

UADE



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Trabajo de Integración Final de Psicología

Carrera: Licenciatura en Psicología

Título: Relación entre apoyo social percibido en jóvenes de 18 a 30 años originarios del interior del país que asisten a la universidad en Capital Federal y el riesgo de desarrollar depresión

Autor: Erhardt, Elisa - LU: 1018744

Tutor: Fernández, Lía Marcela

Firma tutor:

Fecha de presentación: Febrero 2016

Lima 717 C1073AAO – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tels: 0800-122-UADE (8233) – (54. 11) 4000-7600

www.uade.edu.ar

Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en analizar la relación entre el apoyo social percibido en jóvenes universitarios de 18 a 30 años provenientes del interior del país que residen en la Capital Federal para poder llevar a cabo sus estudios universitarios y el riesgo de desarrollar depresión. Además se investigaron la existencia de diferencias según el sexo, la edad y el año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto.

Se realizó un estudio transversal de tipo correlacional en el cual se seleccionó una muestra de conveniencia conformada por 200 participantes de entre 18 y 30 años de edad, oriundas de localidades a por lo menos 400 km de distancia de la Capital Federal.

La evaluación se realizó a partir de la administración de la Escala de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), el Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1961) y un cuestionario sociodemográfico.

Los resultados de este trabajo indican que existe una relación entre el total de la escala de Apoyo Social Percibido y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media y negativa (-0.504). También existe relación entre la subescala "Otros significativos" y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media-baja y negativa. Además, existe relación entre el factor "Familia" y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media y negativa. Por último, existe relación entre el factor "Amigos" y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media y negativa.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar el riesgo de depresión y apoyo social percibido en función del sexo. Sin embargo si se encontraron diferencias en cuanto a la edad y el año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto.

Palabras clave: Apoyo Social Percibido, Depresión, Estudiantes.

Abstract

The objective of this research was to analyze the degree of depression and perceived social support in university students from 18 to 30 years from the interior of the Province of Buenos Aires residing in the Federal Capital to carry out their university studies and establish whether there were differences according to sex, age and year of the career that is studying the subject.

A cross-sectional correlational study where a convenience sample comprised 200 participants aged between 18 and 30 years old, native of locations at least 400 km away from Buenos Aires was performed.

The evaluation was conducted after the administration of the Scale of Perceived Social Support (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley, 1988), the Depression Inventory by Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1961) and a sociodemographic questionnaire.

The results of this study indicate that there is a relationship between the total scale of perceived social support and Total Beck Depression Questionnaire ($P < 0.001$); the correlation is average and negative (-0.504). There is also a relationship between the subscale "significant others" and Total Beck Depression Questionnaire ($P < 0.001$); the correlation is negative and medium-low. In addition, there is a relationship between the "Family" factor and Total Beck Depression Questionnaire ($P < 0.001$); the correlation is high and negative. Finally, there is a relationship between the factor "Friends" and the Total Beck Depression Questionnaire ($P < 0.001$); the correlation is high and negative.

There were no statistically significant results when analyzing the degree of depression and perceived social support based on gender differences. However, differences between age and the year of the career the subjects is were found.

Keywords: Perceived Social Support, Depression, Students.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1 Objetivos.....	5
1.2 Preguntas de Investigación.....	5
1.3 Hipótesis.....	7
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Depresión.....	9
2.2 Factores de Riesgo.....	12
2.2.2 Factores Individuales.....	14
2.3 Apoyo social Percibido.....	16
2.4 Estado del Arte.....	20
3. Metodología.....	27
3.1 Diseño Metodológico.....	27
3.2 Participantes.....	28
3.3 Instrumentos de Recolección de Datos.....	29
3.4 Procedimientos.....	29
4. Resultados.....	31
5. Discusión.....	47
5.1 Limitaciones del Estudio.....	50
6. Conclusión.....	51
7. Bibliografía	54
8. Anexos.....	61

1. Introducción

En esta investigación se estudió la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión en jóvenes universitarios de 18 a 30 años provenientes del interior del país que residen en la Capital Federal para poder llevar a cabo sus estudios universitarios.

Los participantes convocados fueron estudiantes universitarios de 18 a 30 años, tanto hombres como mujeres, que hayan terminado sus estudios escolares alejados mínimamente a 400 kilómetros de CABA, y que actualmente estén residiendo y estudiando en una universidad en CABA.

Se eligió el tema en cuestión porque existe una alta cantidad de alumnos provenientes del interior de la Provincia de Buenos Aires que cambian su residencia a la Capital Federal para estudiar en la universidad. Según un estudio desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Económico de la Ciudad de Buenos Aires en 2012, un 25% de los estudiantes inscriptos en las Universidades locales proviene del interior del país y cambia su lugar de residencia para poder realizar sus estudios.

Existe abundante evidencia de los efectos positivos que parece tener el apoyo social percibido en el bienestar y en la salud mental de los individuos (Barrón & Sánchez, 2001; Musitu & Cava, 2002; Wight, Botticello & Aneshensel, 2006), lo cual se explicaría porque el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, de predictibilidad y de control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente (Barra, 2004).

Entre las patologías mentales más frecuentes se encuentra la depresión. La Organización Mundial de la Salud calculó en 450 millones el número de personas que padecían algún tipo de depresión en el año 2004; hacia el año 2006, el número de personas con depresión se había ubicado entre el 15 y 25 % de la población mundial. La depresión en jóvenes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos, el desempeño escolar y la familia. Aunque es una enfermedad tratable, muchas personas que la padecen no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además

de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión.

Esta investigación adquiere importancia ya que indaga si la distancia de la familia y del lugar en donde creció la persona, se relaciona con riesgo de depresión y el apoyo social percibido, esto permitiría en el futuro desarrollar medidas de prevención en estudiantes universitarios y sobre todo en aquellos que se encuentran lejos de su lugar de origen y de su familia.

1.1 Objetivos

El objetivo del estudio es explorar la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión en jóvenes universitarios de 18 a 30 años provenientes del interior del país que residen en la Capital Federal para poder llevar a cabo sus estudios universitarios.

Los objetivos específicos son:

1. Analizar si existen diferencias en el grado de apoyo social percibido entre hombres y mujeres.
2. Analizar si existen diferencias en el grado de apoyo social percibido según la edad.
3. Analizar si existen diferencias en el grado de apoyo social percibido según el año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto.
4. Analizar si existen diferencias en el riesgo de desarrollar depresión entre hombres y mujeres.
5. Analizar si existen diferencias en el riesgo de desarrollar depresión según la edad.
6. Analizar si existen diferencias en el riesgo de desarrollar depresión según el año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto.

1.2 Preguntas de investigación

- ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión?

- ¿Existen diferencias en cuanto a la edad y la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de depresión?
- ¿Existen diferencias en cuanto al sexo y la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de depresión?
- ¿Existen diferencias en cuanto al año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto y la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de depresión?

1.3 Hipótesis

1. Existe relación entre apoyo social percibido y riesgo de desarrollar depresión en jóvenes universitarios de 18 a 30 años provenientes del interior del país que residen en la Capital Federal para poder llevar a cabo sus estudios universitarios.

2. Marco teórico

En esta investigación se consideró la variable *riesgo de depresión*, ya que éste es un trastorno del estado del ánimo complejo que involucra diferentes variables que no pudieron ser estudiadas en profundidad en la muestra de 200 participantes. El cuestionario de depresión de Beck mide los síntomas de este trastorno en el lapso de un mes, no siendo posible entonces diagnosticar clínicamente a los participantes.

Según lo relatado por Greenberg (2003), la depresión constituye un problema relevante en el primer nivel de atención médica, que a menudo no es reconocida ni se atiende eficientemente. Como quiera que se defina (como un síntoma, un síndrome, una enfermedad única o un espectro con diferentes manifestaciones), es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (2011), la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de unas 850 mil muertes cada año, principalmente suicidios.

Una investigación publicada en JAMA (The Journal of the American Medical Association) en el año 2012, la depresión es la responsable de tercera causa mundial de morbilidad, y ocupará el primer lugar en los países de altos ingresos en el 2030. Además según este estudio, más de la mitad de las personas con depresión desarrollan un trastorno recurrente o crónico después de un episodio depresivo, y es probable que pasen más de un 20% de su vida en una condición deprimida. Sin embargo, para los investigadores responsables de esta investigación, la prevención puede ofrecer nuevas posibilidades para reducir la carga de morbilidad de los trastornos depresivos. Más de 30 estudios aleatorizados han demostrado que las intervenciones preventivas reducen la incidencia de nuevos episodios de trastornos depresivos en un 25%, y cerca del 50% cuando estas intervenciones se ofrecen en un modelo de atención escalonada. La investigación también expresa que los métodos con eficacia probada para combatir la depresión incluyen la educación, psicoterapia, cambios en el estilo de vida y nutricionales, y el tratamiento farmacológico.

En la investigación realizada por Miranda Bastidas, Gutierrez Segura, Bernal Buitrago & Escobar (2000) se señala que según distintos estudios, la prevalencia del trastorno depresivo varía del 8 al 25% en la población mundial, con una relación

hombre-mujer de 1:2. Estas cifras por sí solas expresan el costo social y económico de esta patología. Aunque eventualmente estos pacientes llegan a los servicios médicos, sólo la mitad recibe un tratamiento específico. Las personas divorciadas/solteras tienen mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos. La depresión es más frecuente en zonas rurales que urbanas. También se ha visto mayor riesgo en personas con antecedentes familiares de trastornos afectivos con experiencias infantiles (muerte parental temprana y medio familiar caótico), con eventos vitales negativos, (ausencia de confidente, pobre apoyo social y ambiente disruptivo). Se ha identificado que en pacientes deprimidos hay mayor número de acontecimientos estresantes (no necesariamente negativos) en el período que antecede al episodio depresivo. Sin embargo, cabe señalar, con respecto a su posible papel precipitante, que estos acontecimientos previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo. Dentro de los acontecimientos vitales, son importantes los que se presentan entre el final de la adolescencia y el comienzo de la adultez, como ingreso a la universidad, elección de carrera, inicio de actividad laboral, escogencia de pareja y distanciamiento de los vínculos parentales, situaciones en las cuales los individuos susceptibles pueden sufrir depresión de variada intensidad.

2.1 Depresión

Se definirá la variable depresión de la siguiente manera:

La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es definida como un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Los síntomas pueden dividirse en (Lizondo, 2008):

- a) Emocionales: Disforia, irritabilidad, anhedonia, retraimiento social.
- b) Cognitivos: Autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión.
- c) Vegetativos: Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnia, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de la libido.

d) Rasgos psicóticos; Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas, visuales.

En los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad y en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos. Sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión y de la ansiedad pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos. La teoría cognitiva de Beck (1979) afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (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.

Según González Escobar y Valdez Medina (2008) la depresión es la alteración más frecuente del estado de ánimo, ocurre entre el 5 y 10% por ciento de la población general, es más frecuente en mujeres que en hombres y aparece sobre todo entre los 18 y 44 años de edad. De esta forma, se calcula que aproximadamente 340 millones de personas en el mundo la sufren y que para el año 2020 provocará más pérdidas de años de vida saludable, siendo superada sólo por las enfermedades cardíacas. Los investigadores antes mencionados consideran particularmente importante estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies (1986)

refieren que quienes padecen depresión en la etapa de la infancia o de la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual compromete una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. La depresión tiene consecuencias serias, al igual que otros problemas de salud. Se asocia a un deficiente rendimiento escolar, abuso de sustancias tóxicas, violencia, ansiedad, trastornos alimenticios e ideas suicidas.

Un estudio realizado por Barradas Alarcón, Fernández Mojica, Balderrama, Daberkow Hernández & Martínez (2007) señala: “no se puede afirmar que la depresión tiene una causa concreta, sino que viene siendo la consecuencia sistémica de la interacción entre diferentes agentes, como son: aspectos psicológico, biológico, sociales y ambientales”.

Factores Psicológicos

Barradas Alarcón et al. (2007) señalan que los aspectos psicológicos pueden influir en el origen de cualquier clase de depresión, aunque es a la depresión neurótica a la que se le adjudica como clásica de este aspecto psicológico. Se consideran en este apartado factores determinantes y desencadenantes. Siendo la mala conformación de la personalidad en la etapa formativa como factor determinante y como factores desencadenantes se considera cualquier tipo de pérdida importante para la persona:

- afectivas: divorcio, muerte de un ser querido
- materiales: dinero
- laborales: desempleo
- pérdida de poder
- pérdida de la salud: alteraciones en la imagen corporal, enfermedades terminales
- factores académicos: cambios de modelos educativos (MEIF) abuso de autoridad por parte de profesor, violencia entre los compañeros entre otros.
- Otros sucesos: accidentes automovilísticos, robo, en cualquier etapa evolutiva.

Factores biológicos

En la investigación llamada “Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana” (2007), los autores describen que a través

de los avances científicos en la medicina y los avances tecnológicos se ha encontrado en varias investigaciones que algunas personas tienen una vulnerabilidad genética hereditaria de transmisión, se cree que posiblemente la depresión psicótica es producto de la vulnerabilidad heredada para padecerla. Así se puede apreciar en los resultados de algunas investigaciones en las posibilidades de padecer este tipo de depresión está en un 50% para aquellos que tienen padres con depresión severa en comparación de un 3% o 4% para quienes tengan un pariente lejano como primos, tíos, abuelos y padezca depresión severa.

Factores Sociales

Siguiendo con el estudio realizado por Barradas Alarcón et al (2007), los investigadores señalan que los estudios etiológicos demuestran que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Los autores destacan que en los último tiempos se ha desintegrado la familia o se han debilitado sus lazos, que existe una falta de vínculos con los vecinos, migraciones, que el divorcio se incrementa día a día, y que es habitual que los jóvenes traten de independizarse tan luego como tienen los medios económicos que les permiten hacerlo. Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace unas décadas se han roto por completo, así como el narcotráfico y la violencia que se han desencadenado últimamente.

Depresión y Rendimiento Académico.

Al respecto Manelic RH y Ortega-Soto HA (1995), señalan que en la comunidad estudiantil universitaria la depresión puede constituir un problema importante, pues al malestar emocional del individuo se le suma la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio porque las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica. Varios estudios indican que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general.

2.2 Factores de riesgo

Al ser el *riesgo de depresión* una de las variables medidas, es necesario definir los factores considerados de riesgo.

Un estudio realizado en España por el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009), destaca la existencia de factores de riesgo en cuanto al desarrollo de depresión. Los autores definen a un factor de riesgo como "toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso." Además, señalan que los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención. La depresión es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.

En este estudio se exploró la relación entre una sola de las variables, como es el apoyo social percibido, que puede incidir en el desarrollo de la depresión, la cual no es determinante ni significativa en el desarrollo de la depresión, aunque si es de suma importancia.

El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009) divide a estos factores en aquellos familiares y del entorno y aquellos que son individuales.

2.2.1. Factores familiares y del entorno

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

Riesgos familiares

Según Bragado, Bersabé & Carrasco (1999), la depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño. El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión.

Según National Collaborating Centre for Mental Health (2005), el contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de

conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el sujeto. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

Riesgos en relación con el entorno

Siguiendo con la investigación de National Collaborating Centre for Mental Health (2005), la depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los sujetos con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

En una investigación realizada por Haavisto, Sourander, Multimaki, Parkkola, Santalahti & Helenius (2004), otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión. Deberían considerarse sujetos con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad. Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión.

2.2.2. Factores individuales

Sexo

Según Aslund, Nilsson, Starrin, Sjoberg (2007), antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos.

Factores de riesgo genéticos y bioquímicos

Un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia. No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos. Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente (Torgersen, 2008).

Los autores Bhatia S.K & Bhatia S.C (2007) argumentan que existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con riesgos psicosociales elevados de presentarla. También parecen existir alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión.

Factores psicológicos

Según Garber (2006), el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas. Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con

aquellos individuos sin estas características. La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.

Además, el estudio realizado en el año 2009 por el Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, señala la existencia de factores de vulnerabilidad en el riesgo de desarrollar depresión; estos factores incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad. Entre ellos se encuentran: factores genéticos, historia de trastorno afectivo en los padres, sexo femenino, edad post-puberal, antecedentes de síntomas depresivos, antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino, afectividad negativa y pensamientos de tipo rumiativo. También, los investigadores que realizaron esta guía, destacan la presencia de factores de protección, que son aquellos que reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación: buen sentido del humor, buenas relaciones de amistad, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros personales valorados socialmente, nivel de inteligencia normal-alto, práctica de algún deporte o actividad física, participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.

2.3 Apoyo social percibido

Una vez definida la variable depresión, es necesario definir la variable apoyo social. Este concepto debe entenderse desde una perspectiva multidimensional, y no existe una definición concreta: "Apoyo social" es un concepto multidimensional ya que considera tres fuentes particulares: la familia, los amigos, y otras personas significativas (Bruwer, Kidd, Seedat, 2008).

La satisfacción con la vida corresponde al componente cognitivo del constructo de bienestar subjetivo, y generalmente se define como la evaluación general que una persona hace de su propia vida (Diener, Scollon y Lucas, 2009; Vera-Villarreal, Urzúa, Pavez, Celis-Atenas y Silva, 2012). Sin embargo, también es posible concebir y evaluar la satisfacción vital en base a sus distintas dimensiones o ámbitos, tal como lo hace el modelo multidimensional de la satisfacción vital de niños y adolescentes que incluye los

dominios familiar, escolar, amigos, sí mismo y entorno (Antaramian, y Huebner, 2009; Huebner, 2001).

Proctor, Linley y Maltby (2009) plantean que es muy importante analizar los factores relacionados a la satisfacción con la vida en los jóvenes, ya que la revisión de investigaciones respecto a este tema muestra que la percepción de satisfacción con la vida en los jóvenes tiene implicaciones importantes para su funcionamiento psicológico, social y educacional.

Algunos factores psicológicos que han sido relacionados con el bienestar subjetivo y la satisfacción vital son la autoeficacia (Reina, Oliva y Parra, 2010; Yusoff, 2012) y el apoyo social.

El término “apoyo social” puede definirse según Lin (1986, citado por Gracia Fuster, 1997, p.25) a través de los elementos que lo integran. Por un lado, el componente “apoyo” remite a las actividades instrumentales y expresivas. Por el otro, el aspecto “social” refiere a las relaciones sociales que establece el individuo con su entorno. Estas últimas, pueden distinguirse en tres factores: la comunidad (otros significativos), las relaciones sociales (parentesco, amistades) y las relaciones íntimas (parejas, familia).

A modo de síntesis, se puede decir que el apoyo social “es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza” (Lin, 1986, citado por Musitu Ochoa y otros, 2004, p.212).

Por otro lado, la escala de apoyo social percibido (Arechabala-Mantuliz, y Castillo, 2002) propone tres dimensiones que componen al complejo constructo del “apoyo social” a saber: estructura, función y percepción de calidad. Asimismo, propone buscar el apoyo social en los procesos perceptivos de los individuos, es decir, la percepción o creencia sobre la disponibilidad del apoyo.

Concerniente a la perspectiva de las funciones, Gracia Fuster (1997) expresa, la existencia de un consenso por el cual se podrían mencionar: la función emocional, la instrumental o material, y la informacional o de consejo.

Las funciones mencionadas, según Lin (1986, citado por Gracia Fuster, 1997, p.25), pueden agruparse a su vez, en dos dimensiones: las funciones instrumentales y

las expresivas. La primera refiere a la medida en que las relaciones establecidas funcionan como medio para alcanzar una meta u objetivo. La función expresiva, considera las relaciones sociales como un fin en sí mismas, lo cual permite al sujeto satisfacer emociones y necesidades de afiliación (sentirse amado, valorado, poder compartir emociones o problemas).

En relación a la estructura, el apoyo social puede diferenciarse entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. Según Barra Almagiá (2004), el primero remite a los aspectos funcionales y estructurales de la red social, y el segundo, a la apreciación subjetiva del sujeto en relación al apoyo brindado por la red.

El apoyo social recibido representa entonces, el aspecto objetivo, es decir, la cantidad de ayuda que ha recibido el sujeto en un periodo determinado de tiempo, considerando las creencias del sujeto en relación a las fuentes de apoyo. Respecto a la dimensión subjetiva, el apoyo social percibido, comprende la cognición y la evaluación del apoyo (Orcasita-Pineda & Uribe-Rodríguez, 2010). Este último tiene mayor impacto en la salud de las personas que el apoyo social recibido (Matud, 2002).

De acuerdo a la literatura, el apoyo social es un elemento indispensable para el desarrollo del bienestar individual y familiar, dando respuesta a las necesidades y momentos de transición del proceso de desarrollo de cada sujeto (Orcasita-Pineda & Uribe-Rodríguez, 2010) y permitiendo alcanzar un mayor grado de estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos. También contribuye al refuerzo de la autoestima, la construcción de una percepción más positiva del ambiente, el desarrollo del autocuidado y un mejor empleo de los recursos personales y sociales. En los casos donde el apoyo social se ausente, el individuo puede quedar expuesto a mayor estrés, pudiendo producir algunos efectos fisiológicos de modo directo o a través de procesos psicológicos o conductuales (Barra Almagiá, 2004).

Por otro lado, es esperable la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en relación al apoyo social percibido por sus modos de interactuar y participar en las relaciones sociales y los recursos que buscan de las mismas. A su vez, la autora observa que en contraste al sexo masculino, las mujeres dependen en mayor medida de su edad y el nivel educativo (Matud, 2002)

Actualmente no existe consenso respecto a la definición de este concepto, ya que se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia

con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental —dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones. (Castro, Campero y Hernández, 1997). Existe evidencia empírica que sugiere una mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población inmigrante (Shin, 1994). Esta relación se puede justificar en base a que el proceso migratorio se incluye dentro de los acontecimientos vitales no normativos que necesitan un mayor reajuste en todos los ámbitos de la vida de una persona (Jerusalem y Kleine, 1991). Al mismo tiempo diversas investigaciones han encontrado una relación negativa entre apoyo social y determinados síntomas psiquiátricos; al comparar grupos de sujetos con alta y baja depresión, estos últimos tenían más apoyo social (Russell y Cutrona, 1991; Lakey, Tardiff y Drew, 1994). Analizando la interacción del apoyo social y los eventos vitales sobre la depresión algunos investigadores han constatado una acción paliativa —efecto amortiguador— del apoyo en la relación entre eventos vitales estresantes y depresión (Cohen y Wills, 1985; Paykel, 1994).

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, especialmente, las de carácter crónico (Ganster & Victor, 1988; Pacheco & Suárez, 1997). En el ámbito académico, se ha encontrado que el apoyo social podría actuar, además, como un potenciador en el logro de un desempeño satisfactorio de los estudiantes (Román & Hernández, 2005), ya que contribuiría a que afronten a los estresores propios de su ambiente.

Los estudiantes se enfrentan cada vez más a exigencias, desafíos y retos que les demandan una gran cantidad de recursos físicos y psicológicos de diferente índole. Tal situación les puede hacer experimentar agotamiento, poco interés frente al estudio, y autocrítica (Caballero, Abello & Palacios, 2007), e, incluso, llevarlo a la pérdida de control sobre el ambiente, aunque sea sólo transitoriamente (Martín, 2007). El conjunto de actividades académicas propias de la universidad constituye una importante fuente de estrés y ansiedad para los estudiantes y pueden influir sobre su bienestar físico/psicológico (Guarino, Gavidia, Antor & Caballero, 2000), su salud, y el despliegue

de conductas saludables (Sarid, Anson, Yaari & Margalith, 2004); igualmente, causa un efecto sobre su rendimiento.

Autores como Barra Almagiá (2004) sostienen que la cantidad y calidad de las relaciones sociales pueden tener efectos en los mecanismos fisiológicos relacionados con los problemas de salud, ya sea directamente o a través de la mediación de procesos psicológicos o conductuales. Por ejemplo, la presencia de apoyo social puede promover conductas adaptativas de salud (como estimular la búsqueda de atención médica, el ejercicio y una dieta saludable, o desincentivar el fumar y el beber excesivos), o proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés. A la inversa, la ausencia de tal apoyo social puede exponer al individuo a mayor estrés, el cual podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica (funcionamiento inmunológico, reactividad cardíaca) ya sea de modo directo o mediante procesos psicológicos (por ejemplo, ansiedad o depresión). Respecto a lo último, cada vez se conoce mejor la relación existente entre los problemas de salud y los estados emocionales negativos (Barra, 2003). El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tendrá efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física al aumentar su resistencia a las enfermedades y reforzar también sus redes sociales de apoyo. Además, el apoyo social podría tener una influencia directa en la morbilidad y la mortalidad como resultado de sus efectos en los sistemas neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular (Uchino y cols., 1996). El apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación de la enfermedad, pero los mecanismos que permiten explicar dicha relación no son totalmente claros y se pueden plantear diversas posibilidades. Por una parte —como ya se ha mencionado—, el sentimiento de disponer de apoyo social puede reducir el impacto negativo del estrés sobre diversos problemas de salud; por otra parte, el apoyo social puede reforzar la autoestima, el sentido de control y la capacidad para afrontar más eficazmente la enfermedad, ayudando por ejemplo a reducir la cantidad requerida de medicamentos, acelerando la recuperación y facilitando la adherencia a las prescripciones médicas.

2.3 Estado del arte

Un estudio actual analizó cómo la salud mental de los estudiantes universitarios puede estar influida por la actividad académica (Dávila Figueras, Celis, Moncada y Gallardo, 2011). La muestra correspondió a un grupo bien delimitado de alumnos universitarios chilenos, quienes compartían la edad, un nivel intelectual común y una misma escolaridad. El objetivo de esta investigación es la descripción de las variables depresión y apoyo social percibido en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. La hipótesis, que plantearon fue que los alumnos presentarían mayores niveles de depresión al final del trimestre, y que la percepción de apoyo social no variaría significativamente según los momentos del semestre. Se administraron los cuestionarios HADS y de Apoyo Funcional de la Universidad Duke (Carolina del Norte, Estados Unidos). En cuanto a los resultados que recopiló este estudio, se puede resaltar que es más frecuente la presencia de ansiedad que depresión en los estudiantes; esto podría ser por el hecho de que la depresión se encuentra asociada a diferentes factores genéticos y psicosociales que sobrepasan el contexto de la universidad. Además, se encontró que debido a que hay diferencias en la socialización entre hombres y mujeres, éstas están más dispuestas a reportar sus sentimientos depresivos y ansiosos admitiéndolos con más facilidad, mientras que los hombres tienen mayor dificultad para reconocer sus emociones. En cuanto al apoyo social, se encontró que es muy importante en la salud mental de las personas, ya que si los estudiantes cuentan con buen apoyo por parte de amigos y familiares, su tendencia a la depresión disminuiría a pesar de las exigencias de la universidad; la suficiencia de apoyo social amortiguaría así la aparición de síntomas de tipo depresivo.

Arrivillaga Quintero, Cortés García, Goicochea Jiménez & Lozano (2004) informaron sobre un estudio "*Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*". Utilizaron una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucamaranga. Los instrumentos aplicados fueron: el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Depresión de Estado Rasgo (ST/DEP) de Agudelo, Spielberger & Buena-Casal (2005). Este estudio destaca que existen variables individuales que se relacionan con la depresión en los estudiantes universitarios, tales como los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio. Señala que la depresión puede

relacionarse con dificultades académicas, siendo una consecuencia de la pérdida de interés y/o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico. La depresión no es solo asociable al hecho de estudiar en un lugar diferente al que se está acostumbrado. En cuanto a los resultados, se registró una puntuación más alta de depresión en mujeres que en hombres, haciendo pensar que existe una diferencia entre sexos con respecto a esto.

Osornio-Castillo y Palomino-Garibay (2009) publicaron un artículo llamado "Depresión en estudiantes universitarios" de la Universidad Autónoma de México donde señalan que existe una relación entre depresión y rendimiento académico. Hallaron que el nivel de depresión dependerá del significado de la pérdida, la amenaza de pérdida, el fracaso, la desaprobación o la desilusión tengan para el alumno, pero no hacen referencia al suficiente o insuficiente apoyo social, aunque sí concluyen que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres. Además, agregan que la satisfacción por la carrera elegida parece ser un factor de importancia que se relaciona con la prevención de la depresión; el estudiante que cumple con sus expectativas académicas y personales fortalece su autoestima y estará en condiciones de alcanzar un estado de bienestar psicológico, biológico y social.

Un estudio más actual es el de Enrique Barra Almagia (2012) titulado "*Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos.*" El objetivo de la investigación fue examinar la influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico en estudiantes de la Universidad de Concepción de Chile. Resulta de interés el dato de que el apoyo social percibido tendría efectos positivos en el bienestar y en la salud mental de los individuos, lo cual parecería proporcionarle a este un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor. Para evaluar el apoyo social percibido en los estudiantes universitarios de esa facultad, se usó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Gracia, Herrero y Musitu, destinado a evaluar la disponibilidad de tres tipos de apoyo (emocional, consejo e instrumental) proveniente de relaciones interpersonales específicas en la red social del individuo. Se encontró en este estudio que el apoyo social percibido está muy relacionado con la mayoría de las dimensiones de bienestar psicológico, y que las relaciones sociales tienen influencia en la felicidad y el bienestar. Nuevamente se encuentran aquí diferencias entre los sexos: las mujeres puntuaron más alto que los hombres en cuanto a esta variable mencionada anteriormente. El autor

relaciona este dato con una diferencia en la socialización y diferentes papeles entre hombres y mujeres en la sociedad.

Asimismo, Quintero, Cortés García, Goicochea Jiménez & Lozano Ortiz (2008) investigaron la *“Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios”* con el objetivo de describir las características de la depresión en jóvenes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali, Colombia. Los instrumentos utilizados para medir la depresión fueron el Inventario de Depresión de Beck, la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y el Apartado de Datos Complementarios. Se encontraron diferencias entre sexos en cuanto a la depresión: apareció con más frecuencia en mujeres que en hombres, lo que las autoras lo atribuyen a factores sociales o psicológicos. En cuanto a los resultados, estos son divididos en tres categorías: depresión mínima a leve, depresión moderada y depresión severa. Cada una de ellas está caracterizada por diferentes síntomas cognitivos, conductuales, emocionales-afectivos y fisiológicos.

Otra investigación titulada *“Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados,”* (Balanza Galindo, Morales Moreno & Guerrero Muñoz; 2009) utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) que detecta la aparición inicial de trastornos de ansiedad y/o depresión. A pesar que mide dos variables, se pueden analizar por separado. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión y factores académicos y sociofamiliares en estudiantes de la Universidad Católica de Murcia, España. Se pudo tomar datos como la importancia del contexto familiar, los estilos educativos, la crisis de pareja y la comunicación en el desencadenamiento de trastornos como la depresión y/o ansiedad. Entre los resultados, figura un número apenas más alto de posible depresión que de posible ansiedad entre los alumnos; nuevamente está presente la mayoría de casos en el sexo femenino. Es destacable el hecho que la mayor frecuencia de trastornos depresivos se representó en estudiantes que necesitaban largos desplazamientos para acudir a la universidad. El estudio devela también que el no vivir con la familia durante el curso puede ser un factor estresante asociado al riesgo de ansiedad; y en cuanto al riesgo de depresión, se consideran también precursores los largos desplazamientos diarios y las obligaciones extra-académicas. Así, los factores asociados al entorno pueden considerarse como predisponentes para el desarrollo de depresión y/u otras patologías.

Hay estudios que investigan las variables de depresión y apoyo social percibido por separado en estudiantes de diferentes países, abriendo la posibilidad de hacer futuras comparaciones. Uno de ellos es llamado *Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios* (Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón & Sánchez Ortíz; 2008). En este artículo científico se demuestra que dentro de la población universitaria colombiana, la depresión constituye uno de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios de Bienestar Universitario. Otro artículo académico llamado *Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos* (Barra Almagia; 2012), demostró la influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de una muestra de estudiantes universitarios chilenos.

Una investigación del 2008 titulada *“Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos”* (Feldman, Goncalves, Chacón-Puignau, Zaragosa, Bagés & De Pablo; 2008) permitió recabar más datos. El objetivo de la misma fue evaluar el estrés académico, el apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Trescientos veintiún estudiantes de carreras técnicas en Caracas, Venezuela, diligenciaron, durante el periodo académico de mayor tensión, instrumentos sobre estrés académico, apoyo social y salud mental. Los resultados indican que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. Además, el apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, especialmente, las de carácter crónico (Adler & Matthews, 1994; Feldman, 2001; Ganster & Victor, 1988; Pacheco & Suárez, 1997). Para este estudio se utilizó el Cuestionario de apoyo social (Dunn, Putallaz, Sheppard & Lindstrom, 1987). Este cuestionario mide cinco factores o subescalas que hacen referencia a diferentes fuentes de apoyo social: apoyo de la familia, de amigos, de personas cercanas, apoyo en general y opiniones acerca del apoyo. Los resultados demostraron que los estudiantes de mayor edad reportaron menor percepción de apoyo de amigos y cercanos. Las mujeres reportaron mayor percepción de apoyo social en la escala global, y específicamente apoyo proveniente de personas cercanas y de la familia.

Otro estudio tomado en cuenta fue *“Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes”* realizado en la Universidad de Concepción de Chile en el año 2006. Este estudio examinó la relación existente en adolescentes entre el reporte de problemas de salud y diversos factores psicosociales, además de las diferencias de género en las diversas variables. Los problemas de salud informados mostraron relaciones significativas con los eventos estresantes, con el estrés percibido y con el ánimo depresivo, una relación baja con el afrontamiento evitativo y una ausencia de relación con el apoyo social percibido. Para evaluar el apoyo social en esta investigación se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero & Musitu, 2002), el cual intenta medir diversas dimensiones de apoyo de una forma distinta a la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los resultados se encontró que el examen de las diferencias de género reveló diferencias significativas a favor de las mujeres en todas las variables consideradas, con la excepción del apoyo social percibido. Aunque se había hipotetizado en la investigación una baja relación entre el reporte de problemas de salud y el apoyo social percibido, se encontró que simplemente no había relación entre ambos aspectos.

Otro artículo realizado por Czernik, Giménez, Morel & Almirón (2006) denominado *“Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina”* describe una investigación que tuvo como objetivo establecer la prevalencia de síntomas de depresión en estudiantes de medicina del último año de cursado de la Universidad Nacional del Nordeste (Argentina), y su asociación con variables sociodemográficas analizando el Inventario de Depresión de Beck. Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), además de otras variables sociodemográficas. Los resultados demostraron que las variables de sexo y edad con la puntuación total del inventario BDI no fueron significativas; no se encontraron diferencias entre sexos ni grupos de edad en la puntuación total del inventario BDI. Este estudio consideró como causa de síntomas depresivos en los universitarios, el encontrarse lejos de su núcleo familiar o familiares cercanos careciendo de apoyo afectivo emocional, el desarraigo, el vivir solo en residencias estudiantiles e inclusive la falta de recursos económicos.

Un estudio realizado por Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, C. N., Maldonado P. Y., Toledo O. N., & Quiñones B. A. (2015) llamado *“Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios”* señala que los autores Wang y Castañeda-Sound (2008) examinaron la influencia del apoyo

social percibido (de la familia y amigos) en el bienestar de estudiantes universitarios/as de primera generación, definiendo estos como aquellos/as universitarios/as cuyos padres no asistieron a una institución posgraduada. Según tales autores, el apoyo social percibido es considerado como un factor importante del bienestar de los estudiantes universitarios/as de primera generación y las diversas fuentes de apoyo social (familia y amigos) que tienen implicaciones específicas sobre diversas áreas del bienestar (el estrés y la somatización). Adicional a ello, Feldman, Gonçalves, Puignau, Zaragoza, Bagés, & De Paulo(2008) exploraron la relación entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en una muestra de estudiantes venezolanos/as. Los resultados de esta investigación indicaron que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico, reflejando diferencias por sexo con relación a la fuente de apoyo. Por otro lado, Torres, Pompa, Meza, Ancer, & González(2010) han estudiado la relación del apoyo social percibido y el autoconcepto en una muestra de 276 estudiantes de escuela superior. Los resultados reflejaron una correlación significativa entre apoyo social percibido y autoconcepto, confirmando que a mayor ASP aumentan las puntuaciones de autoconcepto de los y las participantes. En estudios con poblaciones de mayor edad, Vivaldi y Barra (2012) examinaron la relevancia que tiene el apoyo social percibido y la percepción de salud en el bienestar psicológico de adultos mayores. Estos demostraron que el apoyo social percibido presenta relaciones significativas con tres dimensiones del Bienestar Psicológico (relaciones positivas, autoaceptación y propósito en la vida).

3. Metodología

3.1 Diseño metodológico

Se llevó a cabo un estudio ex post-facto, el cual tuvo una finalidad aplicada, con un nivel de investigación de tipo correlacional, de corte transversal, en donde los datos fueron recolectados en su ambiente natural y el grado de control sobre la investigación hace que este sea un estudio no experimental.

El objetivo del mismo es medir la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión en estudiantes. La variable dependiente es el apoyo social percibido y la variable independiente es riesgo de desarrollar depresión. El enfoque de la investigación es cuantitativo, por lo que el mismo se relaciona con la ciencia aplicada y se toman conceptos básicos de la psicología y se aplican a situaciones de la realidad.

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes primarias y los datos fueron procesados por medio del programa estadístico SPSS Statistics, versión 19 para Windows.

La recolección de datos se realizó por medio de la aplicación de los instrumentos a personas que: sean estudiantes, estén realizando sus estudios en la Capital Federal y que sean oriundos de una localidad que esté alejada de la Capital por al menos 400 kilómetros.

Para la realización del estudio se seleccionaron los participantes utilizando la técnica de “bola de nieve” a través de la cual, en un primer momento por medio de los primeros colaboradores se conocieron a otros interesados en participar y contribuir con la investigación.

Fue necesario que los participantes cumplan con los siguientes criterios de inclusión: residir en la Capital Federal temporalmente, de ambos sexos, estudiantes universitarios o terciarios y oriundos de una localidad alejada de la Capital Federal a por lo menos 400 kilómetros.

Como criterio de exclusión se tendrá: no ser residentes permanentes de la Capital Federal, no ser oriundo de una localidad a por lo menos 400 kilómetros de la Capital Federal.

Participaron 200 personas, por lo que la muestra estuvo compuesta por 134 mujeres y 66 hombres.

3.2 Participantes

El estudio se basó en una muestra incidental, no clínica, conformada por 200 personas oriundas de localidades a por lo menos 400 km de distancia de la Capital Federal.

Los criterios de inclusión considerados consistieron en: residir temporariamente en la Capital Federal, de ambos sexos, estudiantes universitarios o terciarios y oriundos de una localidad alejada de la Capital Federal a por lo menos 400 kilómetros. Como criterio de exclusión se definió que la persona sea oriunda de una localidad a menos de 400 kilómetros de distancia de la Capital Federal o que tenga residencia permanente en Capital Federal.

El 45% de la muestra tiene entre 18 y 20 años, el 32% entre 21 y 23 años, el 17% entre 24 y 26 años y el 6% más de 26 años.

El 4.5% de la muestra fue proveniente de Bahía Blanca (Provincia de Buenos Aires), el 3.5% de Caleta Olivia (Santa Cruz), el 0.5% de Cipolletti (Río Negro), el 4.5% de Comodoro Rivadavia, el 3.5% de General Roca (Río Negro), el 3% de General Villegas (Provincia de Buenos Aires), el 1.5% de Instituto Niño Jesús (Corrientes), el 4.5% de Junín de los Andes (Neuquén), el 5.5% de Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires), el 0.5% de Montegrande (Córdoba), el 5% de Neuquén (Capital de la Provincia), el 1.5% de Paraná (Entre Ríos), el 6% de Paso de los Libres (Corrientes), el 3.5% de Posadas (Misiones), el 1% de Puerto Madryn (Chubut), el 3% de Resistencia (Chaco), el 2% de Río Cuarto (Córdoba), el 2% de Río Gallegos (Santa Cruz), el 8% de Salta (Capital de la Provincia), el 2.5% de Bariloche (Río Negro), el 0.5% de San Fernando del Valle de Catamarca (Catamarca), el 0.5% de la Provincia de San Juan, el 0.5% de la Provincia de San Luis, el 1% de San Miguel de Tucumán (Tucumán), el 0.5% de San Rafael de Mendoza (Mendoza), el 0.5% de San Salvador de Jujuy (Jujuy), el 1% de Santa Fe (Provincia de Santa Fe), el 1% de Santa Rosa (La Pampa), el 7% de Río Grande (Tierra del Fuego), el 2.5% de Trelew (Chubut), el 4% de Tres Arroyos (Provincia de Buenos Aires), el 4.5% de Tafí Viejo (Tucumán), el 9% de Ushuaia (Tierra del Fuego), el 0.5% de Villa Carlos Paz (Córdoba) y el 1% de Zapala (Neuquén).

3.3 Instrumentos de recolección de datos

La escala de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), es el instrumento elegido para evaluar la variable "Apoyo Social Percibido". El objetivo de la escala es evaluar el apoyo social percibido por los individuos en tres áreas diferentes: familia, amigos y otros significativos. Está compuesta por 12 ítems, con opciones de respuesta correspondientes a una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 corresponde a "casi nunca"; 2 a "a veces"; 3 a "con frecuencia"; 4 a "siempre o casi siempre" (ver anexo, página 62).

Propiedades psicométricas: el análisis factorial denotó la existencia de una estructura de tres factores relacionados: 1) Familia 2) Otros Significativos, y 3) Amigos. Se demostró alta consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.86 para la escala total.

Además se utilizó el Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El coeficiente alfa de Cronbach es de 0,83. La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) es aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilan entre 0,11 y 0,45.

La adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) fue hecha por Brenlla y Rodríguez (2006). Es un inventario de despistaje compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas de depresión en el último mes. Se contesta sobre la base de cuatro opciones de respuesta que van de menor a mayor severidad. Las puntuaciones elevadas indican depresión severa según criterios DSM-IV. Los análisis de las propiedades psicométricas realizados en población norteamericana y en población argentina indican una fiabilidad adecuada.

3.4 Procedimientos

Los participantes de la muestra de este estudio fueron seleccionados a partir de la técnica "bola de nieve," a través de colaboradores conocidos se llegó a otras personas

interesadas en colaborar con la investigación. Se les informó a los participantes la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de las mismas. Cada participante respondió los inventarios de manera individual y por computadora.

La recolección de datos se llevó a cabo por computadora durante los meses de Marzo y Abril del año 2015.

Una vez obtenidas las respuestas, se procedió a procesar los datos a través del programa estadístico SPSS. En primer lugar, se calcularon los datos descriptivos y tablas de frecuencia y porcentajes para las distintas variables del estudio. Entre éstas sexo, edad, nivel de estudios, año de la carrera en el que se encuentra cursando y ciudad donde terminó los estudios secundarios.

Previo a los análisis de relación de variables, se comprobó que las mismas no se distribuían según ley normal mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Una vez realizado esto se llevarán a cabo los análisis de relación entre las diversas variables según los resultados obtenidos en la prueba.

Se estudió la relación entre las variables cuantitativas utilizando Rho de Spearman. Aquí se indagó en la correlación entre el apoyo social percibido y el riesgo de depresión, asimismo en la correlación entre los factores de la variable apoyo social, en función de edad, sexo y año de la carrera en el que se encuentra cursando.

Luego se analizó la relación entre variables cualitativas y cuantitativas en donde se aplicó la prueba Mann-Whitney ya que no seguían la ley normal. Aquí se investigó la relación entre el sexo de los participantes, los factores de la escala de apoyo social y los puntajes globales de las mismas.

Por último, se estudió la relación entre las variables cualitativas de más de dos categorías y las variables cuantitativas (diferencias entre grupos). Como no seguían ley normal, se utilizó la prueba Mann-Whitney. Se investigó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los factores globales de apoyo social percibido y riesgo de depresión en cuanto a sexo, edad y año de la carrera en el que se encuentra cursando.

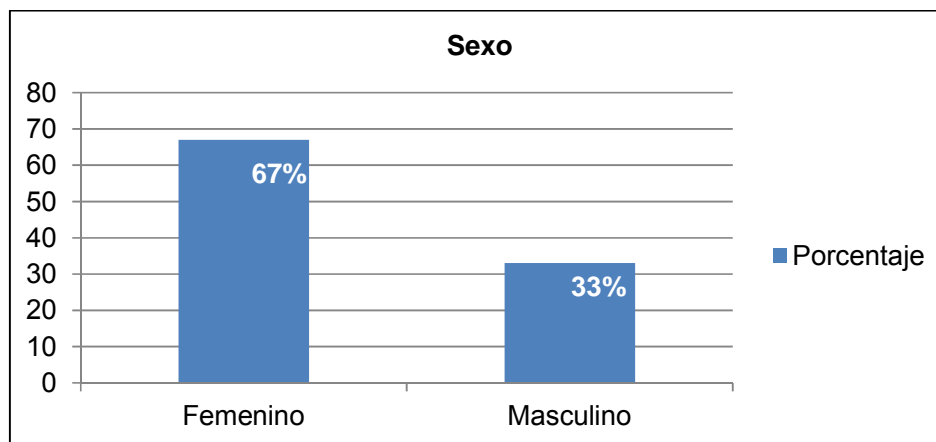
Para cada uno de los casos se llevaron a cabo diversos gráficos y tablas de los resultados más relevantes, como se puede apreciar en el capítulo siguiente.

5. Resultados

Aspectos sociodemográficos: Análisis de frecuencias y Estadísticos descriptivos

Análisis en cuanto a las características socio demográficas de la muestra con la cual se trabajó para llevar adelante este estudio. La muestra estuvo compuesta por un total de 200 sujetos, 67% de sexo femenino y 33% de sexo masculino (Ver gráfico 1.) La totalidad de los participantes se encontraba realizando sus estudios de grado en Capital Federal.

Gráfico 1. Sexo



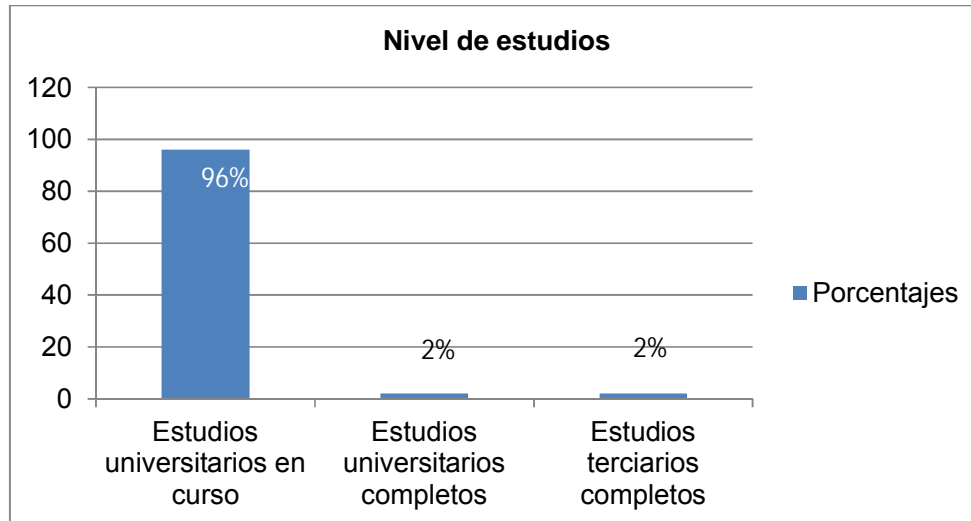
El 45% de la muestra corresponde a sujetos ubicados en el rango etario de 18 a 20 años, el 32% corresponde a sujetos ubicados en el rango etario de 21 a 23 años, el 17% corresponde a sujetos ubicados en el rango etario de 24 a 26 años, y el 6% corresponde a sujetos mayores a 26 años (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Edad

Estadísticos descriptivos			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Edad	18 a 20 años	90	45,0
	21 a 23 años	64	32,0
	24 a 26 años	34	17,0
	Más de 26 años	12	6,0
	Total	200	100,0

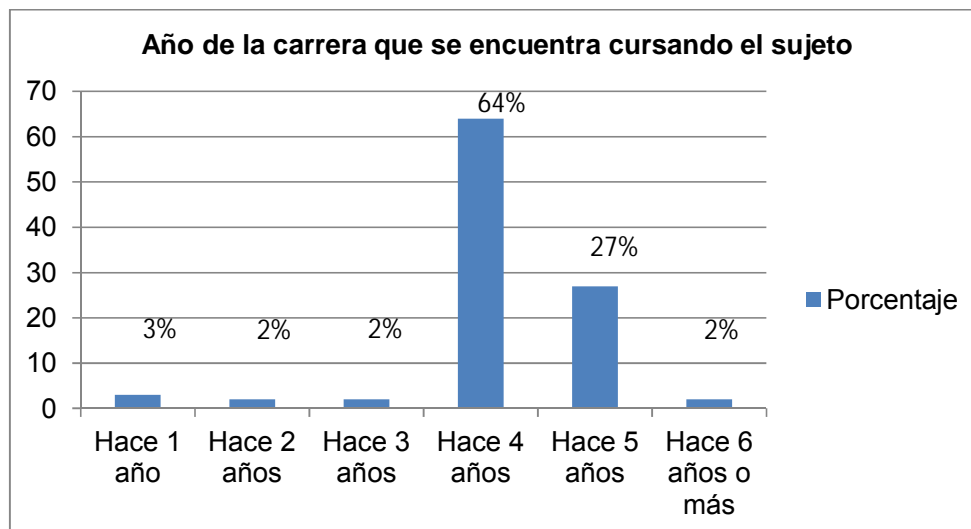
Del total de la muestra, el 96% está cursando estudios universitarios, el 2% tiene estudios universitarios completos, y el 2% tiene estudios terciarios completos (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Nivel de estudios



El 64% de la muestra se encuentra cursando la carrera hace cuatro años, el 27% hace cinco años, el 3% hace un año, el 2% hace dos años, otro 2% hace 3 años y otro 2% hace 6 años.

Gráfico 3. Año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto



La totalidad de los participantes es oriunda de las afueras de la Capital Federal, a por lo menos 400 kilómetros de la misma. Todos se encuentran realizando sus estudios universitarios o terciarios en la Capital Federal.

Escala de Apoyo Social Percibido: Estadísticos descriptivos

Se continuó analizando los estadísticos descriptivos de la escala de Apoyo Social Percibido.

Los resultados obtenidos indican que el Factor 1 (Otros Significativos) tiene una media aritmética de 5.59 puntos (DE=1.337), el Factor 2 (Familia) tiene una media aritmética de 5.92 (DE=1.321), EL Factor 3 (Amigos) tiene una media de 1.88 puntos (DE=0.551), y el Factor Global de la escala tiene una media de 5.71 puntos (DE=1.317). (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Escala de Apoyo Social Percibido

Estadísticos descriptivos							
	N	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Total Apoyo Social Percibido	200	5,71	6,08	7	1,317	1	7
Subescala Otros significativos	200	5,59	5,88	7	1,337	2	7
Subescala familia	200	5,92	6,25	7	1,321	1	7
Subescala amigos	200	1,88	2,08	2	,551	0	2

Teniendo en cuenta los puntos de corte ya establecidos para cada uno de los factores de la escala y para la dimensión global de la misma, se puede observar que el promedio de la muestra ha puntuado por encima del punto de referencia global, ya que la misma posee una media de casi 6 puntos. De esta forma se corrobora una prevalencia de buen apoyo social percibido en la vida de los participantes.

Escala de Depresión de Beck: Estadísticos descriptivos

Se procedió a analizar los estadísticos descriptivos de la Escala de Depresión de Beck.

Los resultados obtenidos indican que el Factor Global de la escala tiene una media de 8.4 puntos (DE=7.178) (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Escala de Depresión de Beck

Estadísticos descriptivos						
N	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
200	8,40	7,00	7	7,178	0	41

En cuanto a la valoración del cuestionario de Beck, se corroboró que el 69% de los participantes tiene una salud mental normal, el 21% de los participantes padece un ligero trastorno, el 5.5% de los participantes padece depresión clínica, el 2.5% de los participantes padece depresión moderada, el 1.5% de los participantes padece depresión severa, y el 0.5% de los participantes padece depresión extrema (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Valoración Escala de depresión de Beck

Valoración Cuestionario Beck			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Resultados	Normal	138	69,0
	Ligero trastorno emocional	42	21,0
	Depresión clínica borderline	11	5,5
	Depresión moderada	5	2,5
	Depresión severa	3	1,5
	Depresión extrema	1	,5
	Total	200	100,0

Diferencias según Variables sociodemográficas

Se analizó si existían diferencias significativas en función de los puntajes globales de ambas escalas utilizadas, la escala de Apoyo Social Percibido y la Escala de Depresión de Beck, y en función de los factores correspondientes a cada una de las mismas, para la escala de apoyo social los tres factores que la integran (otros

significativos, familia y amigos) y para la escala de depresión de Beck el Factor Global. Se investigaron variables como sexo, edad, nivel de estudios y año que está cursando de los participantes. No se encontraron diferencias significativas según el sexo.

Sin embargo sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar las variables de edad y año que está cursando de la carrera.

De forma previa al análisis de las correlaciones entre variables, aplicando la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra se comprobó el ajuste de Ley Normal para cada una de las dimensiones de la escala de Apoyo Social Percibido y los puntajes globales de ambas escalas. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Prueba de Kolmogorov-Smirnov						
		Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
N		200	200	200	200	200
Parámetros normales^{a,b}	Media	5,71	5,59	5,92	1,88	8,40
	Desviación típica	1,317	1,337	1,321	,551	7,178
Diferencias más extremas	Absoluta	,207	,146	,206	,249	,147
	Positiva	,164	,146	,206	,204	,147
	Negativa	-,207	-,137	-,190	-,249	-,121
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,921	2,068	2,908	3,515	2,078
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Ninguno de los factores de las dos escalas se distribuye según ley normal.

Aplicando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney se analizó si existían diferencias significativas entre los diversos factores de cada escala utilizada y la variable sexo. A partir de ella se pudo concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la escala de apoyo social percibido ni en la escala de depresión de Beck. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Sexo y factores de ambas escalas

Rangos				
	Sexo	N	Rango promedio	Suma rangos de
Total Apoyo Social Percibido	Femenino	134	99,77	13369,00
	Masculino	66	101,98	6731,00
	Total	200		
Subescala Otros significativos	Femenino	134	95,80	12837,00
	Masculino	66	110,05	7263,00
	Total	200		
Subescala Familia	Femenino	134	101,80	13641,00
	Masculino	66	97,86	6459,00
	Total	200		
Subescala Amigos	Femenino	134	101,07	13543,00
	Masculino	66	99,35	6557,00
	Total	200		
Total Cuestionario Beck	Femenino	134	102,14	13686,50
	Masculino	66	97,17	6413,50
	Total	200		

Estadísticos de contraste^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	4324,000	3792,000	4248,000	4346,000	4202,500
W de Wilcoxon	13369,000	12837,000	6459,000	6557,000	6413,500
Z	-,255	-1,647	-,458	-,199	-,571
Sig. asintót. (bilateral)	,799	,100	,647	,842	,568

a. Variable de agrupación: Sexo

Se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para analizar si existían diferencias significativas entre los factores de cada escala y la edad. A partir de ella se pudo concluir que existen diferencias significativas entre los grupos de 18 a 20 y 21 a 23 años. Los valores del factor “Amigos” en la escala de Apoyo Social Percibido son más bajos en el grupo de 18 a 20 años (P=0.027) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Edad y factores de ambas escalas (1)

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Apoyo Social Percibido	18 a 20	90	74,19	6677,00
	21 a 23	64	82,16	5258,00
	Total	154		
Subescala Otros significativos	18 a 20	90	76,81	6913,00
	21 a 23	64	78,47	5022,00
	Total	154		
Subescala Familia	18 a 20	90	74,90	6741,00
	21 a 23	64	81,16	5194,00
	Total	154		
Subescala	18 a 20	90	70,86	6377,00

Amigos	21 a 23	64	86,84	5558,00
	Total	154		
Total Cuestionario Beck	18 a 20	90	80,14	7213,00
	21 a 23	64	73,78	4722,00
	Total	154		

Estadísticos de contraste^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	2582,000	2818,000	2646,000	2282,000	2642,000
W de Wilcoxon	6677,000	6913,000	6741,000	6377,000	4722,000
Z	-1,094	-,229	-,867	-2,209	-,875
Sig. asintót. (bilateral)	,274	,819	,386	,027	,382

Además, se pudo observar que los valores del total de Apoyo Social Percibido son inferiores en el grupo de 18 a 20 años ($P=0.001$); el puntaje del factor “Otros significativos” fue también inferior en el grupo de 18 a 20 años ($P=0.014$); y los valores del factor “Amigos” son inferiores en el grupo de 18 a 20 años ($P<0.001$). En la subescala “Familia” y en el Total de la escala de Depresión de Beck no se observaron diferencias significativas (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Edad y factores de ambas escalas (2)

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Apoyo Social Percibido	18 a 20	90	55,68	5011,00
	24 a 26	34	80,56	2739,00
	Total	124		
Subescala Otros significativos	18 a 20	90	57,68	5191,00
	24 a 26	34	75,26	2559,00
	Total	124		
Subescala Familia	18 a 20	90	58,68	5281,00
	24 a 26	34	72,62	2469,00
	Total	124		
Subescala Amigos	18 a 20	90	54,74	4927,00
	24 a 26	34	83,03	2823,00
	Total	124		
Total Cuestionario Beck	18 a 20	90	63,96	5756,00
	24 a 26	34	58,65	1994,00
	Total	124		

Estadísticos de contraste^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	916,000	1096,000	1186,000	832,000	1399,000
W de Wilcoxon	5011,000	5191,000	5281,000	4927,000	1994,000
Z	-3,447	-2,453	-1,958	-3,944	-,735
Sig. asintót. (bilateral)	,001	,014	,050	,000	,462

a. Variable de agrupación: Edad

Utilizando la misma prueba no paramétrica, se determinó que los valores de la subescala “Amigos” observados en el grupo de 18 a 20 años son inferiores a los observados en el grupo de Mas de 26 años ($P=0.030$). Además, los valores del Total del Cuestionario de Depresión de Beck observados en el grupo de 18 a 20 años son inferiores a los observados en el grupo de Mas de 26 años ($P=0.030$) (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Edad y factores de ambas escalas (3)

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Apoyo Social Percibido	18 a 20	90	53,01	4771,00
	Más de 26	12	40,17	482,00
	Total	102		
Subescala Otros significativos	18 a 20	90	53,50	4815,00
	Más de 26	12	36,50	438,00
	Total	102		
Subescala Familia	18 a 20	90	52,17	4695,00
	Más de 26	12	46,50	558,00
	Total	102		
Subescala Amigos	18 a 20	90	53,81	4843,00
	Más de 26	12	34,17	410,00
	Total	102		
Total Cuestionario Beck	18 a 20	90	49,19	4427,00
	Más de 26	12	68,83	826,00
	Total	102		

Estadísticos de contraste^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	404,000	360,000	480,000	332,000	332,000
W de Wilcoxon	482,000	438,000	558,000	410,000	4427,000
Z	-1,416	-1,880	-,631	-2,170	-2,167

Sig. asintót. (bilateral)	,157	,060	,528	,030	,030
----------------------------------	------	------	------	------	------

a. Variable de agrupación: Edad

Siguiendo la misma metodología, se determinó que los valores del Total de la escala de Apoyo Social Percibido son inferiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.010$). Se observó que los valores de la subescala “Otros significativos” son inferiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.012$); los valores de la subescala “Amigos” también son inferiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.041$) (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Edad y factores de ambas escalas (4)

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Apoyo Social Percibido	21 a 23	64	44,16	2826,00
	24 a 26	34	59,56	2025,00
	Total	98		
Subescala Otros significativos	21 a 23	64	44,28	2834,00
	24 a 26	34	59,32	2017,00
	Total	98		
Subescala Familia	21 a 23	64	46,00	2944,00
	24 a 26	34	56,09	1907,00
	Total	98		
Subescala Amigos	21 a 23	64	45,31	2900,00
	24 a 26	34	57,38	1951,00
	Total	98		
Total Cuestionario Beck	21 a 23	64	48,59	3109,50
	24 a 26	34	51,22	1741,50
	Total	98		

Estadísticos de contraste ^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	746,000	754,000	864,000	820,000	1029,500

W de Wilcoxon	2826,000	2834,000	2944,000	2900,000	3109,500
Z	-2,562	-2,512	-1,706	-2,039	-,438
Sig. asintót. (bilateral)	,010	,012	,088	,041	,661

a. Variable de agrupación: Edad

Con el mismo análisis se pudo determinar que los valores del Total de la escala de Apoyo Social Percibido son superiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.012$). Asimismo, los valores de la subescala “Otros significativos” son superiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.018$); los valores del factor “Amigos” son superiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.001$); y los valores del Total del Cuestionario de depresión de Beck son inferiores en el grupo de 21 a 23 años ($P=0.005$) (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Edad y factores de ambas escalas (5)

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Apoyo Social Percibido	21 a 23	64	41,25	2640,00
	Más de 26	12	23,83	286,00
	Total	76		
Subescala Otros significativos	21 a 23	64	41,06	2628,00
	Más de 26	12	24,83	298,00
	Total	76		
Subescala Familia	21 a 23	64	39,13	2504,00
	Más de 26	12	35,17	422,00
	Total	76		
Subescala Amigos	21 a 23	64	42,06	2692,00
	Más de 26	12	19,50	234,00
	Total	76		
Total Cuestionario Beck	21 a 23	64	35,41	2266,00
	Más de 26	12	55,00	660,00
	Total	76		

Estadísticos de contraste^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	208,000	220,000	344,000	156,000	186,000
W de Wilcoxon	286,000	298,000	422,000	234,000	2266,000
Z	-2,513	-2,357	-,578	-3,287	-2,834
Sig. asintót. (bilateral)	,012	,018	,563	,001	,005

a. Variable de agrupación: Edad

Además, los valores de Total Apoyo Social Percibido son superiores en el grupo de 24 a 26 años ($P < 0.001$). También los valores de la subescala “Otros significativos” resultaron ser superiores en el grupo de 24 a 26 años ($P = 0.001$), al igual que los valores de la subescala “Amigos,” que son superiores en el grupo de 24 a 26 años ($P < 0.001$) (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Edad y factores de ambas escalas (6)

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Apoyo Social Percibido	24 a 26	34	27,85	947,00
	Más de 26	12	11,17	134,00
	Total	46		
Subescala Otros significativos	24 a 26	34	27,38	931,00
	Más de 26	12	12,50	150,00
	Total	46		
Subescala Familia	24 a 26	34	25,62	871,00
	Más de 26	12	17,50	210,00
	Total	46		
Subescala Amigos	24 a 26	34	28,91	983,00
	Más de 26	12	8,17	98,00
	Total	46		
Total Cuestionario	24 a 26	34	21,44	729,00
	Más de 26	12	29,33	352,00

Beck	Total	46		
-------------	-------	----	--	--

Estadísticos de contraste^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	56,000	72,000	132,000	20,000	134,000
W de Wilcoxon	134,000	150,000	210,000	98,000	729,000
Z	-3,733	-3,346	-1,886	-4,668	-1,766
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,001	,059	,000	,077

a. Variable de agrupación: Edad

Utilizando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, se pudo determinar que los valores de los factores y el Total Global de la escala de Apoyo Social Percibido son superiores en los participantes que se encuentran entre el primer y el segundo año de la carrera. Se observaron diferencias significativas ($P < 0.001$) en la subescala "Otros significativos" de la escala antes mencionada (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Año de la carrera que se encuentra cursando y factores de ambas escalas

Rangos					
	Año de la carrera en el que se encuentra cursando	N	Rango promedio	Suma de rangos	
Total Apoyo Social Percibido	entre 1 y 2	76	106,63	8104,00	
	3 o más de 3	124	96,74	11996,00	
	Total	200			
Subescala Otros significativos	1 entre 1 y 2	76	118,82	9030,00	
	2 3 o más de 3	124	89,27	11070,00	
	Total	200			
Subescala Familia	1 entre 1 y 2	76	105,66	8030,00	
	2 3 o más de 3	124	97,34	12070,00	
	Total	200			
Subescala	1 entre 1 y 2	76	101,13	7686,00	

Amigos	2 3 o más de 3	124	100,11	12414,00
	Total	200		
Total Cuestionario Beck	1 entre 1 y 2	76	90,47	6876,00
	2 3 o más de 3	124	106,65	13224,00
	Total	200		

Estadísticos de contraste ^a					
	Total Apoyo Social Percibido	Subescala Otros significativos	Subescala Familia	Subescala Amigos	Total Cuestionario Beck
U de Mann-Whitney	4246,000	3320,000	4320,000	4664,000	3950,000
W de Wilcoxon	11996,000	11070,000	12070,000	12414,000	6876,000
Z	-1,175	-3,524	-1,000	-,122	-1,922
Sig. asintót. (bilateral)	,240	,000	,317	,903	,055

a. Variable de agrupación: años estudio Años de estudio

Apoyo Social Percibido y Depresión de Beck: Correlaciones entre variables

A continuación se presentan los resultados obtenidos al realizar el coeficiente de relación Rho de Spearman entre el Apoyo Social Percibido, los tres factores de esta escala, y la depresión de Beck. (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Correlación de la Escala de Apoyo social Percibido y la Escala de Depresión de Beck

Correlaciones			
			Total Cuestionario Beck
Rho de Spearman	Total Apoyo Social Percibido	Coeficiente de correlación	-,504**
		Sig. (bilateral)	,000

	N	200
Subescala Otros significativos	Coefficiente de correlación	-,350**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	200
Subescala Familia	Coefficiente de correlación	-,475**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	200
Subescala Amigos	Coefficiente de correlación	-,486**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	200

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

Se corroboró que existe relación entre el total de la escala de Apoyo Social Percibido y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media y negativa (-0.504). También existe relación entre la subescala “Otros significativos” y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media-baja y negativa. Además, existe relación entre el factor “Familia” y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media y negativa. Por último, existe relación entre el factor “Amigos” y el Total del Cuestionario de depresión de Beck ($P < 0.001$); la correlación es media y negativa.

5. Discusión

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de analizar si existe relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión en estudiantes oriundos de localidades alejadas al menos 400 kilómetros de la Capital Federal y que se encuentren realizando sus estudios en esta ciudad. También se analizó si existen diferencias en el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión según el sexo, la edad y el año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto.

Es importante tener en cuenta que se dispone del concepto propuesto por Lin (1986) que define al apoyo social como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza.” Además, se cuenta con el concepto de depresión definida por Lizondo (2008) como “un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.” Hay que tener en cuenta que el estudio exploró el *riesgo de desarrollar depresión*, ya que esta es una enfermedad mental que involucra diferentes variables que no pueden ser cubiertas en el estudio. Por eso se tomó en cuenta la definición propuesta por la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009) quienes definen a un factor de riesgo como “toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención. La depresión es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.” Dividen a estos factores en aquellos familiares y del entorno y aquellos que son individuales.

Por esto anteriormente explicado es que no es posible medir la depresión en la población estudiada, ya que no depende de un solo factor o variable, sino que de varios.

Como primer objetivo se buscó establecer los niveles de apoyo social percibido de la muestra. Aquí se pudo observar un buen nivel de apoyo social percibido en relación a los otros significativos, la familia y los amigos. De esta forma, el apoyo social recibido representaría la cantidad de ayuda que ha recibido el sujeto en un periodo determinado de tiempo, considerando las creencias del sujeto en relación a las fuentes de apoyo (Orcasita-Pineda & Uribe-Rodríguez 2010).

Todas las investigaciones analizadas que incluyeron la variable apoyo social percibido, concluyeron que ésta tendría efectos positivos en el bienestar y en la salud mental de los individuos y que está muy relacionado con la mayoría de las dimensiones de bienestar psicológico, y que las relaciones sociales tienen influencia en la felicidad y el bienestar (Barra Almagia; 2012). En concordancia con lo propuesto por Davila Figueras, Celis, Moncada y Gallardo (2011) se encontró que el apoyo social percibido está relacionado con la salud mental de las personas, ya que si los estudiantes cuentan con buen apoyo por parte de amigos y familiares, los síntomas de depresión disminuirían a pesar de las exigencias de la universidad; la suficiencia de apoyo social está relacionado con menos síntomas de tipo depresivo.

Como segundo objetivo se buscó establecer cuál era el riesgo de desarrollar depresión de la muestra. Se pudo observar que la mayor parte de la muestra presenta niveles normales en cuanto al riesgo de desarrollar depresión, lo cual condice con la hipótesis propuesta que establece una relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de depresión; a mayor nivel de apoyo social, menor será el riesgo de desarrollar depresión, y viceversa. Hay que tener en cuenta lo propuesto por Osornio-Castillo y Palomino-Garibay (2009) quienes señalan que existe una relación entre riesgo de depresión y rendimiento académico; el nivel de riesgo de depresión dependerá del significado de la pérdida, la amenaza de pérdida, el fracaso, la desaprobación o la desilusión tengan para el alumno. Además, el estudio antes mencionado destaca que la satisfacción por la carrera elegida parece ser un factor de importancia que se relaciona con la prevención de la depresión; el estudiante que cumple con sus expectativas académicas y personales fortalece su autoestima y estará en condiciones de alcanzar un estado de bienestar psicológico, biológico y social.

Continuando con la variable riesgo de desarrollar depresión, hay que tener en cuenta lo propuesto por Balanza Galindo, Morales Moreno & Guerrero Muñoz (2009) quienes encontraron entre los resultados de su investigación, un número apenas más

alto de posible depresión que de posible ansiedad entre los alumnos. Además, se encontró que la mayor frecuencia de trastornos depresivos se representó en estudiantes que necesitaban largos desplazamientos para acudir a la universidad; el estudio develó también se consideran también precursores de los trastornos depresivos los largos desplazamientos diarios y las obligaciones extra-académicas. Así, los factores asociados al entorno pueden considerarse como predisponentes para el desarrollo de depresión y/u otras patologías.

La prevalencia en el riesgo de desarrollar depresión de la muestra es del 38%. Como ya fue explicitado, sería de necesidad estudiar ese porcentaje por separado e involucrar las variables que no se tuvieron en cuenta en este estudio, además de que la muestra involucra a solo 200 estudiantes.

Otro objetivo de la investigación consistió en estudiar si existen diferencias según el sexo de los participantes en función del apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión. En cuanto a esta correlación, no se encontró una relación significativa, por lo que la hipótesis referida a esta relación queda refutada. Muchas de las investigaciones pertenecientes al estado del arte como la propuesta por Barra Almagia (2012) reportaban una diferencia entre las variables sexo y apoyo social percibido y/o depresión; encontraron que las mujeres tenían un mayor grado de riesgo de depresión y apoyo social percibido que los hombres. Esto mismo no sucedió en la investigación hecha en el presente estudio, en el cual ambos sexos obtuvieron resultados poco significativos. Algunos autores de las investigaciones utilizadas declaran que esta diferencia entre sexos podría deberse a las diferencias en la socialización y en los diferentes papeles que cumplen los hombres y mujeres en la sociedad (Barra Almagia; 2012). Siguiendo con lo planteado anteriormente, los autores Davila Figueras, Celis, Moncada y Gallardo (2011) encontraron que debido a que hay diferencias en la socialización entre hombres y mujeres, éstas están más dispuestas a reportar sus sentimientos depresivos y ansiosos admitiéndolos con más facilidad, mientras que los hombres tienen mayor dificultad para reconocer sus emociones.

Sin embargo, si se encontraron diferencias en cuanto a la edad de los participantes. Se encontró que los valores del total de apoyo social percibido y del total del cuestionario de Beck fueron inferiores en los grupos de participantes de 18 a 20 años y de 21 a 23 años. Contrariamente, en el estudio de Feldman, Goncalves, Chacón-Puignau, Zaragoza, Bagés & De Pablo (2008) realizado en Venezuela, se encontró una menor percepción de apoyo social percibido en los estudiantes avanzados.

En cuanto al año de la carrera que se encuentran cursando los sujetos, los valores en ambos cuestionarios del grupo de entre 1 y 2 años de estudio son superiores al resto. Varios autores destacan el hecho de que existen variables individuales que se relacionan con la depresión en los estudiantes universitarios, tales como los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio; y que la depresión no es solo asociable al hecho de estudiar en un lugar diferente al que se está acostumbrado (Arrivillaga Quintero, Cortés Garcia, Goicochea Jiménez & Lozano; 2004). Los resultados de la investigación no coinciden con la hipótesis propuesta por Dávila Figueras, Celis, Moncada y Gallardo (2011), quienes plantearon que los alumnos presentarían mayor riesgo de depresión al final del trimestre, y que la percepción de apoyo social no variaría significativamente según los momentos del semestre.

En respuesta al objetivo general del estudio que consistía en investigar la relación entre apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión, se ha comprobado la hipótesis planteada ya que existe una relación entre ambos. En este sentido, se puede concluir que a mayor apoyo social percibido, menor es el riesgo de depresión y viceversa. Utilizando los datos de las investigaciones estudiadas, se puede destacar la importancia del apoyo social percibido en cuanto a la salud mental de las personas en general. Un buen grado de apoyo social haría menor la probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico como la depresión. Hay que tener en cuenta que la depresión puede ser desencadenada y estar influida por diferentes variables que no se limitan solamente al apoyo social percibido, como factores relacionados con el contexto, biológicos y económicos entre otros (Josué Díaz, Torres Lio-Coo, Urrutia Zerquera, Moreno Puebla, Font Darías & Cardona Monteagudo; 2006).

5.1 Limitaciones del estudio

La mayor dificultad para este estudio estuvo dada por la poca cantidad de artículos que componen el estado del arte, ya que las variables medidas están estudiadas en su mayoría por separado y en muestras diferentes. Esto se considera una limitación ya que dificultó la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los hallazgos de otras investigaciones.

Otra de las limitaciones de este estudio fue la muestra. Ésta estuvo conformada por 200 participantes, lo que representaría una muestra pequeña, estableciendo una limitación a la hora de generalizar los resultados obtenidos.

También, es importante destacar que no es igual encontrarse alejado del lugar de origen por 400 kilómetros que por 1500 kilómetros. Un estudiante alejado en menor medida puede llegar a destino en un lapso más corto de tiempo que un estudiante alejado en mayor medida y que además puede llegar a tener que recurrir a diferentes medios de transporte.

Además, pocos estudios encontrados investigaron las diferencias entre los años en los que se encuentran cursando los estudiantes. Esto sería de interés, ya que permitiría determinar si los valores de las variables incrementan o disminuyen con el tiempo.

Aunque el 69% de los participantes puntuaron normal en la escala de depresión de Beck, un 21% presentó una puntuación de ligero trastorno, un 5.5% de depresión clínica, un 2.5% de depresión moderada, un 1.5% de depresión severa, y un 0.5% de depresión extrema. Esto sería una limitación ya que la depresión no depende solamente de la variable apoyo social percibido, sino que también de otras como el contexto social y factores genéticos. Además, el cuestionario de Beck mide los síntomas depresivos de una persona en el lapso de un mes, no pudiendo así diagnosticar con depresión a ninguno de los participantes, ya que además no se pudo estudiar cada caso en particular y se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.).

Por último, para estudios futuros sería importante poder controlar variables como la psicopatología de los participantes, ya que puede haber sujetos que tengan sintomatología de depresión severa desde una edad más temprana que la que implica el traslado a la Capital Federal para continuar con estudios universitarios o terciarios.

6. Conclusión

En este trabajo se pudo confirmar la primera hipótesis en cuanto se encontró que existe relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión. Se halló que ante mayor apoyo social percibido, menor es el riesgo de desarrollar depresión

y viceversa. Se puede inferir entonces que a partir de este estudio sería importante promover el apoyo por parte de la familia, amigos y otros significativos a estudiantes que se mudan de su lugar de origen para completar sus estudios universitarios o terciarios.

En cuanto a los objetivos específicos, se detectó que no existe relación entre el apoyo social percibido, el riesgo de desarrollar depresión y el sexo.

Además, se encontró que existe una diferencia entre edad, apoyo social percibido y el riesgo de depresión. Asimismo, se detectó una diferencia entre la relación del año de la carrera que se encuentra cursando el sujeto, el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión.

También se manifestó, fuera de los objetivos del estudio, que cierto porcentaje de la muestra en el cuestionario de Beck mostró valores de ligero trastorno, depresión clínica, depresión moderada, depresión severa y depresión extrema.

Sería significativo para futuras investigaciones, la generación de estudios con mayor cobertura de participantes e incluyendo a otras regiones del país que no fueron cubiertas, con el objetivo de poder generar comparaciones en cuanto a factores sociodemográficos.

Es de vital importancia implantar estrategias encaminadas a desarrollar capacidades para afrontar el estrés. Así, se propone realizar programas preventivos cuyas actividades estarán encaminadas en un primer momento a propiciar la identificación tanto en el plano comportamental como en el de las ideaciones de elementos autodestructivos, lesivos, negativistas, catastróficos, que produzcan angustia o que antecedan a estados de melancolía y tristeza; para en un segundo momento, acudir a un profesional que proporcione el tratamiento adecuado. Promover y conservar la salud mental en el estudiante y futuro profesional redundará en el bienestar de la sociedad en general. La satisfacción por la carrera elegida parece ser un factor de importancia que se relaciona con la de prevención de la depresión; el estudiante que cumple con sus expectativas académicas y personales fortalece su autoestima y estará en condiciones de alcanzar un estado bienestar psicológico, biológico y social.

Caracterizar la población de estudiantes en sus rasgos, riesgos y presencia de enfermedad es de singular importancia para su educación integral, trascendencia como individuos y como futuros profesionales.

Para finalizar, los resultados obtenidos significan un aporte para el ámbito clínico y educacional de la psicología, más puntualmente para el trabajo en relacionado a los estudiantes, ya que permiten un acercamiento a su comprensión y pueden ser de valor en el momento de planificar medidas de prevención.

En resumen, se espera que los resultados hallados en esta investigación sirvan como referencia para otros estudios, superándose las limitaciones metodológicas de la misma. Asimismo que puedan utilizarse para comprender la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de depresión en los estudiantes universitarios o terciarios.

7. Bibliografía

Agudelo Vélez, D. M.; Casadiegos Garzón, Claudia Patricia; Sánchez Ortíz, Diana Lucía. (2008). CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *International Journal of Psychological Research*, Sin mes, 34-39.

Agudelo, D. Spielberger, C. y Buela-Casal, G. (2005). Validación y adaptación castellana del Cuestionario de Depresión Estado/ Rasgo (ST/DEP). Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Granada.

Antaramian, S., y Huebner, S. (2009). Stability of adolescents' multidimensional life satisfaction reports. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27, 421-425

Arrivillaga, Quintero, Marcela; Cortés, Garcia, Carolina; Goicochea, Jiménez, Vivian L.; Lozano, Ortiz, Tatiana Ma.. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, enero-junio, 17-26.

Aslund C.; Nilsson K.W.; Starrin B. & Sjoberg R.L (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(5):298-304.

Balanza Galindo, Serafín; Morales Moreno, Isabel; Guerrero Muñoz, Joaquín. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, Sin mes, 177-187.

Barra Almagia, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, Enero-Junio, 29-38.

Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, (2), 237-243.

Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.

Barradas Alarcón M.E.; Fernández Mojica N.; Balderrama J.A.; Daberkow Hernández F.; Martínez M. (2007). Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de

nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* ISSN 2007 – 2619.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.

Bhatia S.K & Bhatia S.C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1):74-80.

Bragado C.; Bersabé R. & Carrasco I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4):939-56.

Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, Seedat & Soraya (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49: 195-201.

Castro, R.; Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 425-35.

Cuijpers, P.; Beekman, T. F.; Reynolds, C. (2012). Preventing Depression: A Global Priority. *JAMA*, 307 (10).

Czernik, G.; Giménez, 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.

Dávila Figueras, Araceli; Ruiz Celis, Rocío; Moncada Arroyo, Laura; Gallardo Rayo, Iris. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, Sin mes, 147-172.

Díaz J.; Torres Lio-Coo; Urrutia Zerquera; Moreno Puebla; Font Darías & Cardona Monteagudo (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cubana Med Milit*, 35 (3).

Diener, E., Scollon, C. N., y Lucas, R. E. (2009). The evolving concept of subjective well-being. En E. Diener (Ed.). *Assesing well-being. The collected works of Ed Diener*, 67-100.

Dunn, S., Putallaz, M., Sheppard, B. & Lindstrom, R. (1987). Social Support and Adjustment in Gifted Adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 79, 467-473.

Feldman, L.; Goncalves, L.; Chacón-Puignau, G.; Zaragoza, N.B.; De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol.*, 7 (3), 157-167.

Feldman, L., Gonçalves, L., Puignau, G. C. C., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Paulo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-752.

Ganster, D.C. & Victor, B. (1988). The Impact of Social Support on Mental and Physical Health. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 17-36. Goldberg, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.

Garber J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *Am J Prev Med*, 31(6):104-25.

González Escobar S. & Valdez Medina J.L.(2008). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos . *Psicología y Salud*, 15 (2), 257-262.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09.

Haavisto A.; Sourander A.; Multimaki P.; Parkkola K.; Santalahti P. & Helenius H (2004). Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *J Affect Disord*, 83(2-3):143-54.

Jerusalem, M. y Kleine, D. (1991). Anxiety in east german migrants: prospective effects of resources in a critical life transition. *Anxiety Rese - arch*, 4, 15-25.


Kandel D.B; Davis M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 255-262.

Lizondo R.(2008). Depresión. *Revista Papeña de Medicina Familiar* [En línea], 24-31. Disponible: http://www.mflapaz.com/Revista_7_pdf/5%20DEPRESION.pdf

Manelic, R.; Ortega, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Ment*, 18(2), 31- 34.

Miranda Bastidas, C.A.; Gutierrez Segura, J.C.; Bernal Buitrago, F.; Escobar, C.A. (2000). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA U. DEL VALLE. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3).

Musitu, G. & Cava, M. J. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12, 179-192.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; [citado 8 ene 2008]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf> 

Osornio-Castillo, L; Palomino-Garibay, L.. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, Enero-Marzo.

Pacheco, A. & Suárez, L. (1997). Un diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre la auto percepción de salud en estudiantes universitarios. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Paykel, E.S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50-58.

Proctor, C. L., Linley, P. A., y Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583-630.

Reina, M., Oliva, A., y Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society and Education*, 2, 47-59.

Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, C. N., Maldonado P. Y., Toledo O. N., & Quiñones B. A. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43.

Rusell, D.W. & Cutrona, C.E. (1991). Social support, stress and depressive symptoms among de elderly. Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6, 190-201.

Sanz Jesús (2009). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid*, 9 (2), 133-170.

Shin, K. (1994). Psychosocial predictors of depressive symptoms in Korean-American women in New York City. *Woman& Health* 21(1),73-82.

Torgersen S (2008). Genetic epidemiology of major depression. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(Suppl. 1):25-7.

Torres, F., Pompa, E., Meza, C., Ancer, L., & González, M. (2010). Relación entre auto concepto y apoyo social en estudiantes universitarios. *International Journal of Good Conscience*, 5(2), 298-307.

Torsheim, T. & Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16, 293-303.

Uchino, B., Cacioppo, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 19, 488-531.

Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Pavez, P., Celis-Atenas, K., y Silva, J. (2012). Evaluation of subjective well-being: Analysis of the Satisfaction with Life Scale in Chilean population. *Universitas Psychologica*, 11, 719-727.

Wang, C. C. D. C., & Castañeda-Sound, C. (2008). The role of generational status, self-esteem, academic self-efficacy and perceived social support in college students' psychological well-being. *Journal of College Counseling*, 11(2), 101-118.

Wight, R., Botticello, A. & Aneshensel, C. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 115-126.

8. Anexos

Anexo1. Cuestionario sociodemográfico

Completar los siguientes datos. Seleccionar con un círculo la opción que corresponda, en caso de haber más de una opción.

Edad

Sexo

Nivel de estudios

- Terciario en curso
- Terciario completo
- Universitario en curso
- Universitario completo
- Otro:

Año de la carrera en el que se encuentra cursando

Ciudad donde terminó los estudios secundarios

Anexo2. Escala de Apoyo Social Percibido

Leecadaunadelassiguientesfrasescuidadosamente.Indicatuacuerdocon cadauna deellasempleandoestaescala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	MásBien en Desacuerdo	Nide acuerdo ni en desacuerdo	MásBien de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Mi familia realmente intenta ayudarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que Necesito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Mis amigos realmente tratan de ayudarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Mi familia siempre está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos

1 2 3 4 5 6

Adaptación al castellano: Landeta, O. & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.

Anexo3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee atentamente cada una. A continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se has sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que consideres aplicable al caso, márcala también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste
 - Me siento triste
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
-

2)

- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
 - Me siento desanimado de cara al futuro
 - Siento que no hay nada por lo que luchar
 - El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
-

3)

- No me siento como un fracasado
 - He fracasado más que la mayoría de las personas
 - Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
 - Soy un fracaso total como persona
-

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- No disfruto de las cosas tanto como antes
- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5)

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable en bastantes ocasiones
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- Me siento culpable constantemente

6)

- No creo que esté siendo castigado
- Siento que quizá esté siendo castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No estoy descontento de mí mismo
- Estoy descontento de mí mismo
- Estoy a disgusto conmigo mismo
- Me detesto

8)

- No me considero peor que cualquier otro
- Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
- Continuamente me culpo por mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- Desearía poner fin a mi vida
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

10)

- No lloro más de lo normal
 - Ahora lloro más que antes
 - Lloro continuamente
 - No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
-

11)

- No estoy especialmente irritado
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - Me siento irritado continuamente
 - Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban
-

12)

- No he perdido el interés por los demás
 - Estoy menos interesado en los demás que antes
 - He perdido gran parte del interés por los demás
 - He perdido todo el interés por los demás
-

13)

- Tomo mis propias decisiones igual que antes
 - Evito tomar decisiones más que antes
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - Me es imposible tomar decisiones
-

14)

- No creo tener peor aspecto que antes
 - Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
 - Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
 - Creo que tengo un aspecto horrible
-

15)

- Trabajo igual que antes
- Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo

- Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
 - Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea
-

16)

- Duermo tan bien como siempre
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir
-

17)

- No me siento más cansado de lo normal
 - Me canso más que antes
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada
-

18)

- Mi apetito no ha disminuido
 - No tengo tan buen apetito como antes
 - Ahora tengo mucho menos apetito
 - He perdido completamente el apetito
-

19)

- No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2 kilos
 - He perdido más de 4 kilos
 - He perdido más de 7 kilos
-

20)

- No estoy preocupado por mi salud
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar de estómago o los catarras
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa

21)

- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
- La relación sexual me atrae menos que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- He perdido totalmente el interés sexual