden agruparse en el término suicidalidad. Este concepto incorpora el componente cognitivo y conductual del comportamiento suicida; el componente cognitivo se vincula con la conducta autodestructiva, es decir, pensamientos sobre la muerte, ideas vagas acerca de terminar con su vida, hasta las ideas cuyos planes sea concretar dichas ideas. En el componente conductual, se identifican los comportamientos de intencionalidad autodestructiva, conformados principalmente por el gesto suicida, intento suicida y el suicidio consumado (como se citó en Eguiluz, *et al.*, 2010).

Shneidman (s.f) elabora un modelo cúbico del suicidio en el cual se presentan tres componentes: 1) la presión, que son todos los eventos de una persona en la que influyen sus pensamientos, sentimientos y conductas. Estas pueden ser tanto positivas como

negativas, siendo estas últimas las más perjudiciales que pudieran llevar al suicidio. 2) La pena, que es el castigo psicológico como resultado de la frustración de una necesidad psicológica. 3) La perturbación, es el grado de trastorno en el que se encuentra la persona. Para el autor la más importante de todas ellas es la pena, ya que su reducción pudiera prevenir el suicidio (como se citó en Eguiluz, *et al.*, 2010).

Además, Shneidman (1980) identifica características frecuentes en todo acto suicida, estas serían: 1) el propósito común en buscar una solución, 2) el objetivo es la interrupción de conciencia, 3) el estímulo común es el dolor psicológico insoportable, 4) el factor estresante del acto suicida son las necesidades psicológicas frustradas, 5) la emoción predominante es la indefensión y desesperanza, 6) estado cognitivo es la ambivalencia entre querer vivir y morir, 7) el estado perceptual es solo una, es decir, limitado ante los problemas, 8) el acto del suicidio es la huida, 9) el acto interpersonal es la comunicación de la intención y 10) el acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido la persona a lo largo de su vida (citado en Chávez y Leenaars, 2010, p. 358).

En cuanto para Neuringer (2001) señala que en los sujetos que tienen este comportamiento suicida, comparten algunos elementos en cuanto a la organización del pensamiento se refiere a la estructura del pensamiento suicida, rigidez y constricción, percepción distorsionada del tiempo (como se citó en Eguiluz, *et al.*, 2010, p. 89).

El suicidio generalmente no es producto de una decisión espontánea, el continuum autodestructivo desde sufrimiento de una persona que se representa a través de indicadores que junto con los factores de riesgo y las condiciones de posible suicida, permiten predecir y prevenir tanto los eventos en transcurso como nuevos intentos autolesivos una vez ocurrido el primer intento (Martínez, 2017).

### ***Depresión y comportamiento suicida***

La depresión es un trastorno frecuente que afecta a diferentes áreas de la persona que lo padece, también puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Se considera un problema multifactorial, los síntomas alteran la vida productiva de los sujetos, impidiendo el desarrollo de sus potencialidades, en los grados más severos los individuos pueden llegar a atentar con su vida (Eguiluz *et al.*, 2010, p. 157).

Según la OMS (s.f.) la depresión es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Otra serie de síntomas en la depresión (MINSAL, 2013, p. 12) incluyen cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada autocrítica.

Pfeffer, *et al.* (1992) encontraron variables asociadas a la depresión que pudieran ser predecibles a una tendencia al suicidio, como la severidad del episodio, intentos previos de suicidio, ideación suicida, desesperanza, consumo de alcohol y drogas, aislamiento social y así mismo tener acceso a medios con que suicidarse (como se citó en Eguiluz, *et al.*, 2010, p. 157).

Es por ello, que las estructuras e interpretaciones depresivas de la realidad, cumplen un rol predominante en la teorización de la suicidalidad, considerando que tales esquemas mentales negativos generan altos niveles de angustia al percibir que no existe solución a los conflictos, entregando un escenario importante en la ideación y comportamiento suicida, como la expresión culmine del deseo de escapar de un futuro sin esperanzas (Rush y Beck, 1978).

Cuando se habla del concepto de desesperanza para estos autores, se establece como una creencia arraigada en el sujeto donde el futuro proyecta problemas que jamás podrán resolverse, constantes imposibilidades presentes y futuras, que en consecuencia significan el abandono de cualquier sueño o anhelo a modo de resignación de su realidad (Beck *et al.*, 2009).

Los investigadores Pompili *et al.* (2013) determinaron que la desesperanza se constituía como un sentimiento relevante en el comportamiento suicida, que se presentaba con mayor intensidad a la hora en que una persona intenta cometer un acto suicida.

### ***Estrés y comportamiento suicida***

Existen otros autores que entregan diferentes visiones respecto al comportamiento suicida, dejando de lado factores de riesgo como padecer una enfermedad mental de base. Para Ahrens y Linden (1996) y Mann *et al.* (1999) la principal explicación para la conducta suicida no son los padecimientos psiquiátricos, sino la predisposición o vulnerabilidad en interacción con los factores estresantes, lo que da lugar al denominado “Síndrome Suicida”, es decir la interacción entre los factores de rasgo y factores de estado (como se citó en Eguiluz *et al.*, 2010).

El comportamiento suicida puede ocurrir como respuesta a eventos vitales estresantes en los individuos (Overholser, 2003), se establece una distinción entre eventos precipitantes y estresores; los eventos precipitantes preceden inmediatamente al comportamiento suicida y los eventos estresores ocurren en un tiempo más prolongado antes de la crisis suicida.

Diversos estudios han investigado la relación entre el factor de estrés y el riesgo suicida, Adams y Adams (1991) sostienen que la presencia de estrés es un factor de riesgo en la medida que aumenta el malestar general y que éstos podrían generar estados depresivos. En consecuencia, el estado depresivo podría desencadenar en un evento o comportamiento suicida.

Para Villalobos (2007), las personas vulnerables podrían recurrir a comportamientos suicidas, poseen un sesgo que los vuelve más sensibles a los eventos estresores. Tales interpretaciones cognitivas, fueron desarrolladas por Lazarus y Folkman (1986), en su modelo de estrés afrontamiento. El concepto *afrontamiento*, es definido por Lazarus y Folkman (1986) como “un proceso de esfuerzos cognitivos y conductuales en permanente cambio para mejorar demandas específicas o conflictos externos y/o internos que subjetivamente superan nuestros recursos” (p. 245). Es decir, el uso de las herramientas interpersonales de los individuos al verse enfrentados a un suceso estresante, con la finalidad de adaptarse, reducir el estrés y evitar el daño.

Según la misma teoría propuesta de Lazarus y Folkman (1986), existen dos tipos de afrontamientos con los que los/as individuos enfrentan el estrés: afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, en el caso del afrontamiento enfocado en el problema las energías se dirigen a las condiciones que generan estrés; mientras que en el afrontamiento centrado en la emoción, el esfuerzo se centra en la regulación emocional, tanto a nivel conductual o hacia las reacciones fisiológicas.

Con respecto al modelo explicativo de estrés-afrontamiento aplicado a la conducta suicida, Lazarus y Folkman (1984), entienden que la persona en vulnerabilidad, evalúa cognitivamente la situación como irremediable, donde no hay forma de afrontamiento disponible basado en la magnitud de daño, pérdida y amenaza que representa. Las formas en que se expresará el comportamiento suicida en estos casos pueden ser de ideación, intento o suicidio.

### ***Depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida en universitarios***

Las crisis normativas propias de la etapa transicional entre la adolescencia y la adultez emergente de los estudiantes universitarios, aumenta las probabilidades de desarrollar síntomas aislados o desarrollar trastornos, constituyéndose en una población vulnerable a presentar deterioro en su salud mental (Micin y Bagladi, 2011).

El estudiante de estos tiempos no proviene de sistemas educativos aventajados, y pertenece a grupos sociales más vulnerables (Donoso y Cancino, 2007 como se citó en Micin y Bagladi, 2011), en donde adultos y adolescentes latinoamericanos presentan un mayor riesgo de presentar sintomatologías de salud mental, según la extensa revisión de trabajos entre los años 1982 al 2006 (Ortiz *et al.*, 2007; como se citó en Micin y Bagladi, 2011). Ya para el año 2004, se estimaba que unos 270.915 estudiantes universitarios poseían trastornos psicopatológicos (Florenzano, 2006). Encontrándose dentro de las patologías con mayor prevalencia en esa población específica: los trastornos emocionales depresivos (Araya *et al.*, 2001; Cova, Melipillán *et al.*, 2007 como se citó en Cova *et al.*, 2007), ansiedad (Antúnez y Vinet, 2013) y trastorno de adaptación (Micin y Bagladi, 2011).

Es así, como diversos autores señalan a la población universitaria en riesgo, para presentar trastornos psiquiátricos destacando entre ellos la depresión, la ansiedad, el suicidio, los trastornos por abuso de sustancias, y los trastornos de la conducta alimentaria (Rioseco *et al.*, 1996; Micin y Bagladi, 2011). Vulnerabilidad que se suma a los datos que indican que el grupo de mayor riesgo frente al suicidio es el de los jóvenes, constituyéndose en un problema de salud pública que presenta costos económicos importantes; no obstante, es prevenible (Rueda *et al.*, 2010).

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

### *Depresión*

La depresión es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Otra serie de síntomas en la depresión (MINSAL, 2013, pp. 12) incluyen cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada autocrítica.

Para el DSM-V (2014), los trastornos depresivos pueden agruparse en: trastorno de desregulación perturbador del estado del ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno de depresión mayor episodio único, trastorno de depresión mayor episodio recurrente, trastorno depresivo recurrente, trastorno disfórico menstrual, trastorno depresivo inducido por medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado (pp. 103-118).

### *Ansiedad*

La ansiedad, definida como una emoción que provoca cambios en diferentes sistemas del cuerpo, preparando al individuo para actuar y responder de manera rápida. La ansiedad aparece cuando se ha de actuar en una situación que demanda un esfuerzo intenso y sirve para hacer frente a una amenaza o peligro que está ocurriendo en el presente o que puede pasar en el futuro (Forcadell *et al.*, 2019). Sin embargo, la ansiedad se vuelve patológica

cuando es desproporcionada para la situación y considerablemente prolongada (Navas y Vargas, 2012).

Hablamos de trastornos de ansiedad cuando un conjunto característico de síntomas y sensaciones aparecen en la misma persona, esto es lo que se denomina en la psicología, un síndrome clínico. Según el DSM-V (2014) los trastornos de ansiedad son: 1) Trastorno de ansiedad por separación, 2) Mutismo selectivo, 3) Fobia específica, 4) Trastorno de ansiedad social (fobia social), 5) Trastorno de pánico, 6) Agorafobia, 7) Trastorno de ansiedad generalizada, 8) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, 9) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, 10) Otro trastorno de ansiedad especificado y 11) Otro trastorno de ansiedad no especificado (American Psychiatric Association, 2013).

### ***Estrés***

Teóricamente hablando, el estrés para el COP (s.f.) es un proceso que comienza a vivir un/a individuo al interpretar y sentir una situación como amenazante o que cree no ser capaz de enfrentar de acuerdo a sus recursos, qué es determinado y variado por la forma de evaluar las situaciones, redes de apoyo, características personales y formas de enfrentamiento frente a las problemáticas. Continuando con la definición del COP (s.f.) sobre el estrés, algunos indicadores para determinar la existencia del estrés se clasifican en tres: neuroendocrinos, psicofisiológicos y psicológicos (COP, s.f.).

En la clasificación diagnóstica de trastornos ocasionados por estrés, en el DSM-V (2014), se encuentra el apartado trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, surgiendo: el trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastornos de estrés agudo, trastornos de adaptación (que incluyen, con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de

ánimo deprimido, con alteración de la conducta, con alteración mixta de las emociones o la conducta o sin especificar), otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificado y finalmente, trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado (pp. 159-172).

### ***Suicidalidad***

Según MINSAL (2013) los conceptos de suicidabilidad se refiere a un continuo que va desde 1) la ideación suicida: pensamientos acerca de la idea sobre quitarse la vida, con o sin planificación o método, 2) el Parasuicidio o gesto suicida: es la acción destructiva no letal que es considerada un pedido de ayuda o manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida, 3) el intento suicida: son conductas o actos que intencionalmente busca la persona para dañarse hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta, 4) el suicidio consumado: es el término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

## **2.3 ESTADO DEL ARTE**

De los estudios revisados se encontró que la sintomatología depresiva, que en muchas ocasiones está asociada a estrés y ansiedad, se acentúa con las dificultades para afrontar apropiadamente las situaciones y exigencias de la vida, así en un estudio se encuentra que el 16% de estudiantes con síndrome depresivo es algo más elevado que el encontrado con el mismo instrumento en países de mayor desarrollo económico, y es concordante con las altas tasas que en Chile muestra la sintomatología depresiva (Araya *et al.*, 2001; Cova, Melipillán *et al.*, 2007 como se citó en Cova *et al.*, 2007).

Los resultados de la investigación realizada por Micin y Bagladi (2011) con estudiantes de una universidad de la Región Metropolitana que acudían al servicio de salud estudiantil, arrojan que los trastornos adaptativos son los de mayor prevalencia en este grupo universitario, siendo las mujeres quienes presentan mayores índices con respecto a los hombres. Por otro lado, continuando la investigación de Micin y Bagladi (2011), los trastornos específicos de ansiedad arrojaron resultados mayores en población universitaria con respecto al resto de la población chilena, siendo de prevalencia en hombres. Finalmente, con respecto a los trastornos depresivos, los resultados evidenciaron tasas superiores al resto de la población nacional, en diagnósticos tales como la depresión mayor episodio único, trastornos del ánimo y distimia (Micin y Bagladi, 2011).

Otra investigación realizada a 484 alumnos de la Universidad Austral de Chile (UACH) por Antúnez y Vinet (2013) arrojó que el 30% de la muestra presentó sintomatología depresiva, mientras que el 20% sintomatología ansiosa y el 15,5% de la muestra presenta en conjunto, sintomatología depresiva y ansiosa, visualizando así que ambas sintomatologías son predominantes en los alumnos de primer año. Además, la sintomatología anteriormente nombrada, fue vinculada a los altos niveles de estrés que fueron medidos por el instrumento DASS-21. A diferencia de otros estudios, como el de la Universidad de Concepción que han encontrado mayor prevalencia de ansiedad (23,4%), antes que depresión (16,4%) (Cova *et al.*, 2007).

Andrews y Wilding (2004) como se citó en Cova *et al.* (2007) investigaron si la ansiedad y la depresión aumentan después de la entrada a la universidad en 351 estudiantes de Reino Unido. Estos completaron cuestionarios un mes antes de entrar a la universidad y a mediados del primer año de pregrado, los resultados mostraron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo. La ausencia de un grupo control impide atribuir este incremento exclusivamente al ingreso a la Universidad, pero el alto incremento es sugerente. La presencia de sintomatología ligada al estrés académico fue

una de las problemáticas observadas más frecuentes, además se observaron cifras preocupantes relacionadas con el deseo de muerte e ideación suicida (Cova *et al.*, 2007).

Por otra parte, el suicidio constituye un importante problema de salud individual y pública. Las tasas chilenas registran un importante aumento en adultos jóvenes de ambos sexos, sumado a que los límites y riesgos son difíciles de precisar dada la alta relación entre suicidio consumado e intentos previos (Micin y Bagladi, 2011).

Las tasas de tentativas de suicidio en adolescentes tampoco son bajas, ya que estas son de un alarmante 25,6% (Salvo *et al.*, 1998; Valdivia & Condeza, 2006 como se citó en Cova *et al.*, 2007). Las tasas de suicidio consumado en la población, y entre jóvenes en particular, muestran aumentos respecto de décadas anteriores en diversos países, incluyendo al nuestro (Cova *et al.*, 2007).

En cuanto a hallazgos asociados a la evaluación de dificultades de la salud mental durante el presente año en que el mundo ha enfrentado al COVID-19, se indica según Wang *et al.* (2020) que, durante los inicios de la pandemia, en una muestra de 1.210 personas en China, el 24,5% del total de los individuos presentaron un impacto psicológico mínimo; el 21,7%, un impacto moderado; y el 53,8%, un impacto moderado-grave. Además, el ser mujer, estudiante y tener algunos síntomas físicos estarían asociados a un mayor impacto psicológico estresante durante el brote de la enfermedad.

Recientes investigaciones nos han demostrado la relación existente entre el contexto de aislamiento social y el efecto de empeoramiento de la salud mental en estudiantes universitarios. Así lo afirma una reciente investigación realizada por González *et al.* (2020) a 644 estudiantes universitarios/as de México, con una edad promedio de 21 años, donde basado en los resultados de una encuesta aplicada a las siete semanas de aislamiento social de esta muestra, los resultados arrojaron sintomatología moderada a severa, donde

el 31,92% presentó síntomas de estrés, 36,3 problemas para dormir asociado a la ansiedad, y sintomatología depresiva 4,9% especialmente en mujeres y estudiantes entre 18 y 25 años (González *et al.*, 2020).

Una revisión acerca del impacto psicológico de la cuarentena realizado por Brooks *et al.* (2020) revela que se han reportado efectos psicológicos negativos, como síntomas de estrés postraumático, irritabilidad y confusión. Además, según esta revisión, diversos serían los factores que influyen en la respuesta de los individuos al aislamiento social, tales como la duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, pérdidas monetarias, suministros insuficientes, información inadecuada y estigmatización (Brooks *et al.*, 2020).

Otro estudio realizado en el Departamento de Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de la ciudad de Changzhi, reveló que en un total de 7.143 estudiantes universitarios un 21,3% presentaron ansiedad leve después del brote de COVID-19, un 2,7% tuvo ansiedad moderada y un 0,9% ansiedad severa (Cao *et al.*, 2020).

## **2.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Existe correlación positiva entre las variables depresión, estrés y ansiedad con respecto al comportamiento suicida.

## CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

### 3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se concibe bajo una base epistemológica cuantitativa, la cual según Hernández *et al.* (2014) “es entendida como un paradigma que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”. Siguiendo con los autores, esta aproximación se vale del razonamiento “hipotético-deductivo”, que comienza con la teoría, y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas “hipótesis” que el investigador somete a prueba.

El método o diseño de investigación utilizado corresponde a un diseño no experimental, esto debido a que las variables seleccionadas no serán manipuladas, por el contrario, se observarán tal como se dan en su contexto natural, para de esta forma, analizarlas. Hernández *et al.* (2014) afirman lo siguiente:

En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (p. 152).

La investigación llevada a cabo es de tipo descriptivo correlacional no experimental de tipo transversal correlacional. El estudio es descriptivo y correlacional, busca revisar si

existe relación entre las variables mencionadas en universitarios, no experimental puesto que no habrá manipulación deliberada o intencional de las variables, y por último, es transeccional, ya que la información se producirá en un momento único, por lo tanto no habrá seguimiento (Hernández *et al.*, 2014).

En la presente investigación se realiza tamizaje de algunas sintomatologías de salud mental en relación al comportamiento suicida y otras variables sociodemográficas.

### 3.2 VARIABLES

#### *Operacionalización de las variables*

| <b>Variable</b>  | <b>Concepto Teórico</b>  | <b>Concepto Operacional</b>   | <b>Dimensión</b>   | <b>Indicadores</b>                              |
|------------------|--|---|--|---|
| <b>Depresión</b> | Es un estado de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. | Puntuación obtenida en el cuestionario de Escala DASS-21.<br><br>A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. | Depresión leve<br><br>Depresión moderada<br><br>Depresión severa<br><br>Depresión extremadamente severa. | Ítems:<br><br>3, 5, 10, 13,<br><br>16, 17 y 21. |

|                 |  |   |  |   |
|-----------------|--|---|--|---|
|                 | (Organización Mundial de la Salud, s.f.)   |   |  |   |
| <b>Ansiedad</b> | “Es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazantes, y que viene acompañada de cambios fisiológicos que preparan al individuo para defenderse o huir” Hernández <i>et al.</i> (2007)                          | Puntuación obtenida en el cuestionario de Escala DASS-21.<br><br>A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. | Ansiedad leve<br><br>Ansiedad moderada<br><br>Ansiedad severa<br><br>Ansiedad extremadamente severa. | Ítems:<br><br>2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20.  |
| <b>Estrés</b>   | CIE-10 (1994) define que es un proceso de esfuerzos cognitivos y conductuales en permanente cambio para mejorar demandas específicas o conflictos externos y/o internos que subjetivamente superan nuestros recursos. (p. 119) | Puntuación obtenida en el cuestionario de Escala DASS-21.<br><br>A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. | Estrés leve<br><br>Estrés moderado<br><br>Estrés severo<br><br>Estrés extremadamente severo.         | Ítems:<br><br>1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18. |
|                 |  |   |  | Ítems:                                  |

|                         |  |   |   |       |
|-------------------------|--|---|---|-------|
| <b>Ideación suicida</b> | Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. (MINSAL, 2013) | Puntuación obtenida en la escala de Suicidalidad de Okasha.<br><br>La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos.<br><br>El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos.<br>A mayor puntuación mayor gravedad. | Suicidalidad leve<br><br>Suicidalidad moderada<br><br>Suicidalidad Severa<br><br>Suicidalidad extremadamente severa | 1,2,3 |
|-------------------------|--|---|---|-------|

|                        |   |  |             |  |
|------------------------|---|--|-------------|--|
| <b>Intento suicida</b> | Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta. (MINSAL, 2013) | Puntuación obtenida en la escala de Suicidalidad de Okasha.<br><br>La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos. | Ítems:<br>4 |  |
|------------------------|---|--|-------------|--|

A mayor  
puntuación  
mayor  
gravedad.

---

### **3.3 PARTICIPANTES**

Se usó un muestreo no probabilístico. En el estudio participaron 290 estudiantes universitarios de Copiapó, Chile. Participaron según sexo, un 69,66% (n=202) fueron mujeres y un 30,3% (n= 88) hombres.

En el contexto de la pandemia se debe enviar la encuesta de forma digital a la totalidad de la población universitaria, siendo respondida a voluntad por éstos.

### **3.4 INSTRUMENTOS**

Se hace uso de tres instrumentos en la presente investigación: DASS-21, Escala de Suicidalidad de Okasha y cuestionario sociodemográfico.

Las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) fueron creadas por Lovibond y Lovibond (1995) en un principio con la finalidad de distinguir ansiedad y depresión, que conceptualmente son distintas, pero en que la práctica clínica e investigación suelen sobreponerse. Posteriormente se agregó a la escala, el estrés (Crawford & Henry, 2005)

compuesto como un conjunto de síntomas que se diferencian de la depresión y ansiedad, por ser un estado de activación, irritabilidad y tensión persistente.

La escala DASS-21 se compone de tres subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés por separado. Lovibond y Lovibond (1995) conceptualizan la depresión como un trastorno compuesto por síntomas de un estado de ánimo disfórico, caracterizado por la pérdida de autoestima e incentivo, que se asocia a la percepción de una baja probabilidad de lograr metas vitales significativas para la persona, entre otras. La ansiedad Lovibond y Lovibond (1995) se identifica como síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo.

Respecto a la validez del instrumento, estudios previos han demostrado la validez de este instrumento en su capacidad de discriminar los síntomas que miden las escalas, como en el caso de la investigación de Bados *et al.* (2005), donde los puntajes en casos de individuos con depresión arrojaron niveles más altos en la escala de depresión, en individuos con ansiedad arrojaron niveles más altos de estrés, mientras que la sintomatología ansiosa no mostró mayores diferencias. En Chile, en tanto, se realizó un estudio de validación del DASS-21 en estudiantes de enseñanza media, donde Román (2010) encontró la existencia de correlaciones importantes entre depresión y ansiedad, depresión y estrés, y ansiedad y estrés. Posteriormente, este instrumento fue adaptado idiomática y culturalmente, donde sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios (Antúnez y Vinet, 2012; Román *et al.*, 2014), evidenciando confiabilidad satisfactoria, correlaciones altas y ajuste aceptable del modelo de tres factores del DASS-21.

Finalmente, la escala DASS-21 cuenta con veintiún ítems, con cuatro alternativas de respuestas en escala Likert que van desde el 0 (no describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana) hasta el 3 (Si, esto me pasó mucho o casi siempre). Los puntos de corte utilizados para la clasificación depresiva son: 5-6 puntos depresión leve, 7-10 puntos

depresión moderada, 11-13 depresión severa y 14 puntos o más, depresión extremadamente severa. En el caso de la ansiedad los puntos de corte son: 4 puntos ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa y 10 puntos o más, ansiedad extremadamente severa. Finalmente, para el estrés los puntos de corte son: 8-9 puntos estrés leve, 10-12 puntos estrés moderado, 13-16 estrés severo y 17 puntos o más, estrés extremadamente severo.

La Escala de Suicidalidad de Okasha, es una escala que consta de cuatro preguntas con respuestas en escala Likert del cero a tres, donde cero es nunca y tres es muchas veces. Las tres primeras preguntas tienen por objetivo medir la ideación suicida y la última sobre el intento suicida. Se habla de riesgo cuando la puntuación es 5 o mayor que 5. La validez chilena de la escala de suicidalidad de Okasha fue validada producto de la investigación realizada por Salvo *et al.* (2009) donde las conclusiones nos indican una alta consistencia interna y homogeneidad de la escala, con valores de validez altamente significativos y con punto de corte de adecuada sensibilidad y especificidad.

Además, se aplica cuestionario sociodemográfico que considera: sexo, género, edad, nivel universitario, carrera o departamento, ¿realiza algún tipo de trabajo?, antecedentes previos de diagnóstico de algún problema en salud mental; de ser así seleccione entre ansiedad, depresión, estrés, otro, y usted vive con.

### **3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Durante el mes de noviembre de 2020 se envió a correos institucionales un formulario bajo la plataforma de Google Forms a 5.788 estudiantes universitarios, manteniéndose éste abierto durante un mes para ser llenado. El acceso a dicho formulario podía ser

contestado a voluntad del alumnado, el cual iba precedido por un consentimiento informado.

### **3.5.1 Aspectos éticos**

La presente investigación contó con la previa conversación y autorización para su realización de parte de la universidad donde se realiza, donde se revisaron los instrumentos, el consentimiento informado y las medidas a tomar una vez levantada la información, considerando la derivación de quienes pudiesen necesitar atención.

El estudio cuenta con un consentimiento informado que se presenta antes de responder la encuesta, sólo con la aprobación de los estudiantes se inicia la participación. En el consentimiento informado se deja esclarecido que participar de esta encuesta es totalmente voluntaria y que pueden desistir de participar en cualquier momento. Se resguardará la identidad de los participantes, no utilizando sus nombres reales ni cargos a los que pertenecen en ningún momento con el fin de que no logren ser identificables, además, no podrán ser filmados, grabados o fotografiados sin que ellos/as accedan a eso. La información entregada en los cuestionarios será usada única y exclusivamente con los fines académicos de esta investigación. Finalmente, se agrega un apartado que entrega la oportunidad a los/as participantes de acceder a especialistas de la salud mental si es que lo necesitan. En ese caso deben dejar su teléfono de contacto o correo electrónico.

### *3.5.2 Descripción del software*

Los procedimientos descriptivos y el cálculo de la confiabilidad se realizarán a través del paquete estadístico SPSS 20.0.

Según Hernández *et al.* (2014), el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales [SPSS], desarrollado en la Universidad de Chicago, es uno de los softwares de análisis más difundidos en el mundo, y actualmente la empresa International Business Machines Corporation [IBM] es propietaria de éste. Siguiendo con lo planteado por estos autores, en Iberoamérica, algunas instituciones educativas tienen versiones recientes del SPSS, mientras que otras, poseen versiones más antiguas, ya sea en inglés o español y en distintos sistemas operativos (Windows, Macintosh, UNIX, entre otros).

El SPSS es una potente herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico, y se destaca por su utilidad, su fácil manejo y fácil comprensión (Bausela, 2005). Respecto a su capacidad de procesamiento de datos, basta decir que es capaz de manejar ficheros de datos con más de 30.000 variables y cualquier tamaño de casos (Rojo, s.f.). “El paquete IBM SPSS trabaja de una manera muy sencilla: éste abre la matriz de datos y el investigador o usuario selecciona las opciones más apropiadas para su análisis, tal como se hace en otros programas.” (Hernández, 2014).

### 3.5.3 Plan análisis de datos

| <b>Objetivos generales</b>   | <b>Técnica de análisis de datos</b> | <b>Propósito de la técnica</b>   |
|--|-------------------------------------|--|
| <b>Identificar la presencia de síntomas de depresión, estrés y ansiedad en los estudiantes universitarios.</b> | Análisis de tabla de frecuencias.   | En ella se dará cuenta de la presencia de los síntomas de depresión, estrés y ansiedad en estudiantes universitarios. Se genera tabla de frecuencia absoluta para ver la cantidad de estudiantes que presentan |

---

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | sintomatología de depresión, estrés y ansiedad, según los valores dados por la aplicación del instrumento; y la frecuencia relativa para transformar esos valores a porcentaje.  |
| <b>Identificar si existe comportamiento suicida en estudiantes universitarios.</b>  | Análisis de tabla de frecuencias.       | En ella se dará cuenta de la presencia de comportamiento suicida en estudiantes universitarios. Se presenta tabla de frecuencia absoluta para ver la cantidad de estudiantes que poseen riesgo suicida según los valores dados por la aplicación del instrumento; y la frecuencia relativa para transformar esos valores a porcentaje. |
| <b>Establecer si existe relación entre síntomas de depresión, estrés, ansiedad y comportamiento suicida en estudiantes universitarios en la universidad de la provincia de Copiapó.</b> | Coefficiente de correlación de Pearson. | Medir el grado de correlación entre las distintas variables del estudio.   |
| <b>Establecer si existe relación entre las variables que miden los instrumentos con variables sociodemográficas.</b>  | Coefficiente de correlación de Pearson. | Medir el grado de correlación entre las distintas variables del estudio.   |

---

**3.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

|   | SEMANAS |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Actividades/Semanas   | 1       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| Presentación de investigación a dirección de Departamento           |         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Presentación de investigación y consentimiento informado a pregrado |         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Reuniones de asesoría con profesor patrocinante                     |         |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Corrección y resolución de sugerencias                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboración de formulario digital y prueba de software            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gestión con universidad para aplicar instrumentos en estudiantes. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aplicación de cuestionario en Universidad                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluar resultados con asesoría                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Socializar resultados con pregrado                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

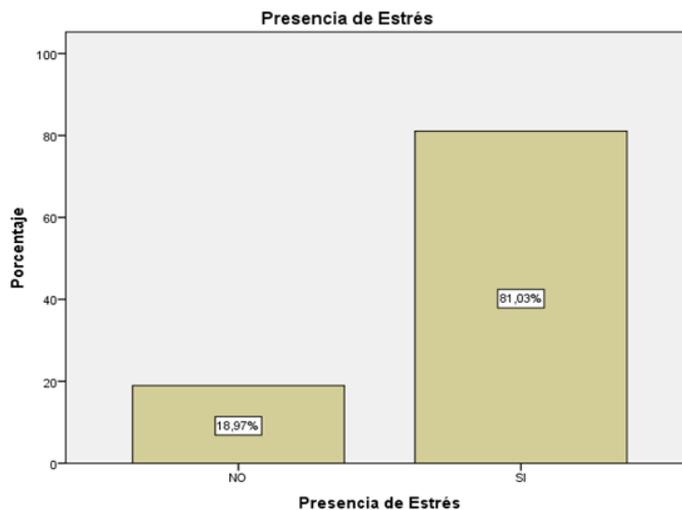
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Realizar<br>presentación de<br>resultados en tesis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborar<br>panel/ppt/paper                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos tras aplicar los instrumentos mencionados con anterioridad a una muestra total de 290 estudiantes de la Universidad de Atacama de la ciudad de Copiapó.

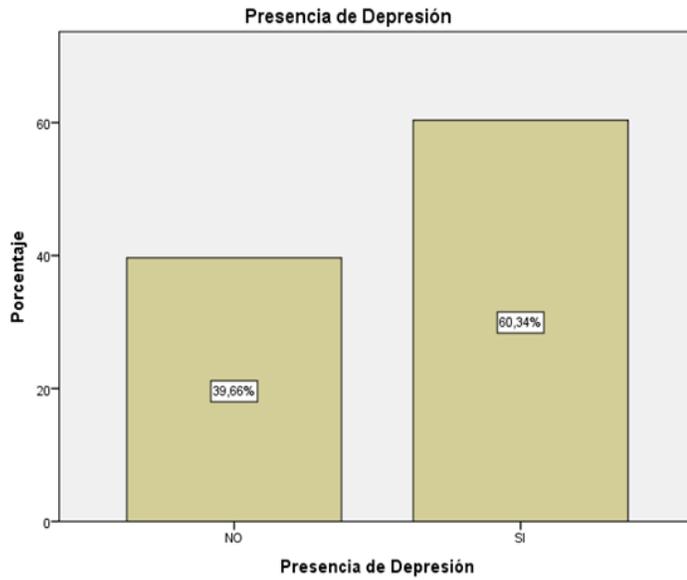
*Gráfico 1*

Se extrae a través de los resultados que un 81,03% de los estudiantes encuestados presentan sintomatología de estrés, mientras que el 18,97% muestran no poseerlo.



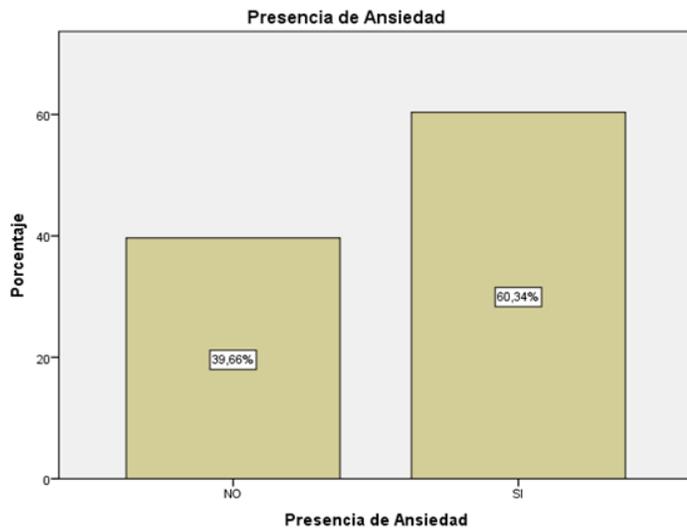
*Gráfico 2*

Según el gráfico se puede extraer que un 60,34% de los estudiantes encuestados presentan sintomatología depresiva, mientras que el 39,66% muestran no poseerla.



*Gráfico 3*

Según el gráfico, un 60,34% de los estudiantes encuestados padecen sintomatología ansiosa, mientras que el 39,66% muestran no poseerla.



#### Gráfico 4

Según este gráfico, un 26,90% de los estudiantes encuestados muestran comportamiento suicida, mientras que el 73,10% no presentan tenerlo.

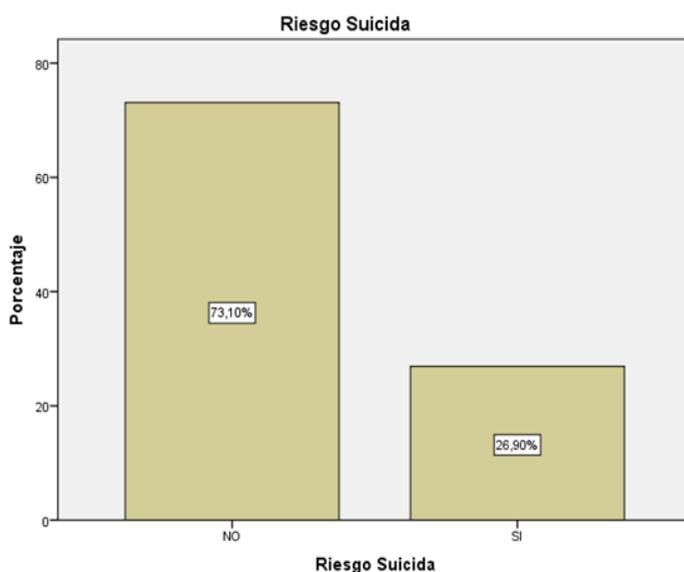


Tabla 2

Según esta tabla, se puede observar que existe una correlación significativa a un nivel de significación de 0,01 entre todas las variables. Respecto a las variables estrés y depresión, se observa que existe asociación ( $r= ,714$ ;  $p= ,000$ ), así mismo, existe una relación entre estrés y ansiedad ( $r= ,820$ ;  $p= ,000$ ), y además entre estrés y comportamiento suicida se observa lo mismo ( $r= ,441$ ;  $p= ,000$ ).

Respecto a las variables depresión y ansiedad, se observa que existe correlación ( $r= ,709$ ;  $p= ,000$ ), así mismo, existe una asociación entre depresión y comportamiento suicida ( $r= ,735$ ;  $p= ,000$ ).

Por último, respecto a las variables ansiedad y comportamiento suicida, existe también una relación ( $r= ,472$ ;  $p= ,000$ ).

**Correlaciones**

|                        |                        | Estrés<br>(puntaje) | Depresión<br>(puntaje) | Ansiedad<br>(puntaje) | Suicidalidad<br>(puntaje) |
|------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Estrés (puntaje)       | Correlación de Pearson | 1                   | ,714**                 | ,820**                | ,441**                    |
|                        | Sig. (bilateral)       |                     | ,000                   | ,000                  | ,000                      |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       |
| Depresión (puntaje)    | Correlación de Pearson | ,714**              | 1                      | ,709**                | ,735**                    |
|                        | Sig. (bilateral)       | ,000                |                        | ,000                  | ,000                      |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       |
| Ansiedad (puntaje)     | Correlación de Pearson | ,820**              | ,709**                 | 1                     | ,472**                    |
|                        | Sig. (bilateral)       | ,000                | ,000                   |                       | ,000                      |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       |
| Suicidalidad (puntaje) | Correlación de Pearson | ,441**              | ,735**                 | ,472**                | 1                         |
|                        | Sig. (bilateral)       | ,000                | ,000                   | ,000                  |                           |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

*Tabla 3*

Se observa que en la variable estrés existe una diferencia significativa en las medias entre hombres y mujeres ( $t= 4,73$ ;  $p=,000$ ). En este caso, las mujeres ( $M= 12,099$ ;  $DS= 4,93$ ) presentan mayores niveles de estrés que los hombres ( $M= 9,16$ ;  $DS= 4,72$ ). Lo mismo se puede decir de la variable depresión ( $p=,003$ ) y la variable ansiedad ( $p=,000$ ), siendo altamente significativo.

En el caso de la variable comportamiento suicida se puede observar una equivalencia, esto debido a que su valor de probabilidad es  $p=,089$ , lo cual no es una diferencia estadísticamente significativa.

**Estadísticas de grupo**

| Sexo                      |        | N   | Media   | Desviación<br>estándar | t     | gl      | Sig.<br>(bilateral) |
|---------------------------|--------|-----|---------|------------------------|-------|---------|---------------------|
| Estrés<br>(puntaje)       | Mujer  | 202 | 12,0990 | 4,92532                | 4,730 | 288     | ,000                |
|                           | Hombre | 88  | 9,1591  | 4,72676                | 4,807 | 172,103 | ,000                |
| Depresión<br>(puntaje)    | Mujer  | 202 | 9,4109  | 5,82963                | 2,798 | 288     | ,005                |
|                           | Hombre | 88  | 7,4091  | 5,03468                | 2,963 | 190,221 | ,003                |
| Ansiedad<br>(puntaje)     | Mujer  | 202 | 8,9604  | 5,49793                | 4,614 | 288     | ,000                |
|                           | Hombre | 88  | 5,7841  | 5,12925                | 4,742 | 176,723 | ,000                |
| Suicidalidad<br>(puntaje) | Mujer  | 202 | 2,9752  | 3,18647                | 1,636 | 288     | ,103                |
|                           | Hombre | 88  | 2,3295  | 2,85561                | 1,708 | 183,601 | ,089                |

*Tabla 4*

En las variables depresión y comportamiento suicida, se puede observar que existe una correlación inversa que es significativa a un valor de probabilidad de 0,05, con lo cual nos permite afirmar que a mayor edad tienden a disminuir los niveles de depresión y a menor edad tendrían a aumentar, lo que nos permite ver una leve tendencia.

En el caso de las variables estrés y ansiedad, no se observa correlación con la variable edad.

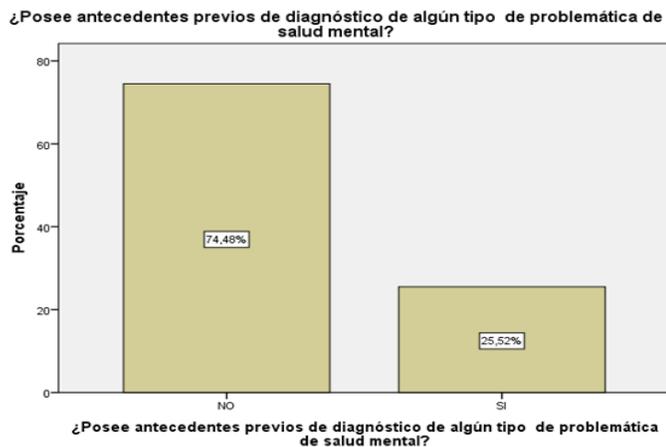
**Correlaciones**

|                        |                        | Estrés<br>(puntaje) | Depresión<br>(puntaje) | Ansiedad<br>(puntaje) | Suicidalidad<br>(puntaje) | Edad   |
|------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|--------|
| Estrés (puntaje)       | Correlación de Pearson | 1                   | ,714**                 | ,820**                | ,441**                    | -,021  |
|                        | Sig. (bilateral)       |                     | ,000                   | ,000                  | ,000                      | ,722   |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       | 289    |
| Depresión<br>(puntaje) | Correlación de Pearson | ,714**              | 1                      | ,709**                | ,735**                    | -,129* |
|                        | Sig. (bilateral)       | ,000                |                        | ,000                  | ,000                      | ,029   |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       | 289    |
| Ansiedad<br>(puntaje)  | Correlación de Pearson | ,820**              | ,709**                 | 1                     | ,472**                    | ,023   |
|                        | Sig. (bilateral)       | ,000                | ,000                   |                       | ,000                      | ,694   |
|                        | N                      | 290                 | 290                    | 290                   | 290                       | 289    |

|                           |                        |        |        |        |        |        |
|---------------------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Suicidalidad<br>(puntaje) | Correlación de Pearson | ,441** | ,735** | ,472** | 1      | -,143* |
|                           | Sig. (bilateral)       | ,000   | ,000   | ,000   |        | ,015   |
|                           | N                      | 290    | 290    | 290    | 290    | 289    |
| Edad                      | Correlación de Pearson | -,021  | -,129* | ,023   | -,143* | 1      |
|                           | Sig. (bilateral)       | ,722   | ,029   | ,694   | ,015   |        |
|                           | N                      | 289    | 289    | 289    | 289    | 289    |

*Gráfico 5*

En el gráfico se presenta la existencia o no de antecedentes previos de diagnóstico de algún tipo de problemática de salud mental. Se puede observar que el 74,48% de los estudiantes encuestados no posee antecedentes previos, mientras que el 25,52% de los encuestados si los poseen.



*Gráfico 6*

En el gráfico se presentan diversas afecciones a la salud mental como antecedentes previos. Se puede observar que un 38,16% de los encuestados afirma haber padecido de

ansiedad, un 38,16% afirma haber sufrido depresión, un 11,84% afirma haber sufrido de estrés y un 11,84% afirma haber sufrido otro padecimiento.



Tabla 5

Quienes mencionan tener antecedentes previos, es decir el 25,52% de los encuestados, son los que presentan más sintomatología actual. De esta tabla se puede extraer que la prueba T de Student acredita que la diferencia en los puntajes de estrés, depresión, ansiedad y comportamiento suicida entre el grupo que posee antecedentes previos y el grupo que no los posee es significativa.

*Estadísticas de grupo*

| ¿Posee antecedentes de diagnóstico de algún tipo de problemática de salud mental? |    | N   | Media   | Desviación estándar | Media de error estándar | t      | Sig.(bilateral) |
|---|----|-----|---------|---------------------|-------------------------|--------|-----------------|
| Estrés (puntaje)  | NO | 216 | 10,6296 | 4,98013             | ,33886                  | -3,390 | ,001            |
|   | SI | 74  | 12,8919 | 4,87534             | ,56675                  |        |                 |
| Depresión (puntaje)   | NO | 216 | 8,1898  | 5,47944             | ,37283                  | -3,200 | ,002            |
|   | SI | 74  | 10,5946 | 5,86122             | ,68135                  |        |                 |
| Ansiedad (puntaje)  | NO | 216 | 7,2500  | 5,26705             | ,35838                  | -3,995 | ,000            |
|   | SI | 74  | 10,1757 | 5,90648             | ,68661                  |        |                 |
| Suicidalidad (puntaje)  | NO | 216 | 2,3148  | 2,81903             | ,19181                  | -4,065 | ,000            |
|   | SI | 74  | 4,1351  | 3,48116             | ,40468                  |        |                 |

## CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

### 5.1 DISCUSIÓN

En el apartado anterior, se obtuvieron los resultados de las encuestas aplicadas a estudiantes de la universidad de la comuna de Copiapó, reflejando la condición actual en que se encuentran los y las alumnos/as en cuanto a la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés con respecto al comportamiento suicida, siendo de utilidad para realizar un contraste con los hallazgos recopilados históricamente en cuanto a la presencia o ausencia de tal sintomatología en la comunidad universitaria. En este sentido, la relevancia de tal contraste radica tanto en corroborar si existe o no una tendencia y en las posibles relaciones entre ellas.

#### **a) Objetivo específico 1: identificar la presencia de síntomas de depresión, estrés y ansiedad**

En relación a los resultados, el 81,03% de los encuestados presentó sintomatología de estrés, siendo un resultado concordante con los estudios recopilados en esta investigación, como es el caso de Cova *et al.* (2007) quienes afirman que el estrés es una de las problemáticas observadas más frecuentes en universitarios.

En el caso de la depresión, los resultados de esta investigación muestran que el 60,43% posee presencia de sintomatología. En concordancia de esto, existen diversos estudios, como es el caso de Micin y Bagladi (2011) quienes afirman que la población universitaria presenta tasas más altas de diagnósticos de depresión mayor episodio único y distimia en

relación al resto de la población, o como la población universitaria chilena muestra un 16% de síntomas depresivos en sus resultados respecto a la aplicación del mismo instrumento a estudiantes de países de mayor desarrollo económico (Araya *et al.*, 2001; Cova, Melipillán *et al.*, 2007 como se citó en Cova, Alvial *et al.*, 2007). Por lo tanto, el resultado sería coincidente con variadas conclusiones de estudios previos, respecto a la presencia de sintomatología de depresión en estudiantes universitarios, sin embargo, los resultados en porcentaje en este estudio superan significativamente las cifras encontradas (Antunez y Vinet, 2013; Czernik *et al.*, 2006; Riveros *et al.*, 2007; Sánchez *et al.*, 2002).

En cuanto a la sintomatología ansiosa, los resultados de la investigación muestran que un 60,34% de los estudiantes encuestados presentan síntomas de ansiedad. Esto se relaciona con una investigación de la (UACh) por Antúnez y Vinet (2013) donde afirma que en la muestra estudiada de 484 universitarios el 20% de ellos presentó sintomatología ansiosa. Existen otros estudios como el de la Universidad de Concepción (2007) donde se encontró que en un 23,4% de sintomatología ansiosa. En cuanto al estudio de Andrews y Wilding (2004) como se citó en Cova *et al.* (2007) se concluye que los alumnos un mes después de entrar a la universidad el 20% de ellos presentó sintomatología ansiosa.

Nuevamente, los resultados coinciden con estudios previos en esta población, en cuanto a presencia de sintomatología ansiosa, pero siendo las cifras en este estudio más elevadas.

#### **b) Objetivo específico 2: identificar si existe comportamiento suicida**

En el caso del comportamiento suicida, los datos obtenidos arrojaron que el 26,90% de los estudiantes padecen comportamiento suicida en contraposición del 73,10% que no lo padece.

**c) Objetivo específico 3: Establecer si existe relación entre síntomas de depresión, estrés, ansiedad y comportamiento suicida**

***Correlación entre estrés y ansiedad***

Según lo observado las variables estrés y ansiedad se encuentran relacionadas entre sí, ( $r= ,820$ ;  $p= ,000$ ) lo que se condice con lo mencionado por el DSM-V (2014) donde se exponen los trastornos relacionados con el estrés, siendo uno de ellos la ansiedad y la ansiedad mixta. Además, los resultados arrojados por la aplicación del DASS-21 a una muestra de 8.983 estudiantes universitarios de la universidad austral de Chile, establece que la mayor correlación entre los factores fue entre estrés y ansiedad (Antúnez y Vinet, 2012).

***Correlación entre ansiedad y comportamiento suicida***

Según los hallazgos encontrados, entre las variables ansiedad y comportamiento suicida, existe también una correlación, ( $r= ,472$ ;  $p= ,000$ ) tal como lo mencionado por Rush y Beck (1978) quienes refieren que las estructuras e interpretaciones ansiosas de la realidad, cumplen un rol predominante en la teorización de la suicidalidad, considerando que tales esquemas mentales negativos generan altos niveles de angustia, entregando un escenario importante en la ideación y comportamiento suicida, como la expresión culmine del deseo de escapar de un futuro sin esperanzas.

***Correlación entre estrés y comportamiento suicida***

Respecto a los hallazgos encontrados en la relación estrés y comportamiento suicida, ( $r= ,441$ ;  $p= ,000$ ) se comprobó que efectivamente existe una correlación significativa. Lo que se encuentra en concordancia con la investigación de Cova *et al.* (2007) que obtiene

una relación positiva entre estrés académico y el deseo de muerte e ideación suicida, y en acuerdo con los postulados de Ahrens y Linden (1996) y Mann *et al.* (1999) sobre el Síndrome Suicida, consistente en la interacción entre factores estresantes y la vulnerabilidad del individuo frente a éstos, que predisponen la conducta suicida (como se citó en Eguiluz *et al.*, 2010). En la misma línea, Villalobos (2007) afirma que los sujetos sensibles a los eventos estresores, son vulnerables al comportamiento suicida o como Overholser (2003) también postuló, que los eventos vitales estresantes podrían precipitar el comportamiento suicida, distinguiendo entre eventos estresores y precipitantes. Finalmente, Lazarus y Folkman (1984) explicarían tal fenómeno, como resultado de una evaluación cognitiva o forma de afrontamiento catastrófica frente a los eventos estresantes, por parte de los sujetos, siendo esta acción la que los vuelve vulnerables a la conducta suicida.

### ***Correlación entre depresión y estrés***

Respecto a los resultados entre depresión y estrés ( $r = ,714$ ;  $p = ,000$ ) existe una relación significativa entre ellas, tal como diversos estudios sugieren, afirmando que la existencia de síntomas depresivos se asocian al estrés (Araya *et al.*, 2001; Cova, Melipillán *et al.*, 2007 como se citó en Cova, Alvial *et al.*, 2007) o como Antúnez y Vinet (2013) comprobaron mediante el uso del DASS-21 en su investigación, que los altos niveles de estrés se encontraban presentes al mismo tiempo que los síntomas depresivos. Su explicación puede encontrar lugar en la teoría cognitiva de Beck (1978), donde la depresión se entiende como una estructura mental creada por experiencias vitales negativas tempranas, que posteriormente pueden activarse al verse enfrentadas a eventos negativos o estresores nuevos.

### ***Correlación entre depresión y ansiedad***

En tanto a los hallazgos encontrados en las variables depresión y ansiedad se observó una existente correlación ( $r= ,709$ ;  $p= ,000$ ) entre ellas, según Beck (1978) la depresión se caracteriza principalmente por distorsiones cognitivas, siguiendo con Beck (como se citó en Sanz, 1993) la percepción de peligro aparece sesgada, es decir existen creencias disfuncionales sobre el significado de las experiencias que condicionan la construcción de la realidad. Se visualiza entonces que los procesamientos cognitivos distorsionados desencadenan trastornos depresivos y ansiosos (Sanz, 1993). Estos datos concuerdan con las investigaciones de la OMS (2016) afirma que entre los años 1990 y 2013 las personas con trastornos ansiosos y depresivos han aumentado cerca de un 50%. En cuanto al contexto universitario se visualizó que en este grupo existiría cierta predisposición a desarrollar trastornos depresivos y ansiosos, en comparación con el resto de la población (Sánchez *et al.*, 2002). En otro estudio de Antúnez y Vinet (2013) La muestra constituida por 484 estudiantes, 15,5% de la muestra construida por 484 estudiantes presenta en conjunto, sintomatología depresiva y ansiosa, visualizando así que ambas sintomatologías son predominantes en los alumnos de primer año.

### ***Correlación entre depresión y comportamiento suicida***

Referente a los hallazgos existe una asociación depresión y el comportamiento suicida ( $r= ,735$ ;  $p= ,000$ ) se ha encontrado que existe una asociación entre ambas variables, ya que para Pfeffer, *et al.* (1992) se encontraron variables asociadas a la depresión que pudieran ser previsible a una predisposición a la conducta suicida. (como se citó en Eguiluz, *et al.*, 2010). Siguiendo con los teóricos para Rush y Beck (1978) los esquemas, las estructuras e interpretaciones mentales negativas son predominantes en la ideación y comportamiento suicida. En tanto para Pompili, *et al.* (2013) determinó que la desesperanza es un sentimiento relevante dentro del comportamiento suicida, que se acentúa cuando la persona intenta cometer un suicidio.

**d) Objetivo específico 4: Establecer si existe relación entre las variables que miden los instrumentos con variables sociodemográficas**

***Tabla 3: Variable estrés entre hombres y mujeres.***

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta, (mujeres  $M=12,099$ ;  $DS=4,93$ ) (hombres  $M= 9,16$ ;  $DS= 4,72$ ), la variable estrés fue significativamente mayor en mujeres que en hombres, ( $t=4,73$ ;  $p= ,000$ ) lo que se condice con la investigación referente a las diferencias de género en cuanto al estrés realizada por Matud (2004), quien refiere que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres con respecto al estrés crónico, además estas obtuvieron mayor puntaje en síntomas somáticos y malestar psicológico.

***Variable depresión entre hombres y mujeres.***

Basándose en las cifras que entregó la encuesta, la variable depresión ( $p= ,003$ ) fue significativamente más alta en mujeres que en hombres, de forma similar que lo expuesto en la reciente investigación de González *et al.* (2020) en la cual, de 644 estudiantes, el 4,9% presentó sintomatología depresiva, siendo en su mayoría mujeres. A pesar de ello, tal investigación se realizó en contexto de aislamiento social por motivo de pandemia, siendo un resultado que pudiese estar influenciado por ello.

***Variable ansiedad entre hombres y mujeres.***

Siguiendo con los resultados obtenidos en la encuesta aplicada, la variable ansiedad ( $p= ,000$ ) las mujeres son quienes presentan mayor sintomatología ansiosa que los hombres, esto se contradice con la investigación de Micin y Bagladi (2011), donde se

demuestra que, dentro de la población universitaria chilena, es en los hombres donde existe una prevalencia en trastornos específicos de ansiedad.

#### ***Variable comportamiento suicida entre hombres y mujeres.***

De acuerdo a los resultados de esta investigación, en la variable comportamiento suicida se puede observar una equivalencia ( $p= ,089$ ) con respecto al género de los encuestados, lo cual se condice con el estudio realizado por Micin y Bagladi (2011), se relaciona nuestro resultado, donde no se encontraron diferencias significativas por género para antecedentes de conducta suicida, además de que, según estos autores, las tasas chilenas registran un importante aumento en adultos jóvenes de ambos sexos.

#### ***Tabla 4: Variables de depresión y comportamiento suicida en cuanto a edad.***

De acuerdo a esta investigación, se puede afirmar que a mayor edad tienden a disminuir los niveles de depresión y comportamiento suicida y a menor edad tendrían a aumentar, lo cual se condice con lo dicho por Rueda *et al.* (2010), quienes indican que el grupo de mayor riesgo frente al suicidio es el de los individuos más jóvenes. Por otro lado, la investigación del MINSAL (2011) arrojó que, a mayor edad, los índices de depresión tienden a disminuir. Específicamente, una muestra de mayores de 65 años presentó un 4,1% de sintomatología depresiva en hombres y un 16,9% en mujeres, por lo tanto, confirmando el resultado de esta investigación.

#### ***Variables estrés y ansiedad en cuanto a edad***

Estas variables no mostraron asociación con la variable edad. A pesar de ello, la investigación no contaba con este hallazgo, por lo que en la búsqueda de material bibliográfico se contrasta tal resultado con la investigación de Vicente *et al.* (2010)

quienes comprueban que los trastornos de salud mental si son prevalentes en población más joven, de acuerdo a su muestra.

***Antecedentes previos de afecciones a la salud mental: ansiedad, depresión, estrés u otros.***

Los resultados de esta investigación arrojaron que el 25,52% de la muestra encuestada indicó haber tenido antecedentes de padecimientos en salud mental. En tanto, la muestra del 25,52% que tenía antecedentes previos, fue la que mayor sintomatología actual poseía en base a las cifras obtenidas.

Lo cual se condice con los planteamientos de Andrade (2017), quien señala que en el caso del síndrome depresivo el 50% de los cuadros, se vuelven a presentar y el haber tenido tres cuadros depresivos, aumenta en un 90% la posibilidad de tener un cuarto.

Respecto a los individuos con antecedentes ansiosos, un 38,16% señaló padecerlos en la actualidad. Tal valor, abre las puertas al cuestionamiento acerca de si estos sujetos vivencian una ansiedad estado o ansiedad rasgo, tal como lo señala la teoría de Spielberger *et al.*, (1997), entendiendo la ansiedad estado como la ansiedad circunstancial, fluctuante y variante en intensidad y tiempo, y por otro lado, la ansiedad rasgo como una propensión particular del individuo a percibir las situaciones más amenazantes y por tanto, aumentar la sintomatología ansiosa. Por esta razón, no es posible confirmar en base a estos resultados si esa muestra posee una ansiedad patológica o tal estuvo condicionado por circunstancias particulares.

En cuanto a los antecedentes de estrés, un 11,84% de los estudiantes afirma haberlo padecido previamente, lo que concuerda con lo planteado por Orlandini (como se citó en Alfonso *et al.*, 2015), quien refiere que, durante toda la historia de escolaridad de una

persona, cierta tensión estará presente, a la que se le denomina estrés académico, el cual ocurre tanto en el estudio individual como en el aula. Según Selye, no solamente existen agentes físicos nocivos que producen estrés, también en el caso del ser humano, lo que exige la sociedad y lo que pudiera percibir como amenazante el individuo, requieren y necesitan la capacidad de adaptación, pudiendo esto provocar un trastorno (como se citó en Alfonso *et al.*, 2015).

En cuanto al comportamiento suicida, un 26,9% de la población evaluada presenta esta conducta, y un 11,84% de la población afirma haber sufrido otro padecimiento no incluido entre las variables estudiadas. Lo cual es relevante al comprender que el padecer un trastorno mental es factor predisponente al riesgo suicida, y que una tentativa de suicidio aumenta el riesgo de seis a doce posteriores meses siguientes de la tentativa (MINSAL, 2013).

## CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

Según los objetivos detallados en el presente informe se concluye que existe una correlación positiva entre las variables depresión, ansiedad y estrés con respecto al comportamiento suicida, es decir, si se cumple nuestra hipótesis de investigación.

En los resultados obtenidos de las escalas y encuestas aplicadas en los estudiantes universitarios, se visualizó la presencia de sintomatología de acuerdo a la variable depresión y ansiedad en un mismo porcentaje dando así un 60,34% en ambas, en cuanto a la variable estrés un 81,03%, mientras que en la variable comportamiento suicida existe un 26,90% de presencia de esta conducta. Todas cifras alarmantes, que dejan ver problemas significativos en la salud mental de la población estudiada y el riesgo inminente en que se encuentra. Si bien tales resultados fueron de una muestra específica universitaria, que no es representativa, pero sí permite proyectar y dejar entre ver serios problemas de salud mental que requieren atención e intervención en esta comunidad. Condiciones que pudiesen haberse visto afectadas por el actual contexto de pandemia, pero variable que en este estudio no fue estudiada.

En el caso de estudiantes universitarios, algunos estudios de percepción en pandemia señalan que el 31,92% afirmaron sentirse estresados, 36,3% problemas para dormir asociado a la ansiedad y 4,9% síntomas depresivos, especialmente en mujeres y estudiantes más jóvenes (González *et al.*, 2020). Por este motivo, se tiene en cuenta que los resultados actuales pudieron verse alterados por las circunstancias, sin embargo, esta variable no fue estudiada en este trabajo.

La importancia de esta investigación es visualizar las posibles afecciones de salud mental que pudieran estar afectado a los estudiantes universitarios, estas variables fueron elegidas porque como ya se ha mencionado anteriormente, cada una de ellas pudieran ser un factor predisponente con respecto al comportamiento suicida, afecciones que deben ser problematizados para la atención oportuna y para favorecer la prevención del suicidio (Shneidman como se citó en Eguiluz, *et al.*, 2010). En cuanto a la sintomatología ansiosa, ella está directamente relacionada con la depresión, ya que Beck afirma que en la ansiedad existe la presencia de creencias disfuncionales sobre el significado de experiencias que condicionan la construcción de la realidad (como se citó en Sanz, 1993).

La depresión al igual que otros trastornos mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de alcohol y drogas, son factores de riesgo dentro del comportamiento suicida (MINSAL, 2017). Referente a la variable estrés, existe una relación entre ésta y el comportamiento suicida. Adams y Adams (1991) afirman que el estrés pasaría a ser un factor de riesgo en cuanto se intensifica el malestar y estos podrían producir eventos depresivos, es decir los estados o cuadros depresivos podrían ocasionar un evento o comportamientos suicida. Por lo que se puede concluir de este estudio y tomando en cuenta investigaciones y teorías ya presentadas, el comportamiento suicida está directamente relacionado con los estados depresivos, ansiedad y estrés, existiendo un factor predominante que son las creencias disfuncionales, pensamientos negativos, es decir distorsiones cognitivas (Beck, 1978), pudiendo esto aumentar el riesgo suicida.

Es importante señalar que, aunque los individuos que presenten sintomatología depresiva o padezcan algún trastorno mental, no todos los sujetos están dentro de lo que se le denomina comportamiento suicida.

Respecto a las consideraciones futuras de esta investigación se puede mencionar que es necesario a nivel de educación superior ahondar más sobre las afecciones de la salud mental, con el fin de que se puedan abrir puertas a nuevos proyectos interventivos, de

psicoeducación y campañas sobre la prevención del suicidio en las instituciones educativas de la región.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede establecer que el contexto de pandemia dificultó el poder tomar una mayor muestra de los estudiantes con el objetivo de obtener una mejor representatividad de los resultados, esto también impidió el poder demostrar los resultados a nivel de carrera o facultad, por lo que no hubo caracterización de estas variables.

No obstante, los resultados obtenidos no dejan de ser preocupantes, ya que se mostró un alto porcentaje en la presencia de estas afecciones relacionadas a la salud mental, por lo que se llama a la comunidad universitaria a establecer un equilibrio entre la exigencia académica y su bienestar. Debe recalcarse la necesidad de instaurar campañas de "promoción de salud mental" en instituciones de educación superior como alternativas a la praxis habitual de evitar y combatir estas problemáticas, brindando herramientas y pautas para frenar la instauración de estados emocionales negativos que interfieran la salud mental (Alfonso *et al.*, 2015).

## Referencias

- Adams, M., & Adams, J. (1991). Life events, depression, and perceived problem-solving alternatives in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (32), 811-820. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01904.x>
- Alfonso, B., Calcines, M., Monteagudo, R., y Nieves, Z. (2015). Estrés académico. *EDUMECENTRO*, 7(2), 163-178. Recuperado el 05 de enero de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742015000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200013&lng=es&tlng=es).
- Andrade, M. (2017). *Psiquiatría: trastorno depresivo recurrente*. Chile: Síntesis, biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. Recuperado de <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/psiquiatria/1076-5-01-1-008>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30 (3), 49-55. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista médica de Chile*, 141(2), 209-216. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- American Psychiatric Association. (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. España: Editorial Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Asociación Americana de Psiquiatría.

- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (2006). *Día Mundial de Prevención del Suicidio "Más conocimiento, más esperanza"*. Septiembre 2006. Recuperado de: [https://www.iasp.info/wspd/pdf/2006\\_wspd\\_flyer\\_spanish.pdf](https://www.iasp.info/wspd/pdf/2006_wspd_flyer_spanish.pdf)
- Arenas, M. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29. Recuperado el 08 de octubre de 2020, de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es)
- Arnett, J. J. (2017). Adultez emergente y características culturales de la etapa en universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, volumen 35 (1), 47-56. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Bados A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17 (4), 679-683. Recuperado de <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=3165>
- Barraza, L., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, A., Araya, V., Villagra, J. y Contreras A. M. (2015). Anxiety, depression, stress and personality organization in medical and nursing freshmen. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53 (4), 251-260. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400005>
- Bausela, E. (2005). SPSS: Un instrumento de análisis de datos cuantitativos. *Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*, 2 (4), 62-69. Recuperado de: <http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/020204/A3mar2005.pdf>
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory* (19° Ed.). United States, Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M., Medina, O. (2015). *Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín*. Universidad de San Buenaventura. Facultad de Psicología. Medellín, Colombia. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2015/amc155f.pdf>

- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely S., Greenberg, N. y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395 (10227), 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., y Dong, J. (20 de Marzo de 2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *psychiatry research*, 287 (112934), 1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cauas, D. (s.f.). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Lima: Academia.edu. Recuperado de [https://www.academia.edu/11162820/variables\\_de\\_Daniel\\_Cauas](https://www.academia.edu/11162820/variables_de_Daniel_Cauas)
- Chávez-Hernández, A. y Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33 (4), 355-360. Recuperado en 11 de julio de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&tlng=es).
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor*. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/499\\_GPC\\_Ansiedad\\_generalizada/IMSS-499-11-GER\\_AnsiedadGeneralizada.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/499_GPC_Ansiedad_generalizada/IMSS-499-11-GER_AnsiedadGeneralizada.pdf)
- Clasificación Internacional de Enfermedades (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Clemente, M. y Gonzalez, A. (1996). *Suicidio: una alternativa social*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Colegio Oficial de Psicólogos (s.f). *El estrés*. Consejo General de la Psicología de España. Recuperado del sitio de internet de <https://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag13.htm>

- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Madrid: Colegio oficial de psicólogos.
- Cova, F., Alvia, W., Aro, M., Boniffeti, A., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007) Problemas de salud mental en estudiantes de la universidad de Concepción. *Ter Psicol* 2007, 25, 105-12. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200001>
- Crawford, J., y Henry J. (2005). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (2), 227-239. doi: <https://doi.org/10.1348/014466503321903544>
- Czernik, S., Jiménez, S., Morel, M. & Almirón L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de Corrientes, Argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 13 (2), 64-73. Recuperado de [https://www.alcmeon.com.ar/13/50/6\\_czernik.htm](https://www.alcmeon.com.ar/13/50/6_czernik.htm)
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Recuperado de <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Durkheim-Émile-El-Suicidio.pdf>
- Eguiluz, L., Cordova, M. y Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio: su comprensión y tratamiento*. México: Editorial Pax México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>
- Forcadell, E., Fullana, M., Lázaro, L. y Lera, S. (2019) *¿Qué es la Ansiedad?*. Recuperado el 13/07/20, de Clinic Barcelona website: <https://www.clinicbarcelona.org/>
- Florenzano, R. (2006). Salud mental y características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile. *Revista Calidad de la Educación*, 23, 105-114. doi: <https://doi.org/10.31619/caledu.n23.290>
- González, N., Tejada, A., Espinosa, Mendez, C. y Ontiveros, Z. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. *Preprint*, 1, 1-2. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>

- Hernández, M., Horga, J., Navarro, F. y Mira, A. (2007). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Jiménez, M. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*. 1. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279450220\\_Conducta\\_e\\_ideacion\\_suicida\\_en\\_estudiantes\\_universitarios](https://www.researchgate.net/publication/279450220_Conducta_e_ideacion_suicida_en_estudiantes_universitarios)
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. En W. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral Medicine*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Martinez-Roca.
- López, M., Kuhne, W., Pérez, P., Gallero, P., Matus, O. (2010). Características de Consultantes y Proceso Terapéutico de Universitarios en un Servicio de Psicoterapia. *Revista Iberoamericana de Psicología. Ciencia y Tecnología* 2010, 3 (1), 99-107.
- Lovibond, P., y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33 (3), 335–343. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Manelic, H., Ortega, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales. *Plantel Aragón. Salud Mental*, 18(2), 31-34. Recuperado de: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/558/558](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/558/558)
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.

- Martínez, C. (2008). *Suicidología comunitaria para América latina, teoría y experiencia*. Alfepsi Editorial. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/371957164/Suicidologia-a-Comunitaria-Carlos-Martinez>
- Martinez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para américa latina: teoría y experiencias*. Latinoamérica: ALFEPSI Editorial.
- Matud, P. (2004). *Gender differences in stress and coping styles: Personality and Individual Differences*. Volume 37, Issue 7, 2004, 1401-1415. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*, 29 (1), 53-64. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Ministerio de Salud (2011). Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2011. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2013). *Depresión de personas de 15 años o más*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). *Plan nacional de salud mental (2017-2025)*. Recuperado de <https://villasolidarialsino.cl/wp-content/uploads/2018/08/PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-2025.pdf>
- Ministerio de Salud (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio*. Recuperado de [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Preencion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf)
- Ministerio de Salud (2020). *Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile*. Santiago, Chile. MINSAL. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>

- Navas W, Vargas M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69 (604), 497-507. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=38298>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Depresión*. Recuperado el 9 de octubre del 2020 de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *World Health Statistics 2014*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671\\_eng.pdf;jsessionid=A31E9A804F239C0F192FFA5822901860?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf;jsessionid=A31E9A804F239C0F192FFA5822901860?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 28/12/2020 de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *World Health Statistics data visualizations dashboard*. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en#>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 28/12/2020 de [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (9 de octubre del 2020), *Organización mundial de la salud*, recuperado el 9 de octubre del 2020. <https://covid19.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de acción sobre Salud Mental 2015-2020*. obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2020) *Prevención del suicidio*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Overholser, J. (2003). Predisposing factors in suicide attempts: Life stressors. En A. Spirito, & J. C. Overholser (Eds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters* (pp. 41-52). Estados Unidos: Elsevier Science.
- Pompili, M., Innamorati, M., Gonda, X., Serafini, G., Sarno, S., Erbuto, D.,... Girardi, P. (2013). Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: A prospective follow up study. *Journal of Affective Disorders*, vol. 150 (2), 216.
- Rioseco P, Valdivia S, Vicente B, Vielma M, Jerez M. (1996). *Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción*. Rev. Psiquiatr 1996; 3: 158-65

- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista De Investigación En Psicología*, 10(1), 91-102. doi: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v10i1.3909>
- Rojo, J. (s.f.). *Primeros pasos en SPSS*. Recuperado de: <https://www.uv.es/friasnav/SPSSIniciacion.pdf>
- Román, M. (2010). *Validación de la versión abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS — 21) en adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco*. Tesis de Magíster no publicada, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Román, F., Vinet, E. y Alarcón, A. M. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII(2), 179-190. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281943265009>
- Rueda, G., Rangel, A., Castro, V. y Camacho, P. (2010). *Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta*. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a04.pdf>
- Rush, A. J. y Beck. A. T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *Am J Psychother.* 32(2), 201-19.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad del contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170. [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
- Sánchez, R., Cáceres, H. y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. *Biomédica*, 2002 (22), 407-16.
- Salvo, L., Melipillán, R. y Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(1), pp. 16-23. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100003>

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1997). *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. Madrid, España: TEA.
- Superintendencia de Salud (s.f) *Garantías Explícitas de Salud*. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#accesos\\_fichas\\_ges\\_8](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#accesos_fichas_ges_8)
- Universidad de Atacama (2020). *Universidad de Atacama*. Copiapó: UDA. Recuperado de <https://uda.cl>
- Universidad de Santiago de Chile (2017). *Educación y cuidado de la salud mental (OMS) del estudiante universitario*. Santiago de Chile. Recuperado de: [http://leo.usach.cl/sites/default/files/paginas/leo\\_educacion\\_y\\_cuidado\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://leo.usach.cl/sites/default/files/paginas/leo_educacion_y_cuidado_de_la_salud_mental.pdf)
- Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: el Pariente Pobre del Sistema de Salud. *Claves de políticas públicas, (11)*, 1-10.
- Vergara, J., Boj, E., Barriga, O. y Díaz, C. (2017) *Factores explicativos de la deserción de estudiantes de pedagogía*. Revista Complutense de Educación. doi: [https://doi.org/10.5209/rev\\_RCED.2017.v28.n2.50009](https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n2.50009)
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130, pp. 527-536. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De La Barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zúñiga, M., Escobar, B., y Pihan, R. (2010). Epidemiología De Trastornos Mentales Infanto Juveniles En La Provincia De Cautín. *Revista médica de Chile*, 138, 965-973.
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihan, R. (2016). *Prevalencias y brechas hoy: Salud mental mañana*. Acta bioeth., Santiago, v. 22, n. 1, p. 51-61. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>

- Vijayakumar, L., Nagaraj, K. & John, S. (2004). Suicide and suicide prevention in developing countries, Disease Control Priorities Project. Working Paper No. 27, June 2004
- Villamil, V. y Molina, A. (2014). *Medidas generales de evacuación de enfermos mentales hospitalizados en situaciones de desastres*. Salud Mental. 37. 365. 10.17711/SM.0185-3325.2014.043. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/305864814\\_Medidas\\_generales\\_de\\_evacuacion\\_de\\_enfermos\\_mentales\\_hospitalizados\\_en\\_situaciones\\_de\\_desastres\\_Revision\\_de\\_la\\_bibliografia\\_y\\_sugerencias](https://www.researchgate.net/publication/305864814_Medidas_generales_de_evacuacion_de_enfermos_mentales_hospitalizados_en_situaciones_de_desastres_Revision_de_la_bibliografia_y_sugerencias)
- Villalobos, F. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud, 1 (8)*, 126-141.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., ... Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17 (5), 1729. doi:  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wenzel, A., Brown, G. K. y Beck, A. T. (2009). *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and clinical applications*. Washington, D.C: American Psychological Association. doi: <https://doi.org/10.1037/11862-000>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., ... Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet. Psychiatry*, 7 (3), 228–229. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Salud Mental en Estudiantes Universitarios en el Contexto del Covid 19

Estimado(a) estudiante(a), primero te saludamos muy cordialmente. A raíz de la contingencia sanitaria que está viviendo el mundo, nuestro país, e indudablemente la ciudad de Copiapó, nuestras vidas se han visto modificadas. En este contexto, el Departamento de Psicología en conjunto con la Dirección de Pregrado requiere que los estudiantes puedan contestar el siguiente formulario, que tiene por objeto conocer el estado de la salud mental de la comunidad universitaria, y que no te tomará más de 10 minutos.

Cabe destacar que, si usted decide participar en este estudio, por medio de responder este cuestionario: (1) todas sus respuestas serán tratadas confidencialmente; (2) sus respuestas serán trabajadas protegiendo en todo momento la privacidad; (3) puede dejar de responder en cualquier momento las preguntas de este cuestionario sin ningún tipo de consecuencia asociado a esto; (4) es importante que sepa que no existe ningún riesgo asociado a su salud por participar en este estudio; (5) los resultados generales del levantamiento de información serán compartidos con la comunidad universitaria; (6) frente a la necesidad de mayor información sobre el estudio puede contactarse con la docente del Departamento de Psicología Alejandra Vega Alvarez al correo [alejandra.vega@uda.cl](mailto:alejandra.vega@uda.cl).

Este levantamiento de información estará a cargo de la académica Alejandra Vega Álvarez y contará con la participación de las estudiantes seminaristas de la carrera: Constanza Morales Pozo, Valentina Vargas Grenet, Fernanda Vega Rehbein y Javiera Salas Cáceres.

Habiendo leído y comprendido lo informado, se considera que el hecho de responder

indica aceptar las condiciones planteadas.

Te invitamos a contestar....

Consiento responder voluntariamente el presente formulario

No consiento responder el presente cuestionario

## INSTRUMENTOS

Debido a las circunstancias sanitarias, los instrumentos debieron adaptarse a formulario Google para facilitar la difusión de los cuestionarios mediante el correo institucional de todos los estudiantes de la Universidad de Atacama. Los posteriores resultados fueron traspasados a la planilla excel para luego operacionalizar en SPSS.

### DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

*La escala de calificación es la siguiente:*

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me costó mucho relajarme                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me di cuenta que tenía la boca seca                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se me hizo difícil respirar                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones         | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 7. Sentí que mis manos temblaban  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Sentí que tenía muchos nervios   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Sentí que no tenía nada por que vivir   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Noté que me agitaba   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Se me hizo difícil relajarme  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me sentí triste y deprimido   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Sentí que estaba al punto de pánico   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. No me pude entusiasmar por nada   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sentí que valía muy poco como persona   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Sentí que estaba muy irritable  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido   | 0 | 1 | 2 | 3 |

### Escala de suicidalidad de Okasha

Lea cuidadosamente y marque la respuesta que más se acerque a lo que usted ha vivido.

|   |                     |   |
|---|---------------------|---|
| 1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | nunca               | 0 |
|   | Casi nunca          | 1 |
|   | Algunas veces       | 2 |
|   | Muchas veces        | 3 |
| 2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?                | Nunca               | 0 |
|   | Casi nunca          | 1 |
|   | Algunas veces       | 2 |
|   | Muchas veces        | 3 |
| 3. ¿Has pensado alguna vez en terminar con tu vida?     | nunca               | 0 |
|   | Casi nunca          | 1 |
|   | Algunas veces       | 2 |
|   | Muchas veces        | 3 |
| 4. ¿Has intentado suicidarte?                           | Nunca               | 0 |
|   | Un intento          | 1 |
|   | Dos Intentos        | 2 |
|   | Tres o más intentos | 3 |

### Cuestionario Sociodemográfico

Estimado(a), por favor conteste estas preguntas, seleccionando la alternativa que corresponda, marcando con una X, o incorporando la información solicitada:

1.- Sexo:  Hombre  Mujer

2.- Edad: \_\_\_\_\_

3.- Nivel \_\_\_\_\_

4. Carrera \_\_\_\_\_

5. Actividad laboral:  si  no

6. Antecedentes diagnósticos de Salud Mental previos (marque si corresponde con una X)

Depresión;  Ansiedad;  Estrés; otros \_\_\_\_\_ (señale cual);

7. Vive actualmente con (marque si corresponde con una X)

Padre y/o madres,  Familiares,  Hijos;  hijos,  amigos,  pareja,  solo (A)

Si considera que requiere de apoyo emocional deje su fono contacto \_\_\_\_\_