

# Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

## Relation Between Early Maladaptive Schemes and Anxiety and Depression Features in University Students

Recibido: marzo 30 de 2007 | Revisado: mayo 27 de 2008 | Aceptado: octubre 5 de 2008

DIANA MARÍA AGUDELO-VÉLEZ\*  
CLAUDIA PATRICIA CASADIEGOS-GARZÓN\*\*  
DIANA LUCÍA SÁNCHEZ-ORTÍZ\*\*\* Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia

### RESUMEN

La ansiedad y la depresión constituyen importantes problemas de salud, dadas las altas tasas de prevalencia tanto en población normal como en población clínica. El presente estudio no experimental pretende identificar el perfil cognitivo mediante el modelo de los esquemas maladaptativos tempranos presentes en estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga-UPB, relacionados con las puntuaciones obtenidas en ansiedad y depresión; todo con el fin de aportar a la identificación de características cognitivas que puedan ayudar en la prevención de estos trastornos. Se evaluaron 259 estudiantes de psicología de primero a séptimo semestre de la UPB mediante los cuestionarios BDI, ST/DEP, STAI y YSQ-L<sub>2</sub>. Los resultados no indican la presencia de esquemas diferenciales en función de la presencia de depresión Estado/Rasgo y de ansiedad Estado/Rasgo, lo cual podría sugerir, desde el paradigma dimensional, la presencia de cierto patrón cognitivo para un trastorno mixto de ansiedad y depresión. No obstante se sugiere realizar nuevos estudios con otras muestras, incluida población clínica.

#### Palabras clave autores

Depresión, ansiedad, esquemas, perfil cognitivo.

#### Palabras clave descriptores

Esquemas personales, estudiantes universitarios, ansiedad ante el rendimiento.

### ABSTRACT

Anxiety and depression are important health problems, because of the high prevalence rates in normal population and in clinical population. This non-experimental study intends to identify the cognitive profile, through the early maladaptive schemes in students from the Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, related with depression and anxiety scores. The goal is to contribute to the identification of cognitive characteristics that could help in the prevention of these disorders. 259 psychology students of the first seven semesters were evaluated by means from the following questionnaires: BDI, ST/DEP, STAI and YSQ-L<sub>2</sub>. The results don't show the presence of specific schemes as a function of the presence of State/Trait depression or State/Trait anxiety, which might suggest, through the dimensional paradigm, the presence of a cognitive pattern for an anxiety and depression mix disorder. It is suggested that further research should be carried out with other samples, including clinical population.

#### Key words authors

Depression, Anxiety, Schemes, Cognitive Profile.

#### Key words plus

Person Schemas, College Students, Performance Anxiety.

\* Facultad de Psicología, UPB/Bucaramanga, Km 7 vía Piedecuesta. Correo electrónico: diana.agudelo@upbbga.edu.co

\*\* Facultad de Psicología, UPB/Bucaramanga. Correo electrónico: claudiss02@hotmail.com

\*\*\* Facultad de Psicología, UPB/Bucaramanga. Correo electrónico: dlsanchez@upbbga.edu.co

## Introducción

Los posibles criterios comunes y de diferenciación entre la ansiedad y la depresión han sido objeto de estudio por parte de los investigadores clínicos durante muchos años, dada la alta prevalencia en la población general (Alonso et al., 2004; Beuke, Fischer & McDowall, 2003; Brown, Campbell, Lehman, Grishman & Mancill, 2001). Se precisa que aproximadamente el 85% de pacientes con depresión también experimentan significativos síntomas de ansiedad y, de manera semejante, ocurre que en un 90% de pacientes con desórdenes de ansiedad se presentan síntomas de depresión (Gorman, 1996, 1997; Muñoz, et al., 2005; Shankman & Klein, 2003). Por su parte, Ninan y Berger (2001), indican que los trastornos de ansiedad pueden constituir factores de riesgo para el desarrollo de depresión. Datos de Colombia específicamente indican que los trastornos del estado de ánimo tienen una prevalencia del 15% (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez, 2004). Asimismo, Gómez-Restrepo, et al. (2004) en una encuesta multinacional de la OMS indicaron una ocurrencia del 10% de episodio depresivo en el último año en población general. Adicionalmente, se hace énfasis sobre el impacto de problemas como la depresión en relación no sólo con aspectos económicos sino con relación al efecto sobre las familias y la sociedad en general (Riveros, Bohóquez, Gómez-Restrepo & Okuda, 2006).

Uno de los grupos con los cuales se han llevado a cabo estudios en la línea de la identificación de ansiedad y depresión es el de los estudiantes universitarios (Gallagher, 2002; Arco-Tirado, López-Ortega, Heiborn-Díaz & Fernández Martín, 2005; Galli, 2005). Esta situación obedece a la facilidad de acceso a esta población, por un lado, pero también a la creciente preocupación en torno a la cada vez más temprana aparición de trastornos mentales en poblaciones jóvenes.

Con respecto a poblaciones colombianas, diferentes estudios señalan la frecuencia con que se presentan síntomas de depresión y de ansiedad (Amézquita, González & Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez & Miranda, 2001; Campo, Díaz, Rueda

& Barros, 2005; Campo & Gutiérrez, 2001; González, Campo & Haydar, 1999; Miranda, Gutiérrez, Bernal & Escobar, 2000). Por su parte, Quesada (2004) recoge un estudio sobre los motivos de consulta en población universitaria en la Pontificia Universidad Javeriana, indicando que las problemáticas sociales, seguidas de las familiares, constituyen los principales motivos de consulta, los cuales pueden ocasionar patologías severas. En este estudio se relatan como síntomas de frecuente presentación las dificultades percibidas para obtener empleo, los sentimientos de desesperanza y la visión negativa frente al futuro; así como dificultades en la interacción social; síntomas que suelen estar presentes en la depresión. Por otra parte, en un estudio acerca de los generadores de estrés en los estudiantes de psicología en una universidad del Perú, Cassaretto (2003) encontró que son aquellos relacionados con el futuro, es decir, el desempleo, la destrucción del medio ambiente y la percepción de falta de éxito.

En la línea de lo anterior, los datos reportados desde los servicios de Bienestar Universitario en relación con los principales motivos de consulta de los usuarios de los servicios de Psicología indican que, por ejemplo en la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, se registró que, en los meses de junio y julio de 2005, el 12% de la población consultante fue diagnosticada con rasgos ansiosos, de la cual el 75% fue de estudiantes de Psicología; asimismo se registró que, en los meses de junio a septiembre de 2005, el 58% de la población consultante fue de estudiantes de Psicología, de los cuales el 12% presentan rasgos depresivos (UPB, 2005). De igual forma, la Universidad Industrial de Santander indica que, en el año 2004, dos de los trastornos que más se diagnosticaron fueron los trastornos del estado de ánimo en un 14% y los trastornos de ansiedad en un 9% de la población consultante (UIS, 2005).

Los datos anteriores sugieren la importancia de abordar los factores que podrían explicar y predecir la presencia de este tipo de trastornos. Desde la investigación clínica se ha establecido, por ejemplo, que existen ciertos factores cognitivos que pueden dar cuenta de una forma de vulnerabilidad frente a

los eventos ambientales estresantes que pueden dar lugar a respuestas de ansiedad y depresión, y que se puede conceptualizar como perfil cognitivo.

El concepto de perfil cognitivo según Beck y Freeman (1995) hace referencia a las creencias con relación a sí mismo y a los demás, a las percepciones de amenazas sobrevaloradas y generalizadas, y a las estrategias interpersonales que neutralizan o disminuyen las condiciones de estrés. En esta misma línea de estudio, la Hipótesis de Especificidad de Contenido, según Riso (2006), indica que cada trastorno tiene un perfil cognitivo específico evidente en todos los niveles de funcionamiento cognitivo y que se centra en el tipo de contenido, de manera que es la diferencia en contenido cognitivo la que determina el tipo de trastorno psicológico que un individuo manifiesta (Beck & Clark, 1988). En este caso, la teoría de la hipótesis de la Especificidad de Contenido de Beck (1987 citado en Sanz, 1993), se centra en diferenciar la ansiedad y la depresión desde los productos cognitivos, es decir, por la forma y el contenido de los pensamientos disfuncionales, las creencias y las cogniciones que aparecen en cada desorden (Beck, 1967, 1976, 1991 citado por Clark, Steer & Beck, 1994), de manera que es la diferencia en contenido cognitivo la que determina el tipo de trastorno psicológico que un individuo manifiesta. Según esta hipótesis, las personas depresivas y ansiosas difieren en términos de contenido más que de procesos y, por lo tanto, en ambos trastornos los esquemas disfuncionales distorsionan o sesgan sistemáticamente los procesos implicados en la percepción, almacenamiento y recuperación de la información. Por lo tanto, según Calvete (2005), la depresión se caracterizaría por una alta frecuencia de pensamientos negativos acerca de pérdidas y fracasos, evaluación negativa de uno mismo, culpa, y desesperanza hacia el futuro; mientras que la ansiedad se caracterizaría por pensamientos consistentes en posibles daños y amenazas futuras. Asimismo, Clark y Beck (1988) plantean que los esquemas específicos de los trastornos depresivos están focalizados principalmente en temas de pérdida/fracaso interpersonal y dominios de realización/logro. Según Dowd (2004), los esquemas maladaptativos que pueden estar

asociados a la depresión son los de Deprivación Emocional, Inestabilidad/Abandono, Vergüenza/Defectuosiadad y Fracaso. En cuanto a los desórdenes ansiosos, Clark y Beck (1988) definen que los esquemas específicos de este tipo de trastornos se caracterizan por ser creencias maladaptativas focalizadas en amenaza física o psicológica, y baja autoeficacia (vulnerabilidad al daño).

Según lo planteado por Beck, Rush y Emery (1983), la teoría cognitiva propone que las experiencias tempranas proporcionan la base para formar el concepto sobre sí mismo, el futuro y el mundo. Dentro de este constructo cognitivo (esquema), Young (1999) plantea el concepto de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT), referido a las creencias extremadamente estables y duraderas que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida del individuo y son significativamente disfuncionales. Los esquemas activados pueden variar de una situación a otra, pero en el caso de las personas con desórdenes psicológicos, los esquemas que están activos están focalizados en el procesamiento de cualquier estímulo negativo, ignorando cualquier señal de información positiva o segura, según sea el caso de la depresión o de la ansiedad.

En este sentido, el presente estudio pretende identificar el perfil cognitivo, mediante el modelo de los esquemas maladaptativos tempranos presentes en estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga, relacionados con las puntuaciones obtenidas en ansiedad y depresión. Este tipo de estudio intenta aportar elementos en la vía de identificar ciertas formas de vulnerabilidad que permitan establecer procesos de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo asociados con la posible aparición de un trastorno del estado de ánimo.

## Método

### *Participantes*

La muestra fue de 259 estudiantes de primero a séptimo semestre de la Facultad de Psicología de

la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, con una media de edad de 19 años y una desviación estándar de 2,96 con un rango de edad entre 16 y 26 años. Del total de la muestra el 87.64% fueron mujeres.

### Instrumentos

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* de Beck et al. (1983). El Inventario de Beck es una prueba que consta de 21 ítems y mide la severidad de los síntomas de la depresión en una escala de 0 a 3. Se usó la versión española de Vázquez y Sanz (1997), con un coeficiente de confiabilidad de 0,83 para muestra normal y 0,85 para muestra clínica, lo cual indica un alto índice de consistencia interna, como garantía psicométrica.
- *Cuestionario de Depresión de Estado/Rasgo (ST/DEP)* de Agudelo, Spielberger y Buena-Casal (2005). Este cuestionario está conformado por 20 ítems, 10 para evaluar Rasgo y 10 para evaluar Estado. Cada grupo de 10 ítems está distribuido así: 5 ítems para evaluar Distimia (presencia de depresión) y 5 ítems para evaluar Eutimia (ausencia de depresión). En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, los datos de consistencia interna obtenidos con muestra de estudiantes universitarios, adolescentes, población general y muestra clínica indican valores de coeficiente alfa que oscilan entre 0,83 y 0,87 para la escala de Estado y las subescalas de Distimia y Eutimia. Para la escala de Rasgo (subescalas Distimia y Eutimia), se obtuvieron alfas entre 0,79 y 0,84.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999). La prueba consta de dos partes con 20 preguntas cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El tiempo de

aplicación es de 20 minutos aproximadamente. En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala de rasgo, obtenidos con una muestra de población general.

- *Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L<sub>2</sub>)* de Castrillón et al. (2005). Este cuestionario es la versión validada en población colombiana. Consta de 11 factores: Abandono, Insuficiente autocontrol/autodisciplina, Desconfianza/abuso, Autosacrificio, Deprivación emocional, Inhibición emocional, Estándares inflexibles 1, Estándares inflexibles 2, Inhibición Emocional, Derecho/Grandiosidad, y Entrampamiento.

La prueba tuvo una consistencia interna de 0,91 para la escala total y por factores los valores oscilaron entre 0,71 y 0,85, obtenidos con una muestra de estudiantes universitarios.

### Procedimiento

Como primera medida se contactó y se solicitó la autorización a la dirección de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga, para presentar el proyecto a los estudiantes. Una vez obtenido el consentimiento de los estudiantes para participar, se procedió a la aplicación colectiva de los cuestionarios cuya duración fue de 30 minutos por grupo (semestre). La aplicación se realizó en las aulas de clase, previo acuerdo con los docentes. La evaluación fue realizada durante la semana comprendida entre el 6 y el 13 de Marzo de 2006.

Para evitar sesgos debido al conocimiento previo de las pruebas empleadas, se descartaron aquellos estudiantes que ya las conocían o las habían presentado alguna vez.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 11.5, a partir de procedimientos como: la prueba *t*, ANOVA de un factor; correlaciones bivariadas y regresión lineal para establecer factores cognitivos que podrían predecir la aparición de trastornos de ansiedad y depresión.

## Resultados

Los resultados que se presentan a continuación muestran, en primer lugar, los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas por los participantes en los cuestionarios empleados. Dichos resultados se presentan tanto para la muestra combinada como diferenciada por sexo y semestre (véase, Tablas 1, 2 y 3).

A partir de las medias de las puntuaciones del ST-DEP listadas en la Tabla 1, es de indicar que los estudiantes encuestados puntúan ligeramente más

alto para estado que para rasgo de depresión con puntuaciones que oscilan entre 10 y 31 para estado y, 10 y 28 para rasgo; asimismo estas medias tienden a ser más altas que la media de las puntuaciones del BDI donde el rango de puntuación oscila entre 0 y 39. En cuanto a la media de las puntuaciones en ansiedad, la escala de rasgo muestra una media más alta que la escala de estado, siendo estas medias las más altas entre las puntuaciones de los instrumentos utilizados y con puntuaciones entre 11 y 53 para rasgo y, 12 y 51 para estado. En cuanto a los esquemas se resaltan las puntuaciones de

**TABLA 1**

Medias, desviaciones típicas, máximo y mínimo para SDEP y TDEP (Eutimia, Distimia y total), BDI, STAI y Esquemas Maladaptativos con una muestra de población universitaria

	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
BDI	8,77	6,88	0	39
TDEP eutimia	8,58	2,67	5	17
TDEP distimia	7,20	1,99	5	16
TDEP total	15,71	3,95	10	28
SDEP eutimia	9,10	3,09	5	18
SDEP distimia	7,39	1,91	5	15
SDEP total	16,52	4,36	10	31
STAI-T	19,34	9,83	11	53
STAI-S	17,26	10,83	12	51
E. Abandono	13,89	5,34	6	32
E. Autocontrol insuficiente	13,60	5,71	6	33
E. Desconfianza	13,08	5,29	5	29
E. Deprivación emocional	13,57	5,68	5	29
E. Vulnerabilidad	15,40	4,76	5	24
E. Autosacrificio	10,11	3,92	4	22
E. Estánderes inflexibles 1	11,72	4,38	4	24
E. Estánderes inflexibles 2	7,86	3,11	3	18
E. Inhibición emocional	6,83	2,95	3	18
E. Derecho/grandiosidad	6,44	2,71	3	18
E. Entrampamiento	4,93	2,42	2	12

*Nota:* BDI: Inventario de Depresión de Beck; TDEP: Escala Rasgo del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; SDEP: Escala Estado del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; STAI-T: Escala de Rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo; STAI-S: Escala de Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo; E: Esquema. (N=259)

Fuente: elaboración propia.

los siguientes: Vulnerabilidad (15,40), Abandono (13,89), Autocontrol Insuficiente (13,60) y Deprivación Emocional (13,57).

Al examinar la Tabla 2 sobre los resultados de la comparación de medias, sin que estas diferencias lleguen a ser estadísticamente significativas, se determina que los hombres tienden a puntuar más alto que las mujeres en el BDI, mientras que en las puntuaciones del ST/DEP y del STAI las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres. Sin embargo, en relación con los esquemas

existen diferencias significativas a un nivel de  $p < 0.05$  entre las medias, con una tendencia de mayor puntuación para los hombres en los siguientes esquemas: Autosacrificio (11,63), Inhibición Emocional (7,97) y Derecho/Grandiosidad (7,41)

Por su parte, con relación a la comparación de medias, de acuerdo con el semestre, es de indicar, en primera instancia, que para el análisis de los datos la muestra se agrupó en tres grupos: los de inicio de carrera, considerando aquí a los estudiantes de 1.º a 3.º semestre; los de mitad de

**TABLA 2**

Medias, desviaciones típicas, mínimo y máximo para las puntuaciones totales de las escalas y subescalas diferenciadas por sexo

	Media		Desviación Típica		Mínimo		Máximo	
	H	M	H	M	H	M	H	M
BDI	9,32	8,68	8,60	6,61	1	0	39	30
TPEP eutimia	8,23	8,63	2,84	2,65	5	5	14	17
TPEP distimia	6,84	7,25	1,59	2,03	5	5	11	16
SDEP eutimia	9,45	9,05	3,16	3,08	5	5	17	18
SDEP distimia	7,07	7,43	1,80	1,92	5	5	11	15
SDEP total	16,57	16,51	4,52	4,35	10	10	28	31
STAI-T	16,52	19,74	9,73	9,81	2	1	36	53
STAI-S	14,00	17,74	9,18	10,99	3	1	33	51
E. Abandono	14,70	13,78	4,72	5,42	6	6	24	32
E. Autocontrol insuficiente	14,30	13,50	5,26	5,77	6	6	26	33
E. Desconfianza	14,58	12,88	5,81	5,20	5	5	27	29
E. Deprivación emocional	14,19	13,48	5,98	5,65	5	5	25	29
E. Vulnerabilidad	14,52	15,53	4,83	4,75	7	5	24	24
E. Autosacrificio	11,63*	9,89	4,51	3,80	4	4	21	22
E. Estánderes inflexibles 1	12,00	11,68	3,66	4,47	6	4	20	24
E. Estánderes inflexibles 2	7,63	7,90	2,69	3,17	3	3	15	18
E. Inhibición emocional	7,97*	6,67	3,29	2,87	3	3	18	15
E. Derecho/grandiosidad	7,41*	6,30	2,95	2,66	3	3	18	14
E. Entrampamiento	5,13	4,91	2,28	2,44	2	2	12	12

Nota. BDI: Inventario de Depresión de Beck; TPEP: Escala de Rasgo del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; SDEP: Escala de Estado del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; STAI-T: Escala de Rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo; STAI-S: Escala de Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo; E: Esquema. (N=259)

Fuente: elaboración propia.

carrera, con los estudiantes de 4.º y 5.º semestre; y un tercer grupo de inicio de prácticas, donde se incluyeron los estudiantes de 7.º semestre. Esta división obedeció al interés por identificar si los distintos momentos de la formación profesional pueden marcar diferencias frente al desarrollo de este tipo de trastornos. Los resultados se muestran

en la Tabla 3; según los cuales las únicas puntuaciones significativamente diferentes a un nivel de  $p < 0,05$  entre los semestres, se presentaron entre los esquemas de Desconfianza, Deprivación Emocional y Vulnerabilidad, tendiendo a presentar mayores puntuaciones los estudiantes que pertenecen al inicio de la carrera.

**TABLA 3**

Medias, desviaciones típicas y valor F para las puntuaciones totales de las escalas y subescalas diferenciadas por rango de semestre.

	Media			Desviación Típica			F. Sig.
	I	M	S	I	M	S	
BDI	9,12	8,00	8,83	7,36	6,44	5,98	0,36
TDEP EUT	8,39	8,92	8,54	2,75	2,84	2,17	0,96
TDEP DIST	7,03	7,60	7,02	1,60	2,48	1,90	2,24
TPEP	15,37	16,42	15,42	3,83	4,49	3,21	1,82
SDEP EUT	8,90	9,53	8,94	3,08	3,44	2,50	1,04
SDEP DIST	7,33	7,68	7,08	1,66	2,24	1,19	1,59
SDEP	16,31	17,20	16,02	4,07	5,25	3,52	1,31
STAI-T	18,43	20,78	19,38	19,07	10,20	8,55	1,27
STAI-S	16,75	17,64	17,85	11,26	9,94	11,29	0,23
Esq. Abandono	14,39	14,14	12,37	5,45	5,46	4,67	2,86
Esq. Autoncontrol insuficiente	13,54	14,41	12,55	5,56	5,91	5,65	1,71
Esq. Desconfianza	13,42	13,66	11,44	5,65	5,33	3,90	3,40*
Esq. Deprivación emocional	14,24	14,14	11,19	6,17	5,14	4,61	6,26*
Esq. Vulnerabilidad al daño	16,23	15,12	13,91	4,66	4,80	4,59	4,85*
Esq. Autocontrol	10,24	10,57	9,13	3,87	4,22	3,48	2,32
Esq. Estánderes inflexibles 1	12,14	11,65	10,91	4,45	4,28	4,32	1,46
Esq. Estánderes inflexibles 2	8,06	8,10	7,07	3,20	3,02	2,94	2,24
Esq. Inhibición emocional	6,61	7,24	6,74	3,27	2,81	2,24	1,14
Esq. Derecho grandiosidad	6,29	6,78	6,30	2,75	2,72	2,60	0,92
Esq. Entrampamiento	4,83	5,30	4,63	2,39	2,59	2,19	1,47

*Nota.* Nivel de significación: \*  $p < 0,05$ ; BDI: Inventario de Depresión de Beck; TDEP EUT Eutimia-Rasgo del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; TDEP DIS Distimia-Rasgo del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; TPEP: Total puntuaciones de la Escala de Rasgo del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; SDEP EUT Eutimia-Estado del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; SDEP DIS Distimia-Estado del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; SDEP: Total de puntuaciones de la Escala de Estado del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo; STAI-T: Escala de Rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo; STAI-S: Escala de Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo; E: ABAN: : Inicio de carrera; M: Mitad de carrera; S: Salida a práctica. (N=259)

Fuente: elaboración propia.

**TABLA 4**  
Correlaciones entre los EMT y las Puntuaciones de Ansiedad y Depresión, con una muestra de población universitaria (n = 259)

	BDI	TDEP EUT	TDEP DIST	TDEP EUT	SDEP EUT	SDEP DIST	SDEP EUT	STAL-T	STAL-S	ABAN	E EAUT IN	E EDES EMO	E EDEP EMO	E EVUL EMO	E E AUTO	E EEST INFL1	E EEST INFL2	E EINH EMO	E E GRAN	E EEN- TRAM
BDI	1	0.42**	0.50**	0.51**	0.37**	0.46**	0.46**	0.65**	0.61**	0.38**	0.40**	0.36**	0.27**	0.03	0.13	0.16	0.30**	0.28**	0.40**	0.44**
TDEPEUT	0.42**	1	0.44**	0.89**	0.69**	0.42**	0.69**	0.58**	0.46**	0.37**	0.28**	0.18**	0.03	-0.14*	0.13*	-0.01	0.10	0.21**	0.32**	0.27**
TDEP DIST	0.50**	0.44**	1	0.80**	0.45**	0.66**	0.66**	0.52**	0.43**	0.23**	0.24**	0.12	0.15*	0.06	0.09	0.08	0.18**	0.26**	0.30**	0.26**
TDEP	0.51**	0.89**	0.80**	1	0.69**	0.60**	0.76**	0.65**	0.54**	0.36**	0.31**	0.18**	0.11	-0.06	0.13*	0.03	0.17**	0.28**	0.36**	0.32**
SDEPEUT	0.37**	0.69**	0.45**	0.69**	1	0.48**	0.93**	0.55**	0.42**	0.32**	0.34**	0.19**	0.04	0.04	0.06	0.01	0.13*	0.18**	0.31**	0.24**
SDEP DIST	0.46**	0.42**	0.66**	0.60**	0.48**	1	0.78**	0.56**	0.47**	0.29**	0.34**	0.23**	0.15*	0.08	0.13*	0.09	0.16*	0.19**	0.30**	0.25**
SDEP	0.46**	0.69**	0.61**	0.76**	0.93**	0.78**	1	0.62**	0.50**	0.37**	0.39*	0.23**	0.10	0.07	0.10	0.05	0.16*	0.21**	0.35**	0.28**
STAL-T	0.65**	0.58**	0.52**	0.65**	0.53**	0.56**	0.62**	1	0.61**	0.48**	0.54**	0.41**	0.34**	0.08	0.21**	0.23**	0.33**	0.37**	0.50**	0.53**
STAL-S	0.61**	0.46**	0.43**	0.54**	0.42**	0.47**	0.50**	0.61**	1	0.28**	0.30**	0.21**	0.18**	0.02	0.07	0.03	0.19**	0.29**	0.26**	0.24**
E ABAN	0.38**	0.37**	0.23**	0.36**	0.32**	0.29**	0.37**	0.48**	0.28**	1	0.61**	0.44**	0.37**	0.17**	0.32**	0.26**	0.30**	0.32**	0.32**	0.36**
E A UT IN	0.40**	0.28**	0.24**	0.31**	0.34**	0.34**	0.39*	0.54**	0.30**	0.61**	1	0.53**	0.42**	0.27**	0.20**	0.31**	0.42**	0.34**	0.41**	0.41**
E DES	0.36**	0.18**	0.12	0.18**	0.19**	0.23**	0.23**	0.41**	0.21**	0.44**	0.53**	1	0.58**	0.23**	0.36**	0.30**	0.43**	0.34**	0.32**	0.29**
E DEP EMO	0.27**	0.03	0.15*	0.11	0.04	0.15*	0.10	0.34**	0.18**	0.37**	0.42**	0.58**	1	0.28**	0.22**	0.31**	0.33**	0.33**	0.32**	0.29**
E VUL	0.03	-0.14*	0.06	-0.06	0.04	0.08	0.07	0.08	0.02	0.17**	0.27**	0.23**	0.28**	1	0.08	0.29**	0.37**	-0.04	0.03	0.02
E A U T O	0.13	0.13*	0.09	0.13*	0.06	0.13*	0.10	0.21**	0.07	0.32**	0.20**	0.36**	0.22**	0.08	1	0.42**	0.30**	0.20**	0.14*	0.14*
E E S T I N F L 1	0.16	-0.01	0.08	0.03	0.01	0.09	0.05	0.23**	0.03	0.26**	0.31**	0.30**	0.31**	0.29**	0.42**	1	0.57**	0.17**	0.09	0.14*
E E S T I N F L 2	0.30**	0.10	0.18**	0.17**	0.13*	0.16*	0.16*	0.33**	0.19**	0.30**	0.42**	0.43**	0.33**	0.37**	0.30**	0.57**	1	0.31**	0.18**	0.19**
E I N H E M O	0.28**	0.21**	0.26**	0.28**	0.18**	0.19**	0.21**	0.37**	0.29**	0.32**	0.34**	0.34**	0.33**	-0.04	0.20**	0.17**	0.31**	1	0.48**	0.46**
E D E R G R A N	0.40**	0.32**	0.30**	0.36**	0.31**	0.30**	0.35**	0.50**	0.26**	0.32**	0.41**	0.32**	0.32**	0.03	0.14*	0.09	0.18**	0.48**	1	0.63*
E E N - T R A M	0.44**	0.27**	0.26**	0.32**	0.24**	0.25**	0.28**	0.53**	0.24**	0.36**	0.41**	0.29**	0.29**	0.02	0.14*	0.14*	0.19**	0.46**	0.63*	1

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la relación entre las variables de ansiedad y depresión con los esquemas maladaptativos tempranos, se recurrió a las correlaciones bivariadas como método estadístico. Los datos se presentan en la Tabla 4 indicando correlaciones altas y significativas ( $p < 0,001$ ) entre el BDI y los esquemas de Entrampamiento (0,44), Autocontrol Insuficiente y Derecho/Grandiosidad (0,40), Abandono (0,38), Desconfianza (0,36), Estándares Inflexibles 2 (0,30), Inhibición Emocional (0,28) y Deprivación Emocional (0,27).

Así como también lo indica la Tabla 4, en cuanto al ST/DEP, específicamente a la escala de estado (S/DEP), las correlaciones fueron significa-

tivas ( $p < 0,001$ ) con los esquemas de Abandono (0,37), Derecho/Grandiosidad (0,35), Entrampamiento (0,28) Desconfianza (0,23) e Inhibición Emocional (0,21). Para la escala de rasgo (T/DEP), se presentaron correlaciones positivas y significativas ( $p < 0,001$ ) con los esquemas de Abandono y Derecho/Grandiosidad (0,36), Entrampamiento (0,32), Autocontrol Insuficiente (0,31) e Inhibición Emocional (0,28).

En lo referente al STAI, se indica que la escala de rasgo correlaciona significativamente ( $p < 0,001$ ) con el esquema de Autocontrol Insuficiente (0,54), Entrampamiento (0,53) Derecho/Grandiosidad (0,50) y Abandono (0,48). En cuanto a la escala

**TABLA 5**  
Esquemas maladaptativos tempranos predictores de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios

Modelo Regresión lineal	Coef. no estandarizados		Coef. estandarizados	t	Sig.
Variable dependiente: BDI	Beta	Error típico	Beta		
Esquema derecho/grandiosidad	0.043	0.019	0.116	2.265	0.024
Stai-T	-0.373	0.058	-0.373	-6.481	0.000
Stai-T	0.341	0.064	0.341	5.374	0.000
Variable dependiente: STAIS					
Esquema estándares Inflexibles 1	0.019	0.010	0.080	1.774	0.077
Esquema inhibición emocional	-0.050	0.017	-0.146	-2.911	0.004
Esquema inmaduro/complicado	0.065	0.023	0.156	2.837	0.005
BDI	-0.366	0.057	-0.366	-6.411	0.000
Stai-T	0.452	0.063	-0.452	-7.196	0.000
Variable dependiente: STAIT					
Esquema Autocontrol Insuficiente	0.035	0.008	0.195	4.448	0.000
Esquema autosacrificio	0.019	0.010	0.076	1.941	0.053
Esquema derecho/grandiosidad	0.034	0.019	0.091	1.794	0.074
Esquema inmaduro/complicado	0.082	0.021	0.197	3.870	0.000
BDI	0.242	0.052	0.242	4.695	0.000
Stai-T	-0.338	0.049	-0.338	-6.858	0.000

(N= 259).

Fuente: elaboración propia.

de estado es de indicar que las correlaciones con los esquemas son más bajas al compararlas con las de la escala de rasgo, pues oscilan entre 0,19 para el esquema de Estándares Inflexibles 2, y 0,30 para el esquema de Autocontrol Insuficiente.

Finalmente y con el objetivo de hacer un análisis más detallado del valor predictor de los esquemas con respecto a las puntuaciones de depresión y ansiedad se realizó un análisis de regresión mediante el modelo de pasos sucesivos cuyos modelos finales para depresión, según el BDI y para ansiedad Rasgo y Estado, según el STAI, se presentan a continuación.

Es de señalar que tanto el semestre como el sexo fueron introducidos como posibles variables predictoras de la depresión y la ansiedad pero no mostraron coeficientes aceptables para ser incluidos dentro de los modelos finales.

## Discusión

Al analizar los esquemas relacionados con las puntuaciones de ansiedad y depresión, inicialmente se debe tener en cuenta la correlación positiva y significativa entre los instrumentos para garantizar la validez de los datos obtenidos. Como el BDI y el ST-DEP son dos instrumentos que miden depresión, es de esperarse que correlacionaran positiva y significativamente. En este sentido, entre el BDI y la subescala de Distimia las correlaciones son más altas, lo cual podría explicarse a partir de los planteamientos del modelo tripartito sobre la depresión, según los cuales este cuadro se caracteriza principalmente por los altos niveles de afecto negativo, que son recogidos en la subescala de Distimia. Estos resultados coinciden con el estudio de Clark et al. (1994), en el que se encontró que el BDI evalúa, en gran medida, el componente de afecto negativo, lo cual genera un sesgo en la medición del estrés general hacia el malestar o afecto negativo que también está presente en la ansiedad. En la misma línea, la correlación entre el BDI y Distimia/Rasgo es ligeramente más alta al compararla con la correlación entre Distimia/Estado y BDI, lo cual podría ser explicado a partir

de la hipótesis de que el BDI es más preciso para evaluar el Rasgo que el Estado depresivo, por cuanto se considera más una medida de severidad que de frecuencia. Estos resultados van en la misma línea del estudio de Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner (2003), quienes encontraron que aunque el BDI, el Zung y el CES-D evalúan depresión Estado y Rasgo, parecen evaluar con mayor precisión las características de Rasgos relativamente persistentes.

En cuanto a la relación entre los instrumentos utilizados que evalúan depresión (BDI y ST-DEP) y el STAI, se observa que correlacionan positiva y significativamente tanto para la escala de rasgo como para la de estado de ansiedad. Esto podría explicarse a partir del estudio de Spielberger, Carretero-Dios, De Los Santos-Roig y Buela-Casal (2002a) sobre la validez y fiabilidad de la versión experimental española del ST/DEP, en el que encontraron gran solapamiento entre la ansiedad y la depresión, lo cual no implica la falta de validez convergente entre el BDI y ST/DEP. En cuanto a la validez divergente de la versión experimental del ST/DEP, en un estudio realizado por Agudelo, Spielberger, Santolaya, Carretero-Dios y Buela-Casal (2005), las correlaciones encontradas con el STAI fueron altas y significativas, mostrando nuevamente la dificultad para diferenciar entre la ansiedad y la depresión, y confirmando asimismo lo indicado por Spielberger (1983 citado en Agudelo et al., 2005) acerca de la tendencia de las personas con depresión a puntuar alto en las medidas de ansiedad.

En cuanto al BDI, Beck, Steer y Brown (1996 citados en Agudelo et al., 2005) plantean que este instrumento no permite realizar un diagnóstico diferencial, específicamente por la presencia en sus ítems de síntomas somáticos que se pueden confundir con enfermedades físicas o con ansiedad. Sin embargo, la decisión de utilizar el BDI responde a dos razones: 1) al carácter otorgado desde la investigación científica a este inventario como el de mayor uso en la clínica y en la investigación (Friedman & Thase, 1995; Vázquez, 1995 citados en Agudelo et al., 2005) y como el cuestionario más citado en distintos estudios (Ritterband, 1995 citado en Agudelo et al., 2005); y 2) por la eviden-

cia aportada por Ritterband y Spielberger (1996) acerca de la utilización del BDI como una medida adecuada, aunque confusa, tanto de la frecuencia como de la intensidad de la sintomatología depresiva. Esta confusión sobre lo que realmente se quiere evaluar con cada una de las escalas hace referencia a la concepción que se tenga del constructo que se va a evaluar. Por tal razón escalas como el ST/DEP, permiten la evaluación de niveles de afectación (severidad) y frecuencia de síntomas depresivos, gracias a que tiene en cuenta el rasgo y el estado depresivo, identificando aquellos sujetos que se sitúan en la mitad del continuo, sin llegar a una marcada tendencia de alguno de los extremos que en el caso de la depresión serían humor triste y entidad diagnóstica. Lo anterior se sustenta bajo la concepción del modelo dimensional de la psicopatología, pues según Ruscio y Ruscio (2000 citados en Agudelo et al., 2005) a partir de investigaciones previas, algunos, sino todos los trastornos mentales, existen a lo largo de un continuo con la normalidad, en el cual uno de los extremos genera marcado deterioro social, y el otro simplemente es la manifestación de las emociones ante cualquier situación detonante.

De la misma manera, el ST/DEP, con la inclusión de la subescala de Eutimia, permite la valoración de bajos niveles de afectación, los cuales son imperceptibles según los umbrales diagnósticos de la mayoría de las pruebas y que, sin embargo, constituyen un importante elemento de cara a la utilización del instrumento en condiciones de investigación o en la práctica clínica para identificar niveles bajos de cambio en la sintomatología.

Por otro lado, en la muestra estudiada no se encontraron diferencias estadísticas significativas por sexo en cuanto a las puntuaciones en ansiedad y depresión. No obstante, las medias de las puntuaciones en los esquemas de Autosacrificio, Inhibición Emocional y Derecho/Grandiosidad tienden a ser más altas para los hombres. Resultados que contradicen los hallazgos de Welburn, Dagg, Pontefract y Jordan (2002 citados en Calvete, 2005) en donde las mujeres puntúan más alto en esquemas cognitivos que implican Autosacrificio, Fracaso, Abandono y Culpa.

Debido a que el tipo de estudio no es explicativo, el objetivo no es conocer cuál es la relación causa-efecto que existe entre los esquemas y las puntuaciones de ansiedad y depresión, sin embargo, se establecen algunas hipótesis que podrían explicar dicha relación, de acuerdo a la teoría. En lo que se refiere al esquema de Abandono, varios estudios encontraron que se relaciona con las características depresivas (Dowd, 2004; Calvete et al., 2005; Stopa & Waters, 2005). No obstante, en los resultados de esta investigación se encontró que este esquema se relaciona con características ansiosas y depresivas en la muestra estudiada, por lo tanto se podría destacar, desde el modelo de Bowlby (1995), la influencia de la pauta de apego sobre la vulnerabilidad a desarrollar esquemas cognitivos desadaptativos y posiblemente características depresivas o ansiosas en el futuro, dependiendo de la reacción ante la pérdida o amenaza de pérdida del objeto de apego en la infancia. Esta explicación también podría corresponder a la razón de la relación entre las puntuaciones de depresión y ansiedad y el esquema de Entrampamiento, dado que este esquema se relaciona con la excesiva implicación emocional del sujeto con las personas significativas o, en otras palabras, con el objeto de apego.

En lo que se refiere al esquema de Derecho/Grandiosidad, se podría hipotetizar que el sujeto con este esquema desea controlar a los otros no en búsqueda de aprobación sino en búsqueda de superioridad y de control, por lo tanto si no se cumplen los deseos de control sobre los otros, podría activarse el esquema generando características ansiosas. Asimismo, podría hipotetizarse, de acuerdo con la teoría de Diathesis Cognitiva, que si un sujeto con este esquema se encuentra en estado depresivo, aparecerán pensamientos negativos hacia sí mismo que lo hacen creer no merecedor de la sumisión y obediencia de los otros, por lo tanto, aunque existan los deseos de ser superior no se cumplen y se activa el esquema.

En cuanto al esquema de Autocontrol Insuficiente y su relación con las puntuaciones de depresión podría hipotetizarse que como los sujetos que presentan este esquema se caracterizan por tender

al logro de objetivos, si se les presenta un obstáculo ya sea de tipo personal o social que impida el cumplimiento de dichos objetivos, se activa el esquema de Autocontrol Insuficiente y por ende se generan las respuestas ansiosas, manifiestas posiblemente a través de la evitación comportamental, y al mismo tiempo si el sujeto se encuentra en estado depresivo, se generan productos cognitivos de contenido autorreferencial negativo, posiblemente activados por el modo depresivo.

Algunos autores (Calvete et al., 2005; Dowd, 2004; y, Stopa & Waters, 2005), plantean que esquemas como los de Vergüenza/Defectuosidad y Fracaso también se relacionan con las características depresivas. Estos esquemas no emergieron como factores independientes del análisis factorial en el estudio de validación del YSQ-L<sub>2</sub>, sin embargo, se podría pensar que fueron subsumidos por el noveno factor que contiene ítems pertenecientes al esquema de Inhibición Emocional y por el segundo factor conformado por ítems que pertenecen al esquema de Autocontrol Insuficiente respectivamente, por similitud de conceptos. Por tal razón podría plantearse que el esquema de Vergüenza/Defectuosidad, que puede estar incluido en el esquema de Inhibición Emocional, aunque no presentó correlaciones muy altas, podría tender a relacionarse más con las puntuaciones de depresión. Asimismo, el esquema de Fracaso, que podría estar incluido en el esquema de Autocontrol Insuficiente, también podría estar relacionado con las características depresivas.

En cuanto a los esquemas que podrían estar relacionados solamente con las características ansiosas según el STAI-T (dado que entre el STAI-S y los esquemas las correlaciones son bajas) y no con las características depresivas, aparece el esquema de Desconfianza. A partir de lo cual podría hipotetizarse que este esquema, relacionado con el temor a ser engañado por los demás, correlacione con los síntomas cognitivos de las características ansiosas (ideaciones intrusivas de temor).

En cuanto a la muestra diferenciada por semestre académico, se evidencia que los esquemas de Desconfianza, Deprivación Emocional y Vulnerabilidad se presentan en los estudiantes del Inicio

de Carrera. Teniendo en cuenta la teoría de los esquemas de Young sobre la latencia y activación de estas estructuras frente a situaciones estresantes, podría hipotetizarse que los estudiantes que inician carrera se enfrentan a situaciones nuevas como la entrada a la universidad, la formación de un nuevo círculo social, la salida de su casa o la adaptación a otra ciudad entre otras, que podrían generar la activación de dichos esquemas.

Por otro lado, en lo referente a la intención de identificar los factores que pueden predecir la aparición de altas puntuaciones en ansiedad y depresión, es de anotar que con relación al sexo y al nivel de la carrera no se encontraron relaciones importantes. De tal manera que en la presente muestra estas dos variables no muestran un poder predictivo frente al desarrollo de estos trastornos, lo cual puede deberse a razones diversas, una de ellas, el carácter no clínico de la muestra ya que según los estudios de Katon y Roy-Byrne (1991 citados en Sandín & Chorot, 1995) las formas menores de depresión tienden a presentar perfiles con gran solapamiento de síntomas, especialmente con cuadros ansiosos como se planteaba anteriormente. Ahora bien, en cuanto al perfil cognitivo definitorio de la ansiedad y la depresión es de resaltar que no fue posible esclarecerlo de manera diferenciada. Sin embargo, es de señalar que de acuerdo con los datos de la regresión llevada a cabo, el modelo para la depresión indica que el esquema de Derecho/Grandiosidad es la variable que mejor predice la aparición de síntomas depresivos, seguido de las puntuaciones en ansiedad estado y rasgo, respectivamente. Este dato es muy interesante por cuanto muestra cómo características de personalidad asociadas con alta autovaloración, en detrimento de la consideración por las otras personas, así como la excesiva confianza en la propia capacidad pueden estar asociadas con la aparición de síntomas depresivos en la medida en que la confrontación con las condiciones reales, puede aumentar la sensación de frustración ocasionando alteración en el ánimo. Por otro lado y en cuanto al alto coeficiente mostrado por las puntuaciones de ansiedad, como predictoras de los síntomas depresivos, es de advertir que nuevamente se dan evi-

dencias en cuanto a la co-ocurrencia de estos dos tipos de trastornos acorde con lo planteado en los hallazgos de Alansari (2005), Shankman y Klein (2003), Brown et al. (2001). Esta comorbilidad desde el modelo tripartito responde a la similitud de síntomas en ambos cuadros, referidos al afecto negativo, aspecto que es ampliamente estimado por los instrumentos evaluados. En esta misma línea, Agudelo, Spielberger y Buéla-Casal (2007), plantean que los instrumentos tienen implícito un sesgo, en cuanto privilegian un aspecto específico en función de cómo definan los trastornos, dejando muchas veces por fuera otros aspectos a su vez definitorios. Según Karagözoglu, Masten y Baloglu (2005) muchos estudios han demostrado que las escalas de autorreporte de ansiedad y depresión aunque son frecuentemente usadas para estudiar estas variables, pueden estar midiendo disforia o malestar, lo cual contribuye a las altas correlaciones entre estos cuadros, tal como lo plantea el Modelo Tripartito de Clark y Watson (1991).

En cuanto se a la ansiedad, se indica que esquemas como los Estándares Inflexibles, la Inhibición Emocional y el Inmaduro/Complicado son los que mayor asociación muestran con la ansiedad estado. En este sentido, se puede entender cómo la tendencia a la competencia y a la perfección, de un lado, unida a la dificultad para expresar emociones y a la inmadurez emocional—evidenciada en la dificultad para diferenciarse afectivamente— características de muchos adolescentes, por otro lado, pueden ser predictores de respuestas de ansiedad ante los retos que supone la vida diaria; en el caso específico de la muestra, la ansiedad ante las situaciones típicamente presentes en los universitarios, donde se hacen notorias quejas relacionadas con la situación de evaluación, el rendimiento y el cumplimiento de metas académicas. Al mismo tiempo, llama la atención que también las puntuaciones en depresión se acercan como variables predictoras de la ansiedad lo cual muestra la posible continuidad entre ambos cuadros. Por su parte y siguiendo la línea de Ritterband y Spielberger (1995), es de esperar que también la puntuación en ansiedad rasgo sea una variable predictora de la ansiedad estado, pues dentro de la concepción dimensional

del trastorno la predisposición a responder de manera ansiógena aumenta la posibilidad de estados ansiosos en las personas.

Finalmente, la ansiedad rasgo se ve influenciada por esquemas como el Autocontrol Insuficiente, el Autosacrificio, el Derecho/Grandiosidad y el estilo Inmaduro/Complicado, denotando así, cómo las personas con perfiles asociados a poco control emocional y dificultad para diferenciarse afectivamente de los demás y que incurren en comportamientos bien de excesiva autovaloración o de sumisión para buscar el reconocimiento, tienden a mantener, al mismo tiempo, rasgos persistentes de ansiedad.

Como reflexión es importante señalar que, aunque los resultados no son suficientes para hablar de la gravedad de los síntomas de depresión y ansiedad de los participantes del estudio, sí llaman la atención sus puntuaciones pues son datos que además son corroborados por el reporte de consultas atendidas en los meses de junio a septiembre del año 2005 del Departamento de Bienestar Universitario de la UPB, del cual el 75% del total de estudiantes atendidos son de Psicología, de quienes se espera gocen de un nivel de salud mental que les permita hacerse cargo, posteriormente, de la salud mental de individuos y comunidades. Estos datos corroboran lo observado en el estudio de Quesada (2004) sobre la consulta en la Pontificia Universidad Javeriana. Por tal razón, vale la pena ocuparse de los posibles factores desencadenantes de la depresión y la ansiedad. En lo que se refiere a la depresión (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2003) existen variables individuales que se relacionan con la depresión en los estudiantes universitarios, tales como: antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, pérdida de una relación importante, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol y, planeación y/o intento de suicidio.

En cuanto al consumo de alcohol, citando a Arrivillaga et al. (2003) puede ser una consecuencia de la depresión como una forma de automedicación de relativa protección psicológica en contra de la misma, pero puede a su vez presentarse depresión por efectos sobre el sistema

nervioso central. Asimismo, según Campo-Arias et al. (2005) varios estudios han encontrado que la identificación temprana de este trastorno no sólo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de cigarrillo o de alcohol o las conductas alimentarias desadaptativas asociadas con la presencia de trastornos depresivos.

En lo que se refiere a la ansiedad, en un estudio de Cassaretto (2003), acerca de los generadores de estrés en los estudiantes de psicología en una universidad del Perú, se encontró que son aquellos relacionados con el futuro, es decir, el desempleo, la destrucción del medio ambiente y la percepción de falta de éxito. Por estas razones se hace necesario continuar investigando las variables que influyen en la salud mental de la población universitaria, con el fin de generar estrategias de prevención de futuras complicaciones de su salud mental, y para aportar herramientas al proceso de selección de los aspirantes a estudiar Psicología, así como a los métodos de soporte y acompañamiento en el proceso formativo.

## Conclusiones

Es recomendable continuar en la búsqueda de la identificación de un perfil definitorio para la ansiedad y la depresión, pero utilizando muestras clínicas para estudiar una forma más específica de los cuadros, superando en alguna medida, la dificultad sobre la comorbilidad entre ellos. Asimismo, sería de gran utilidad incluir la escala *Positive and Negative Affect Schedule*-PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988), con el fin de corroborar la hipótesis de Karagözoglu, Masten y Baloglu (2005) sobre la evaluación del malestar general que realizan sesgadamente las escalas de autorreporte de la ansiedad y la depresión. Asimismo, a partir de los planteamientos de Clark y Watson (1991) según los cuales se toma en consideración la aproximación conceptual a la ansiedad y la depresión desde una perspectiva dimensional que supone que

ambos tipos de trastorno podrían formar parte de un mismo continuo, es posible que no exista perfil cognitivo definitorio para la ansiedad y para la depresión, sino un perfil cognitivo propio de un trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Por último se resalta la utilidad de este tipo de estudios con muestras universitarias porque permiten identificar la vulnerabilidad cognitiva frente al desarrollo de psicopatologías que afectan en gran medida a los estudiantes y los llevan a adoptar comportamientos poco adaptativos que repercuten en su desempeño en general. Lo anterior cobra mayor importancia si se considera que se trata de estudiantes de psicología, cuyo nivel de salud mental se espera esté acorde con las necesidades y requerimientos del trabajo que están llamados a realizar. Puede, en este sentido, orientar los procesos de selección para favorecer el acompañamiento en aquellos casos donde se detecte especial vulnerabilidad hacia este tipo de sintomatología, reduciendo así el riesgo de presentar síntomas que afecten su nivel de desempeño académico y su calidad de vida.

## Referencias

- Agudelo, D., Spielberger, C. D., Santolaya, E., Carretero-Dios, H. & Buena-Casal, G. (2005). Análisis de Validez convergente y discriminante del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP) con una muestra española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 374-382.
- Agudelo, D., Spielberger, C. D. & Buena-Casal, G. (2005). *Validación y Adaptación Castellana del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo ST/DEP*. Tesis Doctoral no publicada, Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, España.
- Agudelo, D., Spielberger, C. D. & Buena-Casal, G. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 2(30), 33-41.
- Alonso, J., Angermayer, J. C., Bernert, S., Bruffaer, T., Brugha, S., Bryson, H. et al. (2004). 12-Month

- comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, Suplemento 420, 28-37.
- Amézquita, M. E., González, R. E. & Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 341-356.
- Arboleda, A., Gutiérrez, J. C. & Miranda, C. A. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle, 1999. *Médicas UIS*, 15, 4-7.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V., & Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J. & Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 1(3), 17-25.
- Beck, A. T., Rush, A. J. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer (Trabajo original publicado en 1979).
- Beck, A. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beuke, C., Fischer, R. & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Brown, T. A., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J. & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11, 203-214.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire-Short Form: Structure and relation with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 91-100.
- Campo, A., Díaz, A., Rueda, G. & Barros, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(34), 54-62.
- Campo, G. & Gutiérrez, J. C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud-Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4(30), 351-358.
- Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21, 363-392.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., Schitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.
- Clark, D. A., Steer, R. A. & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the Cognitive and Tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 645-654.
- Clark, D. A. & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Dowd, E. T. (2004). Depression: Theory, assessment and new directions in practice. *International Journal of Child and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Gallagher, R. P. (2002). *National survey of counselling center directors*. Pittsburgh, EE.UU.: International Associations of Counselling Services, INC.
- Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6, 55-66.

- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, D., Pinto, A., Gil, J., Rondón, M., Díazgranados, N. & Pinto, D. (2004). Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 378-386.
- González, A., Campo, A. & Haydar, R. (1999). Síntomas depresivos en estudiantes de Psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 45, 234-239.
- Gorman, J. M. (1996-97). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4, 160-168.
- Karagözoglu, C., Masten, W. G. & Baloglu, M. (2005). Evidence for differentiating between anxiety and depression in Turkish collage students. *Social Behavior and Personality*, 33, 579-586.
- Miranda, C. A., Gutiérrez, J. C., Bernal, F. & Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, 251-260.
- Muñoz, R., McBride, M., Brnabic, J., López, C., Hetem, L., Secin, R. & Dueñas, H. (2005). Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86, 93-98.
- Ninan, P. & Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 14, 79-85.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C. & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de los servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3 (33), 241-263.
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 1(3), 7-16.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Norma.
- Ritterband, L. & Spielberger, C. (1995). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress*, 2, 123-145.
- Riveros, M., Bohórquez, A., Gómez-Restrepo, C. & Okuda, M. (2006). Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 9-22.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Comps.), *Manual de psicopatología*. (Vol. 2, pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sánz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9, 133-170.
- Shankman, S. & Klein, D. (2003). The relation between depression and anxiety: An evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clinical Psychology Review*, 23, 605-637.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones (Trabajo original publicado en 1970).
- Spielberger, C. D., Ritterband, L., Reheiser, E. & Brunner, T. (2003). The nature and measurement of depression. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 209-234.
- Spielberger, C. D., Carretero-Dios, H., De Los Santos-Roig, M. & Buela-Casal, G. (2002a). Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 71-89.
- Stopa, L. & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Universidad Industrial de Santander. (2005). *Reporte de consultas atendidas según trastorno y/o diagnóstico establecido en el año 2004*. Documento de trabajo no publicado, Departamento de Bienestar Universitario, Bucaramanga, Colombia.
- Universidad Pontificia Bolivariana. (2005). *Reporte de consultas atendidas según trastorno y/o diagnóstico*

- establecido en el año 2004. Documento de trabajo no publicado, Departamento de Bienestar Universitario, Bucarmanga, Colombia.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A Schema-focused approach* (3ª ed.). Sarasota, Florida: Professional Resource Press.

