



UNAM IZTACALA

# Universidad Nacional Autónoma de México

---

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Un estudio comparativo entre el bajo y alto rendimiento académico y el estado emocional de alumnos de la carrera de Médico Cirujano

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A (N)

***Leticia Navidad Arias***

Directora: Lic. María Estela de los Remedios Flores Ortiz

Dictaminadores: Dra. Ana Maritza Landázuri Ortiz

Lic. Flavio Sánchez Cancino



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Los pensamientos no son más que sueños,  
en tanto no se ponen a prueba.**

**William Shakespeare..**

## **AGRADECIMIENTO**

A la vida, por tener la suerte de existir y ser parte del universo, a mis padres por hacer posible esta realidad, con mi reconocimiento y cariño.

### **A LA UNAM**

A mi querida UNAM, a la FES Iztacala, por haber tenido el privilegio de pertenecer a la máxima casa de estudios.

A mis asesores por compartir sus conocimientos, contar con su valioso apoyo y por tener el privilegio de su generosa amistad.

### **A OMAR**

Con todo mi amor y reconocimiento por su apoyo incondicional y del que me siento plenamente orgullosa, al que quiero con todo mi corazón y con la fuerza de la razón, esperando que próximamente me permita verlo presentando su propia tesis.

### **A MI FAMILIA**

A mis hermanos que quiero con un profundo cariño, por su apoyo y aliento para seguir y cumplir con la meta propuesta, y a los que les agradezco de corazón todo el amor que me demuestran y me demostraron cuando más lo he necesitado: Gustavo, Jill, Clara, Alma, Teresa, Agustín, Juan y Diana.

A mis sobrinos que me acercan al cariño puro y sincero de los primeros años y me permiten tener la esperanza de verlos escribiendo su dedicatoria a las personas que más quieren en una igual a la presente, y a los que enlisto por edades, pero con el mismo cariño:

Aline, Alexandra, Estefanía, Brian, Kevin, Germán, Juan, Ulises, Yareli, Abigail, Alex Uriel, Alexandra, Saccsait, Alejandro, Marco Antonio, Samuel, Diana Rubí, Itzel Guillermina, Maria Fernanda, Logan, y mis cuñaditos Juan, Jonathan y Monserrat.

### **A LOS ALUMNOS**

A todos los alumnos que aceptaron participar en la presente investigación y que me permitieron obtener los resultados presentados, por su tiempo y compromiso con el proyecto, gracias

# ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
1. MARCO TEORICO	11
1.1. Aspectos Generales del Rendimiento Académico	11
1.2. Definición de Rendimiento Académico	15
1.3. Rendimiento Académico como Exigencia Social de un Sistema Globalizado	22
1.4. Rendimiento Académico: Un Asunto Multifactorial	25
2. ESTADO EMOCIONAL	30
2.1. Ansiedad	35
2.1.1. Enfoque Psicológico	43
2.1.2. Enfoque Biológico	48
2.1.3. Enfoque Cognitivo	51
2.1.4. Enfoque Cognitivo-Conductual	52
2.2. Depresión	56
2.2.1. Enfoque Psicológico	59
2.2.2. Enfoque Biológico	62
2.2.3. Clasificación de Trastornos Depresivos	65
2.2.4. Enfoque Cognitivo-Conductual	69
2.3. Estrés	74
2.3.1. Enfoque Psicológico	78
2.3.2. Enfoque Biológico	84
2.3.3. Enfoque Cognitivo	88
2.3.4. Enfoque Cognitivo-Conductual	93
3. RENDIMIENTO ACADÉMICO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO EMOCIONAL	98
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	105
5. JUSTIFICACIÓN	107
6. METODO	111

7. RESULTADOS	116
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	129
9. BIBLIOGRAFÍA	133
10. ANEXOS	139

## RESUMEN

Se realizó un estudio correlacional que tuvo como objetivo conocer la influencia entre el rendimiento académico y el estado emocional de 300 estudiantes de nuevo ingreso de la Carrera de Médico Cirujano de la FES Iztacala. Se aplicaron de forma grupal los instrumentos: "Evaluación Integral del Rendimiento Académico para el Nivel Superior" (Flores, O. et. al 2005), que evalúa las categorías de rendimiento académico y el estado de salud, y el Test Hamilton (1967), que mide los niveles de ansiedad, depresión y estrés. Los resultados obtenidos a través del coeficiente de  $r$  de Pearson, mostraron que las variables de ansiedad, depresión y estrés, no están relacionadas con el rendimiento académico, siendo confirmado con su estado de salud, estadísticamente el índice de correlación es poco significativo en cada una de las variables. Con lo cual se concluye, de acuerdo con (Flores, 2006), que el rendimiento académico está determinado multifactorialmente y no en una relación causal, por lo cual, tanto el diagnóstico como el tratamiento deben ser integrales.

Palabras clave: Educación Superior, Rendimiento Académico, Estado Emocional (Ansiedad, Depresión, Estrés).

# INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones en los ámbitos educativos es el rendimiento académico, pero se vuelve una preocupación particular en los medios universitarios, por que las exigencias específicas, del mundo en el que se desenvuelve el estudiante, lo llevan a la lucha por alcanzar las expectativas particulares, familiares y sociales, que lo dejen como “un buen estudiante” y lo lleven al final de la licenciatura, a conseguir un mejor puesto laboral y por consiguiente un mejor ingreso económico.

Pero el sistema educativo en una sociedad en profunda transformación generan múltiples dilemas y contradicciones. Las formas tradicionales de enseñar y de concebir al educando, ya no sirven porque la sociedad y los alumnos han cambiado. Se han ampliado los lugares para aprender, los sistemas para acceder a la información, las posibilidades de intercambio y de comunicación, y sin embargo, se responsabiliza exclusivamente al alumno de los resultados de su rendimiento académico, lo que genera mucha presión y sentimientos de culpa.

Los aspectos que afectan el desempeño académico de los estudiantes que ingresan a una institución de nivel superior, probablemente incluyen no sólo influencias externas como entorno familiar, amistades; características sociodemográficas, etc. sino que, también juega un papel fundamental la salud mental, comprendido dentro de ésta, alteraciones psicológicas diversas.

Por lo que, la salud mental se debe tomar en cuenta como uno de los factores importantes por sus repercusiones, los problemas emocionales como ansiedad, depresión y estrés, afectan a los estudiantes en su proceso de preparación profesional, ya que, generan incomodidad, insatisfacción y falta de interés, entre otros, lo que repercute en su vida y rendimiento en



general pero particularmente, en el rendimiento académico, y siendo cada vez más común en todo los niveles educativos y en todo el mundo (Ayuso 1988).

Actualmente los problemas emocionales ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento, entre ellos esta la ansiedad, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986), que afecta a una gran parte de la población, lo mismo que el estrés y la depresión, y que involucran todas las áreas de la vida, incluyendo el desempeño escolar, familiar, afectivo, salud etc.

Otro trastorno que afecta el rendimiento en general es el estrés, ya que es vivido como algo negativo, perjudicial o nocivo para el ser humano, y que produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga y Terry, 1997), afectando la vida personal y social, además de que en muchos casos el estrés se vuelve crónico, afectando aun mas las actividades de la persona que lo padece.

Además de que, el estrés, una elaboración inadecuada del duelo, o el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o tóxicos) y factores predisponentes como la genética, pueden desencadenar un problema mayor como la depresión, la persona, puede no solo vivenciar tristeza sino pérdida de interés, incapacidad de disfrute y poca motivación en sus actividades cotidianas. Esto puede incapacitar a la persona en su vida laboral y escolar, y en casos más severos, llegar al suicidio (Andreasen y Winokur, 1979).

Ya que las emociones son una parte muy importante en la vida de todas las personas y especialmente de los estudiantes, es necesario realizar mas investigaciones que nos arrojen la suficiente información, para ello en el presente documento, se realiza un estudio correlacionado que permita conocer la relación que existe entre el rendimiento académico y los factores emocionales de ansiedad, depresión y estrés, para determinar el grado en el que contribuyen en dicha problemática y dar a conocer los resultados encontrados, para lo cual, se ha organizado en trabajo en dos partes centrales.

En la primera parte, se presenta el marco teórico con las aportaciones que algunos autores hacen al tema de rendimiento académico, en éste se revisan sus aspectos generales, conceptos y definiciones, se analiza como una exigencia social en el mundo globalizado en el que vivimos, además de ser entendido y estudiado desde una visión multifactorial, en la que se involucran diferentes aspectos de la vida del ser humano.

Posteriormente se aborda el impacto que tiene las emociones en el desempeño del estudiante y como consecuencia en su rendimiento académico. Es por eso que en el desarrollo de los temas se toma principal importancia a los trastornos de ansiedad, depresión y estrés, a fin de presentar los conceptos, origen, desarrollo e importancia en la salud del ser humano, para entender como se ven afectados todos los aspectos de su vida, incluyendo su proceso de aprendizaje.

En la segunda parte del presente documento se analiza la situación por la que actualmente atraviesan muchos estudiantes universitarios y que se vuelven verdaderos problemas para las facultades, como la deserción, la reprobación de asignaturas y la falta de titulación. Como consecuencia, se presentan estudios y datos estadísticos que justifican la importancia de

abordar la problemática, hasta lograr la definición del objeto de estudio de la presente investigación y el procedimiento.

Posteriormente se presenta el método utilizado, las características de la población que participó y la estrategia de intervención. Finalmente se obtienen los resultados a partir de las categorías y se realiza la discusión y conclusiones de los mismos. Con todo esto se espera contribuir en algo, a estos importantes aspectos en la vida del estudiante.

# 1.MARCO TEÓRICO

La especie que sobrevive no es la más fuerte,  
ni la más inteligente, sino la más adaptable.  
Charls Darwin

## 1.1. Aspectos Generales del Rendimiento Académico

Es muy importante para las universidades formar profesionales que respondan a las exigencias sociales, científicas, tecnológicas y humanistas de la actualidad. Las expectativas que la sociedad tiene de la educación son cada vez mayores. Se espera que la escuela pueda resolver prácticamente todos los problemas que causan preocupación.

En el tema de la violencia, se espera que la escuela deba combatirla y reducirla; si aparecen nuevas enfermedades, se espera que la escuela deba preparar a sus alumnos para evitarlas; si hay desigualdades, xenofobia, accidentes de tránsito, ataques al medio ambiente, etc.: la escuela es la responsable de que disminuyan estas actitudes y comportamientos.

Pero, además, los alumnos deben ser buenos ciudadanos, humanistas, lectores interesados, hablantes de varias lenguas, hábiles en el manejo de las nuevas tecnologías y con espíritu crítico. Y si fuera poco, la escuela debe conseguir que todos estos objetivos lleguen a todos los alumnos, entre ellos, a los que tradicionalmente se les ha integrado con dificultad a estas. Lo que se convierte en un nuevo reto para la educación, que demanda una transformación en la educación de todo el mundo.

Ante esta reciente demanda de más y mejor educación, la sociedad y los poderes públicos parecen no ser conscientes de las enormes desigualdades

y dificultades que implica el cumplimiento de estos objetivos ni de las nuevas condiciones que es necesario crear para lograrlos. Lo que sucede cada vez con más frecuencia es que las exigencias se mantienen e incluso se acrecientan pero las nuevas condiciones tardan mucho tiempo en establecerse. El tema del abandono escolar prematuro es un ejemplo perfecto de esta situación.

La importancia de la educación es algo reconocido por todos los sectores sociales y por la inmensa mayoría de los ciudadanos. Al margen del esfuerzo real que se dedique a su fortalecimiento, pocas voces cuestionan la existencia del sistema educativo. Sin embargo, lo que cada vez se diluye más son sus funciones, su alcance, sus objetivos iniciales en relación con el desarrollo individual y social.

No están claros los aprendizajes principales a los que debe apuntar el proceso de enseñanza, la exigencia creciente de que la universidad asuma un mayor protagonismo en la formación de valores refleja la percepción de la sociedad de que los valores se están perdiendo y que alguna institución, en este caso la universidad, debe asegurar su transmisión. Pero las universidades, los padres, los alumnos y los propios maestros viven las mismas contradicciones que el conjunto de la sociedad.

Una sociedad cada vez más atomizada, competitiva, con sobreabundancia de información y de actividad, dominada por las imágenes y por las noticias de última hora y que deja, en consecuencia, poco tiempo para la reflexión, la comunicación tranquila, el desarrollo social, la construcción de valores y la búsqueda de la identidad personal y colectiva, deja un déficit de socialización y una pérdida de ideales y de sentido. Y así, se reclama a la escuela y a los maestros la inmensa tarea de educar en valores a las nuevas generaciones.

Los cambios educativos en una dirección determinada, exige que los mensajes y la acción se orienten a todos los aspectos antes mencionados. Cuando el énfasis se pone solo en el rendimiento académico de los alumnos, se responsabiliza exclusivamente a las universidades de los problemas existentes y se olvidan sistemáticamente otras condiciones, por lo que es difícil que se produzcan avances.

El interés por el estudio de los determinantes del aprendizaje y el rendimiento académico en estudiantes universitarios está aumentando considerablemente en los últimos años (Allgood, Risko, Álvarez y Fairbanks, 2000; Martín, García y Hernández, 1999; Pintrich, 2004; Valle, González, Núñez, Suárez, Piñeiro y Rodríguez, 2000), creando un mayor interés por estos temas, lo que ayuda a su comprensión, mejoramiento y explicación de los procesos que se involucran.

La aparición de trabajos que parten de la idea, ampliamente extendida en las comunidades universitarias, de que un estudiante universitario, por el simple hecho de serlo, se encuentra perfectamente capacitado para afrontar sus estudios con éxito, dependiendo éste exclusivamente de su esfuerzo, vienen cambiando y buscando nuevas causas (Castelló y Monereo, 1999; Garner, 1990; González, Valle, Rodríguez y Piñeiro, 2002; Martín et al., 1999; Nist y Simpson, 2000).

Las líneas de investigación que analizan los determinantes del aprendizaje y el rendimiento en la enseñanza superior son diversas. Se ha analizado la influencia de la organización institucional y los métodos instruccionales y de evaluación utilizados, como lo hace Cope y Staehr, (2005); como parte importante para determinar las causas del pobre desempeño académico.

Otras investigaciones han enfatizado en la importancia de factores contextuales y ambientales ( Kuh, 2005; y Almeida, 2006 ). Pero es talvez la

línea de trabajo de mayor investigación, la que se ha centrado en analizar la forma en la que los universitarios afrontan la tarea del estudio. Dentro de esta línea, algunos trabajos se han centrado en el análisis del aprendizaje (Bruinsma, 2004). Otros en las estrategias del aprendizaje (González, 2006), y otros a las variables motivacionales como, Wolters, (2003).

Aunque parece existir consenso en la descripción del estudiante con un buen aprendizaje, determinar cuál es el prototipo de un estudiante universitario con buen rendimiento académico es algo más complejo, ya que la investigación al respecto ha arrojado resultados dispares, e incluso contradictorios conceptos (Carini, Kuh y Klein, 2006; Harackiewicz, Barron, Pintrich, Elliot y Thrash, 2002; Pintrich, 2000).

Esto se debe fundamentalmente a que, el rendimiento académico en la enseñanza superior está determinado por múltiples factores, tanto contextuales como personales. Pero también porque el propio concepto de rendimiento académico en universitarios es diferente al rendimiento académico en los niveles preuniversitarios, debido a su características y condiciones personales Pugh y Bergin, 2006; Wolters, 2004).

Evidentemente, la libertad para elegir el número de asignaturas para inscribirse o para elegir las convocatorias en las cuales presentarse, hace que un alumno pueda dejar asignaturas, incluso para cursos posteriores, sin que se pueda por ello hablar de fracaso, lo que sí ocurriría en los niveles preuniversitarios. Por otro lado, existe un número considerable de estudiantes que trabajan, lo que les imposibilita dedicar el mismo tiempo al estudio que otro que se dedica únicamente a su carrera.

Todos los factores mencionados ponen en riesgo al alumno, el cual ahora no solo, se encuentra ante las exigencias académicas, sino también con las exigencias laborales, poniéndolo en un estado de mayor presión cotidiano

Y estrés, lo que aparece también como un factor adicional, que afecta el rendimiento académico del alumno universitario, y que puede presentar trastornos a su salud física y psicológica, a corto y largo plazo.

## **1.2. Definición de Rendimiento Académico**

Para abordar el presente capítulo iniciaremos con algunas definiciones de a que se denomina rendimiento académico o rendimiento escolar, como es concebido por algunos investigadores del tema, empezaremos con la definición de la Enciclopedia de Pedagogía y Psicología, quien define el rendimiento de la siguiente manera: su origen viene de la palabra en latín *reddere*, que significa restituir, pagar; el rendimiento es una relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para obtenerlo. Es un nivel de éxito en la escuela, en el trabajo, etc".

Algunos autores como, Kaczynska (1986) afirman que el rendimiento académico es el fin de todos los esfuerzos y todas las iniciativas escolares del maestro; el valor de la escuela y el maestro se juzga por los conocimientos adquiridos por parte de los alumnos, y como pueda ponerlos en práctica en su proceso escolar.

Por su parte, Nováez (1986) sostiene que el rendimiento académico es el quantum (calificación) obtenido por el individuo en determinada actividad académica. El concepto de rendimiento está ligado al de aptitud, entonces el rendimiento sería el resultado de la aptitud del sujeto, y de factores volitivos, afectivos y emocionales.

Chadwick (1979) define el rendimiento académico como la expresión de capacidades y de características psicológicas del estudiante, desarrolladas y actualizadas a través del proceso de enseñanza-aprendizaje que así se le



posibilita obtener un nivel de funcionamiento y logros académicos a lo largo de un período o semestre, que se sintetiza en un calificativo final (cuantitativo en la mayoría de los casos) evaluador del nivel alcanzado.

Por otro lado, Jiménez (2000) denomina rendimiento académico al nivel de conocimientos demostrados en un área o materia comparado con la norma, edad y nivel académico. El autor dice que, quien realiza cualquier actividad, siente el deseo de apreciar el resultado de sus esfuerzos, para saber si el producto que está logrando reúne las características satisfactorias previstas o necesita modificar los procedimientos, materiales, etc., de manera que alcance las metas propuestas.

Para Tawab (1997), el rendimiento incluye el aspecto dinámico de la institución escolar. Menciona que ni el aspecto intelectual (la inteligencia), es el único factor que interviene, al analizarse el rendimiento escolar, deben valorarse también los factores ambientales como la familia, la sociedad y el ambiente escolar; Tawab dice que, el problema del rendimiento escolar se resolverá de forma científica cuando se encuentre la relación existente entre el trabajo realizado por el maestro y los alumnos, y la educación por el otro.

El rendimiento académico es entendido por Pizarro (1985) como una medida de las capacidades para responder (indicativa) que manifiestan los individuos, y que es lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación, frente a estímulos educativos, susceptible de ser interpretado según objetivos o propósitos educativos preestablecidos. Puede ser entendido en relación con un grupo social que fija los niveles mínimos de aprobación ante un determinado cúmulo de conocimientos o aptitudes.

Según Nérci (1984) el rendimiento académico es el conocimiento que el alumno adquirió durante un periodo de estudio, siempre con referencia a

una asignatura, o a un área determinada. En cambio W. A. Kelly (1982) lo define como: El estado de las realizaciones obtenidas en clase y el grado en que se han alcanzado los objetivos didácticos, revela los frutos de la labor extraordinaria dedicada específicamente a esta o aquella materia.

Kelly (1982), dice que el rendimiento académico suele usarse como sinónimo de aprovechamiento escolar, sin embargo, el primero representa el nivel de logro de un alumno mediante la evaluación de los objetivos educativos pretendidos. En cambio, el aprovechamiento escolar es un término que expresa lo que el estudiante ha logrado interiorizar, hacer suyo, para su beneficio o provecho; lo cual no es posible medir con precisión al término de una lección o de un curso.

Kelly también refiere que, los factores académico-escolares están constituidos por un conjunto de elementos personales, materiales y de circunstancias, que configuran la tarea educativa e instructiva en la escuela. Tanto los elementos personales, especialmente la figura del profesor, como los materiales, metodológicos, organizativos y didácticos; pueden facilitar o afectar el rendimiento de los alumnos.

Por su parte Pozo (2002), afirma que todos los aprendizajes explícitos suponen una cierta cantidad de esfuerzo que requiere una buena dosis de motivación. Las metas del aprendizaje evocan diferentes escenarios mentales en los alumnos que hacen que tengan actitudes positivas o negativas hacia el estudio, que hacen que se obtengan diferentes resultados de un estudiante a otro y de un momento o escenario, a otro.

Pozo, dice que el rendimiento académico es la resultante del complejo mundo que envuelve al estudiante, determinada por una serie de aspectos cotidianos ( esfuerzo, capacidad de trabajo, intensidad de estudio, algunas competencias, aptitud, personalidad, atención, motivación, memoria, medio

relacional), que afectan directamente el desempeño académico de los individuos.

Covington (1984 ) encontró que en la vida académica, habilidad y esfuerzo no son sinónimos; el esfuerzo no garantiza un éxito, y la habilidad empieza a cobrar mayor importancia. Esto se debe a cierta capacidad cognitiva que le permite al alumno hacer una elaboración mental de las implicaciones causales que tiene el manejo de las auto-percepciones de habilidad y esfuerzo. Dichas auto percepciones, si bien son complementarias, no tienen el mismo peso para el estudiante; ya que, percibirse como hábil (capaz) es el elemento central.

En contraste, Cascón, (2000) en su estudio denominado “predictores del rendimiento académico” concluye que “el factor psicopedagógico que más peso tiene en la predicción del rendimiento académico es la inteligencia y por lo tanto, le otorgó un peso razonable al hacer uso de instrumentos de inteligencia estandarizados (test) con el propósito de detectar posibles grupos de riesgo de fracaso escolar”.

Al mencionar la variable inteligencia en relación al rendimiento académico cabe destacar la investigación mas reciente de Pizarro y Crespo (2000) sobre inteligencias múltiples y aprendizajes escolares, en donde expresan que:

“La inteligencia humana no es una realidad fácilmente identificable, es un constructo utilizado para valorar, explicar ó evaluar algunas diferencias conductuales entre las personas: éxitos, fracasos académicos, modos de relacionarse con los demás, proyecciones de proyectos de vida, desarrollo de talentos, notas educativas, resultados de test cognitivos, etc. Los científicos, no han podido ponerse muy de acuerdo respecto a qué denominar una conducta inteligente”.

Se ha encontrado que los individuos con más altas calificaciones poseen un locus de control interno (Almaguer, 1998). Para comprender la inteligencia, Goodnow (1992), sostiene que no debemos tener en cuenta los tests mentales, las tareas cognitivas o las medidas basadas en la fisiología, sino más bien las atribuciones que hacen las personas sobre sí mismas y sobre los demás en lo referente a la inteligencia.

Por otro lado, la implicación de la motivación en el rendimiento académico y las teorías del aprendizaje social, fue abordado por Bandura (1993), en su teoría cognoscitiva social, refiere que la motivación se considera como el producto de dos fuerzas principales, la expectativa del individuo de alcanzar una meta y el valor de esa meta para el mismo. Es decir, ¿si me esfuerzo puedo tener éxito, el resultado será valioso o recompensante?, la motivación es producto de estas dos fuerzas, puesto que si cualquier factor tiene valor cero, no hay motivación para trabajar hacia el objetivo.

De acuerdo con Almaguer (1998) si el éxito ó fracaso se atribuye a factores internos, el éxito provoca orgullo, aumento de la autoestima y expectativas optimistas sobre el futuro. Si las causas del éxito o fracaso son vistas como externas, la persona se sentirá “afortunada” por su buena suerte cuando tenga éxito y amargada por su “destino” cruel cuando fracase. En este último caso, el individuo no asume el control o la participación en los resultados de su tarea y cree que es la suerte la que determina lo que sucede (Woolfolk, 1995).

Otros autores como, Goleman (1996) relaciona el rendimiento académico con la inteligencia emocional y destacan el papel del autocontrol como uno de los componentes a reeducar en los estudiantes:

Así, Goleman afirma que “La inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y que

engloba habilidades tales como el control de impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión ó el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social”.

Por su parte, Castillo (1989) propone revisar una serie de factores que influyen en el rendimiento académico y su posible relación con aspectos como la organización de las escuelas, estos factores pueden ser personales, académico-escolares y socio-ambientales, entre otros. Los factores personales más relevantes en el rendimiento académico son la inteligencia y la personalidad.

Según Castillo (1989), la inteligencia y la personalidad, son variable de peso considerables en el rendimiento de los alumnos, pero no constituye el único factor ni el más importante en el éxito escolar. Para que haya un mejor rendimiento, no es suficiente considerar solamente la personalidad del educando, sino también, deben incluirse todos aquellos elementos personales y académicos que integran la vida escolar. La influencia multifactorial que afecta el rendimiento académico, obliga a considerar la presencia de dos o más de ellos a la vez, en el momento de realizar investigaciones.

Aliaga y cols., (2001). refieren que el rendimiento académico, se ve muy influenciado por variables psicológicas que son propias del individuo. De este modo, la necesidad de obtener un adecuado rendimiento, puede convertirse en un factor estresante para los estudiantes, en especial para aquellos cuyos rasgos de personalidad, no les permiten superar adecuadamente las frustraciones o fracasos en las situaciones de evaluación. Situaciones que pueden, por ello, convertirse en generadores de ansiedad ante los exámenes o ante situaciones de evaluación.

Los citados autores explican que la ansiedad ante los exámenes se refiere a la situación estresante que se va generando desde antes de rendir la prueba y que durante la misma ocasiona (cuando la ansiedad es elevada) una ejecución deficiente, que trae como consecuencia bajas notas en las asignaturas.

Ayora (1993) sostiene que la ansiedad antes, durante o después de situaciones de evaluación o exámenes constituye una experiencia ampliamente difundida y conocida, lo que en algunos casos se traduce en experiencias negativas como bajas calificaciones, merma académica, abandono escolar y universitario, entre otras.

Shavelson y Olus (1991), plantean un modelo jerárquico y multifacético del auto-concepto, en el que existe un auto-concepto general y varios específicos, siendo uno de ellos el auto concepto académico, acerca del cual sostienen que es un factor condicionante del rendimiento académico, que funciona independientemente de la inteligencia y que prácticamente ningún alumno con un auto-concepto académico negativo obtendrá éxito escolar, pero muchos alumnos con un auto-concepto positivo tendrán niveles de logro bajos.

Estudios realizados en estudiantes universitarios como por ejemplo los de Anazomwu (1995) en Nigeria, Byrne y Gavin (1996) en Canadá, y en USA los de Gerardi (1990), Lyon y MacDonald (1990) confirman la utilidad potencial del auto-concepto académico para la predicción del rendimiento académico.

En resumen, el rendimiento académico es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el alumno, por eso, el sistema educativo brinda tanta importancia a dicho indicador. En tal sentido, el rendimiento académico se convierte en una "tabla imaginaria de medida" para el

aprendizaje logrado en el aula, que constituye el objetivo central de la educación.

Sin embargo, en el rendimiento académico, intervienen muchas otras variables externas al sujeto, como la calidad del maestro, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo, etc., y variables psicológicas o internas, como la actitud hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, el auto-concepto del alumno, la motivación, las emociones que se generan en el proceso, etc.

Es importante indicar, que aprovechamiento escolar no es sinónimo de rendimiento académico. El rendimiento académico parte del supuesto de que el alumno es responsable de su rendimiento. En tanto que el aprovechamiento escolar está referido, más bien, al resultado del proceso enseñanza-aprendizaje, de cuyos niveles de eficiencia son responsables tanto el que enseña como el que aprende, así como de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que lo influyen.

### **1.3. Rendimiento Académico como Exigencia Social de un Sistema Globalizado**

Siempre ha sido difícil diagnosticar el futuro. Pero todavía lo es más en los tiempos actuales en los que la sociedad cambia vertiginosamente. Sin embargo, es posible vislumbrar algunos rasgos que previsiblemente caracterizarán la sociedad y la educación en la próxima década. Posiblemente la afirmación más segura sobre el próximo decenio es la que se refiere a la velocidad de los cambios. La sociedad de unos años más, va a tener características muy diferentes a la actual en muy pocos años.

La certeza es menor en relación con la dirección de los cambios, pero hay una alta probabilidad de que se intensifiquen los rasgos que aparecen en la actualidad: ausencia de autonomía de los países para adoptar decisiones propias, incremento imparable de la información y de las comunicaciones, competitividad económica, mayor movilidad y exigencia en el mundo laboral, nuevas formas de organización familiar y de establecer las relaciones interpersonales.

Existe, sin embargo, una mayor incertidumbre en uno de los campos más importantes para el desarrollo humano y para el progreso de la sociedad: el de la igualdad en el acceso a los bienes económicos, sociales, culturales y educativos disponibles. El nuevo orden mundial está regido por un mercado sin fronteras en donde los acontecimientos relevantes de cualquier lugar del planeta influyen en la totalidad.

El imparable desarrollo de las comunicaciones está conduciendo a un nuevo tipo de relaciones y de acceso a la información y al conocimiento. La apertura de los mercados, la competitividad y el desarrollo tecnológico están impulsando el crecimiento económico, pero no existen garantías de que al mismo tiempo se estén reduciendo las desigualdades. De hecho, la brecha entre los países ricos y pobres se está incrementando.

El acceso a Internet se ha convertido ya en una poderosa causa de desigualdad. Aquellas personas con mayores recursos y que pueden acceder con facilidad a Internet tienen mayores posibilidades de recibir información, de ampliar su cultura y de estar más preparados para adaptarse a la nueva sociedad del conocimiento. Por el contrario, aquellas personas con menores recursos y formación tendrán muchas más dificultades para acceder a las redes informáticas y se verán desplazadas y marginadas en la sociedad mundial.



Una nueva barrera se alza entre los que más y menos tienen y aleja a los unos de los otros. Por tanto, la globalización y las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información ofrecen grandes posibilidades pero también encierra enormes riesgos especialmente para los países y sectores sociales más desfavorecidos.

Todos estos cambios sociales están produciendo una profunda presión sobre los sistemas educativos y están modificando lo que significa la calidad de la enseñanza, la igualdad, el currículo escolar, el funcionamiento de las escuelas, sus relaciones con otras instituciones y el papel de los profesores en la sociedad de la información y del conocimiento.

Enseñar mejor o mejorar la calidad de la enseñanza es uno de los principales objetivos de la educación. Otro, tan importante como el anterior, es conseguir que esa calidad de la enseñanza llegue a todos los alumnos, es decir, que haya una mayor equidad educativa.

Es cierto que el objetivo de la calidad de la educación no puede analizarse al margen de su equidad y que es muy difícil separarlos en la práctica. Pero hay que destacar que son conceptos distintos y que pueden existir profundas tensiones entre ellos. Como señala el informe de la OCDE (1989), la calidad apunta más bien a los niveles educativos alcanzados mientras que la equidad hace referencia a la distribución de los beneficios educativos.

Las diferentes funciones que debe desarrollar el sistema educativo en una sociedad en profunda transformación generan múltiples dilemas y contradicciones. Las formas tradicionales de enseñar y de concebir al educando, ya no sirven porque la sociedad y los alumnos han cambiado. Se han ampliado los lugares para aprender, los sistemas para acceder a la información, las posibilidades de intercambio y de comunicación que no

siempre son accesibles para todos, y sin embargo, se responsabiliza exclusivamente al alumno de los resultados de su rendimiento académico, y esto genera mucha presión y sentimientos de culpa por no cumplir con las expectativas familiares y sociales que les son impuestas.

Filloux. en 1998, reflexiona sobre el impacto del discurso que los docentes y padres de familia hacen en relación a los alumnos que no alcanzan las calificaciones socialmente aceptadas. Sensaciones de vergüenza, angustia, tristeza y frustración, instalan a los estudiantes en un laberinto sin salida, pues la detección de esos problemas no es oportuna, el diagnóstico es parcial, los procedimientos para su atención son insuficientes e incompletos y para colmo están centrados casi exclusivamente en el educando (Flores y Morales 2006).

Por lo antes mencionado, algunos autores como: Fernández A. (1984), Silva (1985), Bello de Leone (1996) y Flores (2006), plantean la necesidad de ampliar los factores que están implicados en el rendimiento académico y sugieren la importancia de conocer las características biológicas y socio-psicopedagógicas de los alumnos para construir un perfil que dirija las estrategias a seguir para lograr el éxito escolar.

#### **1.4. Rendimiento Académico: Un Asunto Multifactorial**

Probablemente una de las dimensiones más importantes en el proceso de enseñanza aprendizaje lo constituye el rendimiento académico del alumno, cuando se trata de evaluarlo y cómo mejorarlo, se analizan en mayor ó menor grado los factores que pueden influir en él, generalmente se consideran, entre otros, factores socioeconómicos, la amplitud de los programas y metodologías de estudio, la dificultad de emplear una enseñanza personalizada, los conceptos previos del alumno y su nivel de

pensamiento formal (Bentez, 2000).

Jiménez (2000) refiere que “se puede tener una buena capacidad intelectual y buenas aptitudes y sin embargo, no estar obteniendo un rendimiento adecuado”, por lo que se puede determinar que “el rendimiento académico es un fenómeno multifactorial en el que intervienen campos de lo biológico, lo psicológico, lo pedagógico, lo social, lo ambiental, y cultural de los factores individuales, grupales e institucionales” (Flores y Morales, 2004).

La complejidad del rendimiento académico inicia desde su conceptualización, en ocasiones se le denomina como aptitud escolar, desempeño académico ó rendimiento escolar, pero generalmente las diferencias de concepto sólo se explican por cuestiones semánticas, ya que generalmente, en los textos, la vida escolar y la experiencia docente, son utilizadas como sinónimos.

Si se parte de la definición de Jiménez (2000) la cual postula que el rendimiento escolar es un “nivel de conocimientos demostrado en un área ó materia comparado con la norma de edad y nivel académico”, encontramos que el rendimiento del alumno debería ser entendido a partir de sus procesos de evaluación, sin embargo; la simple medición y/o evaluación de los rendimientos alcanzados por los alumnos no provee por sí misma todas las pautas necesarias para la acción destinada al mejoramiento de la calidad educativa.

Probablemente una de las variables más empleadas ó consideradas por los docentes e investigadores para aproximarse al rendimiento académico son: las calificaciones escolares, razón por la cual existen estudios que pretenden calcular algunos índices de fiabilidad y validez de éste criterio considerado como “predictivo” del rendimiento académico, aunque en la realidad del salón de clases, el investigador incipiente podría anticipar sin

complicaciones, teóricas ó metodológicas, los alcances de predecir la dimensión cualitativa del rendimiento académico a partir de datos cuantitativos.

Sin embargo, en su estudio “análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico”, Cascón (2000) atribuye la importancia del tema a dos razones principales:

1. Los problemas sociales, y no sólo académicos, que están ocupando a los responsables políticos, profesionales de la educación, padres y madres de alumnos; y a la ciudadanía, en general, es la consecución de un sistema educativo efectivo y eficaz que proporcione a los alumnos el marco idóneo donde desarrollar sus potencialidades.

2. El indicador del nivel educativo adquirido, en este estado y en la práctica total de los países desarrollados y en vías de desarrollo, ha sido, sigue y probablemente seguirán siendo las calificaciones escolares. A su vez, éstas son reflejo de las evaluaciones y/o exámenes donde el alumno ha de demostrar sus conocimientos sobre las distintas áreas ó materias, que el sistema considera necesarias y suficientes para su desarrollo como miembro activo de la sociedad” (Cascón, 2000).

Asimismo en las instituciones educativas es una práctica común los exámenes de ingreso ó admisión, diferentes escuelas secundarias, preparatorias y universidades en México evalúan las habilidades de razonamiento verbal y matemático estimándolos como factores predictivos del futuro rendimiento académico de sus aspirantes, quedando otras habilidades y factores importantes en el olvido (Edel, 2003).

Dado que el rendimiento académico es una cuestión multifactorial, la motivación juega un papel importante para el alumno. La motivación escolar

es un proceso general por el cual se inicia y dirige una conducta hacia el logro de una meta. “Este proceso involucra áreas tanto cognitivas como afectivas: cognitivas, en cuanto a habilidades de pensamiento y conductas instrumentales para alcanzar las metas propuestas; afectivas, en tanto comprende elementos como la autovaloración, auto concepto, etc. Esto interactúa para llegar al aprendizaje (Alcalay y Antonijevic, 1987).

De acuerdo con Almaguer (1998) si el éxito ó fracaso se atribuye a factores internos, el éxito provoca orgullo, aumento de la autoestima y expectativas optimistas sobre el futuro. Si las causas del éxito o fracaso son vistas como externas, la persona se sentirá afortunada por su “buena suerte” cuando tenga éxito y amargada por su “destino cruel” cuando fracase. En este último caso, el individuo no asume el control o la participación en los resultados de su tarea y cree que es la suerte la que determina lo que sucede (Woolfolk, 1995).

Al hacer mención a la educación, necesariamente hay que referirse a la entidad educativa y a los diferentes elementos que están involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje como los estudiantes, la familia y el ambiente social que lo rodea. La escuela según Levinger (1994), brinda al estudiante la oportunidad de adquirir técnicas, conocimientos, actitudes y hábitos que promuevan el máximo aprovechamiento de sus capacidades y contribuye a neutralizar los efectos nocivos de un ambiente familiar y social desfavorables.

La capacidad de aprendizaje de los estudiantes de cualquier nivel, está relacionada con una serie de factores extrínsecos e intrínsecos que condicionan la calidad de la asimilación de los conocimientos. Las experiencias del ambiente, tanto como las oportunidades de desarrollo intelectual que se le propicien a los alumnos, dentro del hogar y la escuela, forma un potencial de recursos básicos para la asimilación de nuevos

conocimientos con contenidos más refinados y selectivamente aprendidos; pero también intervienen la salud y la inteligencia con que viene determinado cada ser humano.

Por todo lo anterior, el bajo rendimiento académico, debe ser entendido desde una perspectiva multidimensional e interactiva en la que las condiciones sociales, la actitud de la familia, la organización del sistema educativo, el funcionamiento de las escuelas, la práctica docente en el aula, la disposición del alumno para el aprendizaje y el estado biológico y emocional, entre otros, ocupan un papel relevante.

Cada uno de ellos no es un factor aislado, sino que está en estrecha relación con los demás. La falta de motivación o de interés del alumno, no es simplemente responsabilidad de su historia individual sino que es expresión también del contexto social, cultural y familiar en el que ha vivido así, como del funcionamiento del sistema educativo, de la escuela y los profesores.

## 2. ESTADO EMOCIONAL

No lloramos porque estamos tristes,  
estamos tristes porque lloramos.  
James y Lange

James y Lange (1890), consideraron que nuestras emociones se producían por los cambios que ocurren cuando tenemos sensaciones, creían que la emoción, no es producto de procesos cerebrales concretos, y que la propia sensación fisiológica es en sí misma la propia emoción.

A partir de estos autores la interpretación de la emoción, siguió esta dirección considerando, que las reacciones orgánicas que se producían en el sujeto, como consecuencia de la interacción con estímulos concretos que le activaban positiva y/o negativamente, sumándose a la propia reacción interoceptiva autónoma que hacía referencia a los dos procesos filogenéticos (inscritos en la especie) y ontogenéticos (producidos por aprendizaje) que interaccionando logran una respuesta total, a la que se le llama emoción.

Otra teoría que intenta explicar las emociones, considera que estas se propagan por mecanismos nerviosos del sistema nervioso central. Cannon (1929) propuso que la emoción se producía incluso si se aislaban órganos del sistema nervioso central. Además considero que la respuesta visceral es muy difusa e inconcreta, frente a la concreción y vividez de la experiencia emocional.

Cannon, también demostró que es más rápida la respuesta de la emoción que la propia respuesta fisiológica. Su explicación alternativa considera que la emoción, tiene que explicarse como teoría centralista en la que intervienen mecanismos cognitivos y no exclusivamente periféricos.

En la actualidad la interpretación más admitida de la emoción es la aportada por Schachter (1971), que considera imprescindible el estado de activación fisiológica del organismo, Schachter considera, que una vez activado el sujeto, éste describirá lo que siente, en términos del significado cognitivo que para él tenga. Sin embargo, señala que muchas veces, sentimos que no somos capaces de explicarla y son a menudo esas emociones inexplicables, las que nos generan alteraciones y conflictos emocionales.

Schachter (1971), dice que la emoción parece producirse cuando la persona entra en contradicción con su ambiente, bien porque no logra reducir su necesidad, o porque siente peligro inminente para su continuidad.

Al parecer son los conflictos con el entorno y también con su propia auto-percepción habitual sin señales de alarma, los que disparan las emociones, haciendo sentir al sujeto un conjunto integrado de sensaciones que las componen, que posteriormente interpretara y dará significado y clasificará en su experiencia emotiva como bueno, malo o inofensivo. Algunas de las emociones básicas expresadas por los seres humanos son las siguientes: alegría, tristeza, miedo, cólera, placer y dolor, sorpresa, asombro, desconcierto, simpatía, antipatía, y empatía (Schacter, 1971).

Para hablar de las situaciones que se presentan en las personas como agradables o rechazables, se puede definir como agradable, a un conjunto de percepciones que en un momento determinado del tiempo y espacio, nos hacen sentir cómodos. Lo desagradable sería aquel conjunto de sensaciones que en un momento determinado del espacio y el tiempo nos incomodan (Gómez y Ramírez, 1998).

Gómez y Ramírez (1998) afirman que las emociones surgen en las personas cuando estas ultimas, se relacionan con aspectos del medio que habituales o no, activan intensamente sus sensaciones y pensamientos.



Algunos autores clásicos, pensaban en alguna otra dimensión de nuestros afectos emotivos, por ejemplo Wundt (1899), consideraba que excitación y depresión, tensión y relajación, como otras dimensiones separadas de lo agradable y lo desagradable.

La mayoría de las sensaciones pueden englobarse por las personas de cualquier cultura o grupo humano, como agradables o desagradables, por lo que a veces existen aspectos agradables a los que la tensión les reduce bienestar y tristezas que alivian (Wundt, 1899).

Las personas relacionamos la emoción con fuertes sensaciones fisiológicas, que inciden en la presencia del recuerdo de situaciones concretas. La risa y el llanto son dos ejemplos concretos que surgen espontáneamente de situaciones cuyo significado nos reporta alegría y/o tristeza, aunque no en todos los casos, ya que se puede reír de pena en un extremo y por otro lado llorar de alegría.

Lo concreto es cómo la emoción es sumamente compleja y unida a fenómenos fisiológicos alejados con frecuencia de la razón consciente del sujeto. La emoción invade al sujeto, lo posee, lo dinamiza y lo dirige en su conducta hacia respuestas a veces apropiadas y ajustadas a la situación y en otros casos contrarias a su razón. Sin olvidar que en la expresividad emocional existen múltiples y variadas diferencias individuales, que hacen muy difícil definir la tonalidad emotiva (Gómez y Ramírez 1998).

La emoción puede analizarse desde diferentes puntos de vista, en nuestra cultura occidental, con algunas excepciones se considera a la emoción como algo innato, impulsivo muy unido a una idea específica de deseo inconsciente y por ello inmanejable, difundida por el psicoanálisis de Freud. Sin embargo está siendo cuestionada esta concepción de la emoción y siendo sustituida por otra que propone un aprendizaje de autocontrol

emocional, cada vez más necesario en la difícil sociedad en la que vivimos.

En nuestros días activarse en la fábrica, la oficina, el banco, la universidad, etc. salir y enfrentarse al caos del tránsito, compartir las tareas de la casa y otras actividades; y permitir que las emociones se apoderen de nosotros, es obtener como consecuencia una subida de adrenalina inadaptativa e inútil, que debemos aprender a controlar, reduciendo nuestra activación emocional.

La importancia de estos aspectos en nuestros días es definitiva. La psiquiatría y la psicología clínica se avocan casi de manera exclusiva a “reducir y/o eliminar emociones negativas inadaptativas”, independientemente de que se intentan controlar a través de métodos farmacológicos o cognitivo conductual.

Las emociones comunican, en la mayoría de los casos son comunicaciones no verbales, que hacen referencia a gestos, posturas, ademanes y emblemas, que delatan los estados de ánimo de quienes los ejecutan de forma automática. Las señales de la comunicación no verbal, son tan importantes, que algunos estudiosos consideran que la intuición, surge de los aspectos de interacción no verbal de las personas (Knapp,1992).

Nuestra civilización occidental ha dado prioridad a la razón frente a la emoción. Esto es observable en nuestros métodos educativos, basados en el racionalismo a como de lugar. La razón, es desde luego la clave de nuestra actividad consciente, para dirigir la vida hacia fines de organización, eficacia y progreso.

Es importante mencionar, que la razón y la lógica, en muchas ocasiones está bloqueada o dormida, precisamente por una precaria madurez emotiva. Son muchas las ocasiones y las personas que con enormes recursos

intelectuales, no han podido o no han sabido armonizar su comportamiento emocional de forma adaptativa para su vida. Román (1994), dice que todo ello nos sitúa en la trascendente importancia del estudio y conocimiento de nuestras emociones, para descubrir los límites y la potencialidad real de nuestra activación individual y social.

En las emociones dice Lersch (1992), “vivenciamos la realización o la obstaculización de las tendencias, impulsos y deseos. Realización o amenaza dadas en el encuentro con el mundo”.

El hombre moderno, no necesita la tensión física que le producía el estado permanente de alerta de un medio hostil al que estaban sometidos sus antepasados, expuestos a toda clase de estímulos agresivos del ambiente, en el que los depredadores intentaban ensañarse con él. Sin embargo aunque está tremendamente protegido, al menos en teoría por el progreso y que por eso no debería tener ni sentir temor, se encuentra paradójicamente angustiado y triste. La angustia, surge del hecho mismo del vivir, así como del conocimiento implícito de la incertidumbre de nuestro destino temporal (CEE, 1999).

El hombre actual está tan repleto de rutina como sus antecesores (rutina de apretar un botón, de unos horarios, de unos métodos de trabajo simplificados y poco creativos) pero las comunicaciones, la tecnología y el mundo de la información, han integrado en sus rutinas métodos muchísimo más complejos que requieren años de especialización (carreras, maestrías, cursos, títulos, etc.) y además la velocidad, la prisa, como veneno sutil que se ha apoderado de nosotros.

Somos esclavos de una prisa para la que el organismo no está filogenéticamente preparado y de unas presiones de nuestros competidores, en todos los órdenes de la vida que hacen que muchos de nosotros desarrollemos síntomas de diferentes problemas emocionales, que siempre existieron, pero nunca como ahora, según resultados de estudios y estadísticas al respecto.

Todos estos aspectos de la realidad que nos circunda, son seguramente indicios de que hay que cambiar algunos modelos sociales de vida, o de lo contrario sufriremos problemas sociales de dimensiones y proporciones desconocidas.

Muchas enfermedades están causadas por experiencias emocionales a las que las personas no pueden “encontrar significados interpretables adecuados”, que les ayuden a integrar sus experiencias. La ansiedad la angustia y la tristeza, son signos que representan una sociedad estresante y estresada, que se sumerge en el remolino de la prisa, por querer hacer cada vez más cosas en cada vez menos tiempo y por supuesto todo perfecto.

## **2.1. Ansiedad**

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad proviene del latín “anxietas”, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales,

sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Campbell 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987).

Johnson y Melamed (1979), indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo.

Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento. Existe una gran confusión con el término ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología. Los problemas conceptuales y operativos para su estudio, dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido.

En esta línea conceptual, la filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que dan sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte.

Los psiquiatras existencialistas dan una importancia notoria al hecho de que la ansiedad es una característica ontológica (estudio del ser en general) del hombre. Dicha corriente filosófica mantiene que no es una actitud entre otras muchas, como pueden serlo el placer o la tristeza. Sin embargo, desde el punto de vista psicopatológico, el concepto de ansiedad no siempre ha sido usado de forma homogénea.

Como sugiere Lewis (1980), varias palabras latinas contienen la raíz indogermánica "ángh" y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido en toda la cultura occidental para definir a ese sentimiento de inquietud, que se acompaña de una clara constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias, es el de ansiedad, debido a la influencia de Freud, quien la introduce como palabra técnica en la psicopatología.

Freud (1964), define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que

tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939).

A partir de la década de los años cincuenta, la ansiedad empezó a ser concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmo, 1957).

Wolpe (1958) describe la ansiedad como “lo que impregna todo”, estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada.

En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, 1968).

Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción.

Por todo lo anterior, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a una conducta, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales).

Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. Franks (1969), dice que la respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.).

Aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.).

Aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.).

Además, en esta misma década de los años sesenta se comienza a tomar conciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano.

En esta línea, Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración. Así, algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son



similares a los que se observan en la hiperventilación, como el aturdimiento, la sensación de desvanecimiento, el paso inseguro y la respiración entrecortada.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972).

Por su parte, Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Otro autor importante de esta década fue Wolpe (1979), que propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional, que define como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica).

En términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe, 1979). En los años ochenta Lewis comienza a describir las características de la ansiedad, describiéndola de la siguiente manera:

En Primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira;

Segundo, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de

sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.

Y por último, se informa de la manifestación de trastornos corporales que pueden pertenecer a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., u obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

A partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o acompañando a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990).

Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel-Tobal (1990) propone que “la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La respuesta de ansiedad puede ser provocada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por la persona como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto”.

Posteriormente, Miguel-Tobal (1996) resume la definición anterior en lo siguiente: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas

agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia.

Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular.

Sandín y Chorot (1995), dicen que la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; y que, ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica.

Las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales.

Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitations cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996).

En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la tirantez, inquietud y un sentido de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

### 2.1.1. Enfoque Psicológico

La ansiedad es parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Gómez y Ramírez (1998) dicen que, uno de los datos más esclarecedores de la presencia de la ansiedad en una persona es la auto referencia permanente del malestar sentido, y sobre todo vivido, como inseguridad global que abarca a la persona entera con sensaciones de intensidad variable, a veces intensísima, que le sugieren la propia muerte, con síntomas de ahogo y falta de capacidad respiratoria. Se distingue del miedo en que el sujeto es consciente de que no existe un estímulo real que justifique la sensación, es una señal de “falta de seguridad”, sin relación con algún suceso.

Por su parte, desde la psicología de la personalidad (Ender y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones.

Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; por ello, algunas personas tienden a percibir un gran número de situaciones como

amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia.

Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva.

Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996).

La ansiedad rasgo y estado se disfrazan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de “estar separado” del suceso o la situación.

Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas con respecto a las otras (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984).

El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal. Al tomar como base un modelo multidimensional, la diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes. (Belloch y Baños, 1986; Ibáñez, 1982).

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traduciéndose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadoras para el individuo.

Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos.

La ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, destaca una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada (Sheehan, 1982).

Por otro lado, la teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contra fuerza aplicada por el ego. Freud (1971), concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como

la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica.

Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza.

Freud (1971), por otro lado, identifica tres teorías sobre la ansiedad:

1. La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.
2. La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido.
3. La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Para Freud (1971), toda psiconeurosis es un trastorno emocional expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas y con una leve deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos.

Cualquier tipo de neurosis presenta una característica común: la ansiedad, refiriéndose a un estado puramente mental del sujeto; otras características son: la inmadurez emocional y la necesidad de dependencia, ya que todo neurótico suele sentirse la mayoría de las veces como un ser inferior y inseguro respecto a los demás.

El enfoque Conductual aparece, como un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

Desde la teoría del aprendizaje basada en el conductismo, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que se presentan en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado (Hull, 1952).

Así, la ansiedad es un estado de inquietud o zozobra, que no pertenece únicamente a la terminología psicológica o médica, sino que también está



en la calle y todo el mundo conoce su significado, que nos remite a la opresión o al encogimiento y agobio. El sujeto se siente incómodo y percibe como se apodera de él una intranquilidad que empaña todo su ser y le oprime, haciéndolo sentir a disgusto y demasiado preocupado por su propia percepción interna. Se acompaña a menudo de problemas o sensaciones respiratorias cuya intensidad varía en base a la intensidad de la crisis de ansiedad (Gómez y Ramírez, 1998).

### **2.1.2. Enfoque Biológico**

Domínguez T. B. (2000) comenta, que todavía en la actualidad se genera un importante debate porque sigue siendo incierto, y siguen multiplicándose las dudas de cómo el cerebro genera procesos como las emociones, la memoria, la visión o el lenguaje (que a su vez forma parte de un proceso de mayor magnitud), la "mente consciente". Hasta hoy no se puede explicar cómo se toman las decisiones, ni cómo se produce la imaginación, y mucho menos es sostenible postular sólo cambios biológicos como "causas" de la conducta humana.

Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a sus parámetros, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Por otro lado, la ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de (entre otras), una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolamina, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que

integran la respuesta ansiosa (Tyrrer, 1982; Rachman, 1984).

Tyrrer (1982) y Rachman (1984), proponen que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional; estos autores añaden que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real.

Por su parte, Spielberger (1984) define el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo, mientras que Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas del propio organismo.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996).

Varios grupos farmacológicos han demostrado su efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y benzodiazepinas (BZD),( Macias F. J. A., Alonso F. T. 2006).

Macias F. J. A., Alonso F. T. (2006), encontraron en recientes estudios un papel relevante de la gabapentina en monoterapia o en terapia añadida en

pacientes con diversos trastornos psiquiátricos que necesitan un tratamiento antiepiléptico asociado y para los que presentan un trastorno de ansiedad primario o comórbido. Estos estudios muestran efectos ansiolíticos e hipnóticos de la gabapentina distintos de los de las BZD, con beneficios añadidos, como una mayor latencia en la aparición de los efectos y una ausencia de acción miorrelajante y de adicción.

Cuando se encasilla a los problemas psicológicos en términos duales, en los que la biología es la causa única y no el efecto, y se les redefine como estados patológicos, se delimita radicalmente la forma en la que se comprenden, tratan y se previenen dichos problemas.

Tomando en consideración la información científica disponible, la probabilidad de erradicar la depresión, la ansiedad, la hiperactividad, la impulsividad entre otros trastornos, es bastante reducida, mientras se les continúe categorizando únicamente como desórdenes de origen biológico, así como también sólo se producirán esfuerzos decepcionantes tratando de prevenirlos, más que tratarlos una vez que ya han aparecido.

No obstante, como lo ha demostrado el estudio de Mary Coleman (2004), resultó suficiente para los niños hiperactivos pasar unas cuantas semanas más en ambientes novedosos para calmarlos. Igualmente, existe amplia evidencia de que se pueden prevenir o tratar otros problemas psicológicos mediante la modificación de las condiciones de vida de las personas que los padecen.

### 2.1.3. Enfoque Cognitivo

La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal agresiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto (Meichenbaum 1977).

Beck y Clark (1997), dicen que en definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, el individuo a penas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc. (Beck y Clark (1997).

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas

adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985).

Desde el enfoque cognitivo el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

Las situaciones que permiten una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad.

#### **2.1.4. Enfoque Cognitivo-Conductual**

La aparición del enfoque cognitivo-conductual, se adjudica a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aumentando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan.

Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser minimizada para el estudio del mismo; ya que, se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales

(estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Endler, Magnusson, Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Okada, 1975).

Lo anterior concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad.

En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. Así, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo (Miguel-Tobal, 1990).

Desde la década de 1920, cuando Pavlov y Watson demostraron el poder del condicionamiento para afectar la conducta, se observó un incremento estable en el uso de procedimientos basados en el aprendizaje desarrollados para reducir los niveles de incomodidad emocional de los pacientes y eliminar sus conductas inadaptadas.

Debido a que las cogniciones no eran directamente observables y no podían medirse de manera confiable; en consecuencia, los defensores de la terapia conductual sentían que un énfasis en las cogniciones era irrelevante para una ciencia del cambio conductual. En la década de 1970, se inició un cambio radical en la que los psicólogos empezaron a integrar procedimientos cognitivos con las técnicas conductuales en la práctica de lo que llegó a conocerse como terapia cognitivo-conductual.

La práctica de la terapia conductual guarda una estrecha vinculación con los principios de la teoría del aprendizaje. La teoría del aprendizaje, empezó con las observaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1970), en donde encontró que los perros aprendían a salivar en anticipación de la comida, una respuesta a la cual se refirió como reflejo condicionado. El trabajo de Pavlov se perfeccionó y difundió en Estados Unidos gracias al Psicólogo John Watson.

Watson (1970), trabajaba para determinar los principios del aprendizaje, concentrándose sobre todo en la conducta manifiesta y observable. Watson creía que la gente nace con tres emociones básicas: temor, ira y amor. Sin embargo, también reconocía que había grandes diferencias entre la gente en los estímulos que provocan esas emociones. Para explicar esta variabilidad en la respuesta emocional, Watson planteó que las personas aprenden diferentes asociaciones estímulo-respuesta a través del condicionamiento.

El experimento de Watson y Rayner (1976) fue la primera demostración empírica de que las emociones pueden aprenderse, este experimento fue también la primera demostración de laboratorio de una "neurosis experimental" en un ser humano: la adquisición de ansiedad en respuesta a un estímulo que no representa una amenaza real para el individuo.

Watson quería ser capaz de aplicar los principios del aprendizaje y el condicionamiento a la modificación de conductas o problemas inadaptadas y de cómo las emociones pueden aprenderse y modificarse gracias al condicionamiento asociativo. Los estudios de Watson plantaron las semillas para el desarrollo de intervenciones subsecuentes basadas en los principios del condicionamiento, como los estudios en 1983 de O. H. Howrer y W. M. Mowrer.

Por su parte, la teoría y los resultados de aprendizaje por observación de Bandura (1970), ofreció la base para integración posterior de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. El libro de Michael Mahoney publicado en 1974, *Cognition and Behavior Modification*, y el volumen de Donald

Meichenbaum publicado en 1977, *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, desarrollaron aún más el papel de la cognición como mediadora del cambio en la terapia conductual y fortalecieron la práctica de la terapia cognitivo-conductual.

Casi al mismo tiempo, Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaban su modelo de terapias para trastornos emocionales que no sólo incluían un fuerte componente cognitivo sino que, más importante, resaltaban las cogniciones disfuncionales, o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa de malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico.

Tanto la terapia racional emotiva de Albert Ellis como la terapia cognitiva de Aaron Beck han causado una profunda influencia en la práctica de la psicología clínica. Con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas, Ellis y Beck desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma cómo piensan los sujetos para mejorar su funcionamiento emocional y conductual.



## 2.2. Depresión

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término depresión proviene del latín “depressus”, que significa “abatido”, “derribado”, es un estado de abatimiento e infelicidad. La depresión, puede expresarse a través de síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

El DSM IV (Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders), describe a la depresión, como humor disfórico diciendo así: "Pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperanzado, irritable, preocupado"

Durante el transcurso del tiempo el término depresión a ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV a., de c., cuando el gran filósofo Hipócrates hace la descripción de un enfermedad a la cual llama melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderón, 1998).

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V), apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto; si bien en ese entonces no se conocía con exactitud lo que era la depresión o la melancolía, los síntomas descritos eran acertados en comparación con lo que en la actualidad conocemos.

Caelius describía a los sujetos depresivos de la siguiente manera: los pacientes melancólicos presentan síntomas como ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia, en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, llantos y quejas sin sentido, etc.

Otro de los pensadores como Gregorio Magno (540-604), describía a la acedía como uno de los desequilibrios humorales, también por sus especificaciones como sinónimo de melancolía y un desorden de la vida emocional que se mimetiza en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones introducidas por Santo Tomas quien sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales incluso que era a causa del pecado de pereza.

Santo Tomas, era un hombre que creía que acedía es un estado del alma y que sólo lo padecían los religiosos que vivían en aislamiento, decía que la acedía producía desgana, apatía estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar y pereza para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida en general (Polaino, 1980). Así la acedía fue sustituyendo al término melancolía tras los siglos XV Y XVI por los síntomas que caracterizaban a la acedía.

Esta enfermedad no era tomada como un problema de salud serio sin embargo hasta la época del México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas llegaban incluso a recomendar un tratamiento a base de yerbas o jugos de flores al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, Calderón (1998).

Muchos autores han tratado de definir a la depresión, entre ellos se encuentran, Kraepelin, Márquez, Polaino, Freud e Hipócrates, quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la

depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debía ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando los cuatro humores corporales.

Kraepelin (1880), la denominó locura maniaco-depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo. Están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales.

Freud (1911) por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación, y su recurrencia en intervalos regulares.

La depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), el cual dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, entendida como aquella energía que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias, según dice Márquez (1990).

La persona aquejada de depresión, puede no vivenciar tristeza sino pérdida de interés e incapacidad de disfrute con las actividades lúdicas habituales,

así como una vivencia del tiempo realizada y poco motivadora. Su origen es multifactorial, aunque se destacan desencadenantes como el estrés, una elaboración inadecuada del duelo, o el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o tóxicos ) y factores predisponentes como la genética.

Puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio (Andreasen y Winokur, 1979).

### **2.2.1. Enfoque Psicológico**

Todas las descripciones que se hacían cuando se empezó a hablar de la depresión, fueron un gran principio para tomarla como una enfermedad que ataca a cualquier persona, y por lo cual debía ser tratada; pero no fue sino hasta 1630 cuando Robert Burton publica un tratado llamado anatomía de la melancolía en el cual era fácil identificar los estados depresivos, y después Bonetus en 1679, escribe de la "manía de la melancolía" y en otra publicación de 1686 habla acerca de la relación y significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía, empleando el término maniaco depresivo.

En relación con las causas de la depresión Philippe Pinel, a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas, como una pérdida significativa en la vida, ya sea material o emocional, miedo, etc., y en segundo lugar las físicas (Calderon, 1998).

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869 Georg Meller Beard decía que la neurastenia (fatiga nerviosa) era un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC) sin lesión

demostrable en donde se presentaban síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos, temores hipocondríacos, etc.

Por otra parte Kraepelin (1896), con su especificación de la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva (trastorno bipolar) y demencia precoz llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerará a la psicosis como una depresión.

Así finalmente melancolía es aceptada como concepto de depresión y que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia trastorno psicossomático; entre otras.

Como Sir Aubrey Lewis que a fines de los 30's establece conceptos como las psicosis afectiva, la depresión psicógena y la neurosis de ansiedad que en cierto modo eran inseparables en cuanto a diagnóstico por la similitud del padecimiento (Gasto, 1993).

En 1976, Ellis formuló lo que llegó a conocerse como la teoría A-B-C de la conducta disfuncional. Lo que da una nueva visión para tratar la depresión y otros problemas emocionales, contrario a la visión prevaleciente en la época, Ellis afirmaba que son las creencias irracionales o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosas.

Ellis creía que cuando una persona experimenta un acontecimiento negativo o desagradable tiene creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho; sin embargo, también se involucra "automáticamente" en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso.

Por su parte, Beck (1976) elaboró la terapia cognitiva a partir de su experiencia clínica con pacientes deprimidos. Las observaciones de Beck de que los sueños de los pacientes deprimidos estaban repletos de contenido negativos que juegan un papel central en el inicio y curso de la depresión. Postuló que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas y del mundo y que no tienen esperanzas acerca del futuro.

Beck propuso, además, que las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos negativos, o estructuras por medio de las cuales perciben e interpretan sus experiencias. Con base en sus formulaciones teóricas, Beck desarrolló la terapia cognitiva como una forma de tratamiento de la depresión y la ansiedad.

La terapia cognitiva se concentra sobre todo en la identificación o cogniciones distorsionadas con la creencia de que esos cambios llevarán a una reducción en los síntomas de malestar. Sin embargo, los terapeutas cognitivos también pueden asignar tareas conductuales a los pacientes y darles capacitación en habilidades de solución de problemas. La terapia cognitiva es de tiempo limitado, rara vez excede de 30 sesiones y por lo general, emplea de 15 a 25 sesiones.

En las primeras sesiones de la terapia cognitiva, el terapeuta explica al cliente la teoría cognitiva de los trastornos emocionales, destacando la forma en que las cogniciones negativas contribuyen al malestar. Las sesiones intermedias de la terapia cognitiva se dedican a ayudar al cliente a la identificación y modificación de las creencias básicas subyacentes que lo llevan a tener pensamientos negativos.

En las sesiones finales de la terapia cognitiva, el terapeuta tiene dos metas importantes. Primero, trabaja con el cliente para consolidar las ganancias que este ya ha conseguido en la terapia. Segundo, debido a que muchos

trastornos emocionales, como la depresión y la ansiedad, muestran una alta tasa de recurrencia o recaída, en las últimas sesiones de la terapia cognitiva el terapeuta se concentra en tratar de prevenir la recurrencia del trastorno.

### **2.2.2. Enfoque Biológico**

Conocida en sus inicios como melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis") la depresión aparece descrita en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad. El origen del término melancolía se encuentra, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725 en el que el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.

El origen de la depresión es complejo ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante en la aparición y el curso de la enfermedad.

La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de Serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos).

Los datos anteriores, indican una fuerte relación entre la Serotonina y el sistema inmunológico en esta patología. El eje Serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de Serotonina (Sturgeon (1987)).

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugiere que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales (Calderón (1998).

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva (Klein, 1988).

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo.

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés (Snaith y Taylor, 1985).

Una de las causas posibles de la depresión es atribuida a factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento de tal forma como lo menciona Calderón (1998), que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de



medicamentos antidepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco; aún así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro.

Como lo afirma Sturgeon (1987) diciendo que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no. Por lo cual con respecto a la depresión existe una predisposición genética a algunas clases de depresiones.

Por sus manifestaciones emocionales del depresivo no melancólico, resulta complicado hacer una descripción clínica sin caer en la clásica comparación con los depresivos melancólicos. Recientemente la literatura psicopatológica recoge la siguiente agrupación de síntomas: por un lado la disforia (Hinsie y Campbell, 1970; Kaplan y Cols, 1980; Akiskal 1983; Klein, 1988) y por otro lado la irritabilidad (Snaith y Cols, 1978; Snaith y Taylor, 1985). En ausencia de patología orgánica cerebral o sistemática, ambos grupos de síntomas sugieren una patología afectiva no endógena.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde las distintas categorías sanitarias se esté potenciando la investigación, para entender este trastorno, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XXI.

Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna el origen y tratamientos de los trastornos depresivos, alternaban entre la magia y una terapia ambientalista

de carácter empírico (dietas, paseos, música), pero con el nacimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más, susceptible de tratamiento y de explicación bioquímica. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva, como son la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, o un trastorno del humor capaz de disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida (Snaith y Cols, 1978; Snaith y Taylor, 1985).

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo la padecen.

### **2.2.3. Clasificación de Trastornos Depresivos**

Las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome, síntoma o incluso como vivencia normal del ser humano ante los acontecimientos de la vida, quedan atrás en el momento de elaborar una clasificación de estos trastornos. Los límites entre depresión y normalidad, depresión y ansiedad, las psicosis afectivas y la esquizofrenia, las depresiones crónicas y los trastornos de personalidad o los nexos obsesión-depresión.

Tal como ha señalado Andreasen (1982), la clasificación de los trastornos afectivos ha servido como caballo de batalla en cuestiones claves de la nosología psiquiátrica en general.

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante:

Código CIE-10: F32, F33. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de cinco de alguno de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

-Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y la mayor parte de los días.

-Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés en las actividades habituales.

-Disminución o aumento del peso o del apetito, insomnio o hipersomnia.

-Enlentamiento o agitación psicomotriz.

-Astenia.

-Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.

-Disminución de la capacidad intelectual.

-Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

- Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos, o trastornos esquizofrénicos.

- Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral, o en otras áreas vitales del paciente.
- Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni por una patología orgánica.
- Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.
- Trastorno distímico: La distimia, es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, pero menos incapacitante que la depresión severa.

Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- Criterio A: Situación anímica crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días, durante al menos dos años.
- Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
  - Variaciones del apetito.
  - Insomnio o hipersomnia.
  - Astenia.
  - Baja autoestima.
  - Pérdida de la capacidad de concentración.

-Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza.

- Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

- Criterio D. No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, este tuvo que remitir por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

- Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos, o mixtos, ni se dan criterios para un trastorno bipolar.

- Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.

- Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

- Criterio H. Los síntomas originan malestar y deterioro de capacidades

sociales, laborales, o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)

Trastorno adaptativo:

Código CIE-10 F34.20 F34.22. Por trastorno adaptativo, o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando esta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más tarde de los tres

meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

Trastorno depresivo no especificado:

F32.9 Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual, o en cuadros de trastorno depresivo postpsicótico b(residual) en la esquizofrenia.

Otros tipos:

duelo patológico (en el DSM-IV se contempla una situación de duelo que pueda precisar tratamiento, aunque sin cumplir los criterios de ninguno de los trastornos previos), depresión posparto.

#### **2.2.4. Enfoque Cognitivo-Conductual**

Desde un punto de vista terapéutico, la investigación clínica empezó a sugerir que podría aumentarse la eficacia de los procedimientos de la terapia de conducta y favorecer la generalización de las conductas "sanas" aprendidas en un contexto terapéutico limitado a otras situaciones de la vida cotidiana mediante la incorporación de un entrenamiento cognitivo.

Se trata de los llamados procesos mediadores cognitivos y su influencia sobre el comportamiento de un individuo (Beck,1970-1976). Estos procesos determinan a que acontecimientos o estímulos externos específicos atiende un organismo, cuales de ellos son percibidos o interpretados y cuales afectan a la acción futura de ese individuo.

A partir de ahí se diseñaron terapias cognitivo- conductuales cuya pretensión era modificar los proceso mediadores (conductas no observables directamente) además de la conducta observable. Dichas terapias son enfoques cognitivo–conductuales no uniformes. Por lo tanto los procesos son conductuales, mientras que el proceso de cambio es principalmente cognitivo (Mahoney y Arnkoff,1983).

El supuesto teórico en el que se basan las terapias cognitivas en general y la terapia cognitivo-conductual de la depresión en particular, supone que la conducta de un individuo y sus consecuencias están determinadas en gran medida por el modo como tiene dicho individuo de entender y estructurar el mundo, basado en actitudes y supuestos desarrollados a partir de experiencias de aprendizaje anterior (Mahoney y Arnkoff,1983).

Según Mahoney y Arnkoff (1983), el individuo percibe unos u otros estímulos, los evalúa mediante un lenguaje interno que etiqueta esas situaciones en comparación con experiencias anteriores similares, etiquetado que suscitará unas determinadas emociones. Así mismo ese aprendizaje anterior le indicará al individuo cómo afrontar esas situaciones de una forma adaptada o desadaptativa.

El modelo cognitivo de la depresión de A. T. Beck (1976), parte de dos hipótesis fundamentales:

1. Las cogniciones negativas del paciente deprimido no son un efecto secundario de la depresión, sino que pueden tener una relación causal en su desarrollo. 2. Las cogniciones negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y por tanto favorecen las recaídas.

Así se infiere que el cambio en las cogniciones y las actitudes del individuo será un elemento esencial del tratamiento de la depresión y de la prevención de las posibles recaídas. Beck formula tres conceptos específicos.

1. La tríada cognitiva según la cual el sujeto piensa de sí mismo en términos de “infeliz”, “desgraciado” y experimenta sentimientos de auto-culpa y auto-reproche. A su vez tiene un pensamiento y una visión negativos de su mundo al que percibe amenazador y frustrante para su persona y, por último, tiene una visión catastrófica del futuro del que, probablemente, nada bueno puede esperarse.

2. Creencias o patrones cognitivos estables mediante los cuales el sujeto localiza, codifica y diferencia los estímulos a los que se enfrenta dando lugar unos “pensamientos automáticos”, negativos, repetitivos y perseverantes que surgen sin necesidad de reflexión (“no podré hacerlo”, “soy incapaz”) que van a determinar estados afectivos negativos.

3. Por último, en las personas deprimidas se dan un tipo de distorsiones o errores cognitivos en el modo de procesar la información que recibe. Tales errores cognitivos serán los siguientes: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre-generalización, magnificar y minimizar, pensamiento polarizado y personalización.



Así pues, estos errores en la evaluación de las actuaciones a las que se enfrenta la persona deprimida y que se manifiestan mediante autoverbalizaciones internas (pensamientos automáticos), así como la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, explican los aspectos psicológicos de la depresión, considerando Beck, Kovas y Rush (1981), que el sistema cognitivo es el que primariamente está afectado en algunos tipos de depresión.

La terapia cognitiva es en general una alternativa estructurada y directa, de tiempo limitado en la cual se postula que las relaciones emocionales y conductas de la persona, vienen en gran medida determinadas por el modo en que estas constituyen el mundo (Beck, 1967). Lo que esta terapia, como las demás, intenta, o el fin de esta, es encontrar el equilibrio de la persona deprimida en su medio social, su medio real, para la incorporación total y positiva en ésta.

Este modelo parte prácticamente de las siguientes premisas basadas en el modelo de aprendizaje social que postula Bandura:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del ambiente y no al ambiente perse.
2. Estas representaciones cognitivas se aprenden al igual que la conducta observable.
3. La mayor parte del aprendizaje humano esta mediada cognoscitivamente.
4. Los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionadas causalmente.

En una relación con la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual, postula que la depresión es producto de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente reflejándose, esto es su auto imagen, su percepción del mundo y del futuro, así mismo propone una vinculación estrecha entre los pensamientos, la conducta y las emociones. Postula que la producción de cambios en la conducta y los

pensamientos es una forma efectiva de modificar los estados afectivos, Bacot (1991).

Los esquemas o conceptos negativos aprendidos desde temprano suelen desarrollarse a traves de las experiencias negativas que fomentan reglas rígidas para guiar la conducta e influyen disfuncionalmente el contenido del pensamiento del individuo. Esto se relaciona con las causas de las depresiones psicóticas que se encuentran dentro de las depresiones graves, por lo cual la terapia cognitivo- conductual puede ser una alternativa efectiva (Bacot, 1991).

Es necesario entonces poner un mayor énfasis en la terapia cognitiva de la depresión, además de un interés en la activación y modificación en la conducta de éste.

En relación con la terapia del aprendizaje social de Bandura (1969); se dice que el individuo no responde directamente a los estímulos ambientales, sino que evalúa e interpreta los mismos por medio de representaciones mentales, de esta forma la persona procesa la información de su ambiente a traves de sus "filtros cognitivos", y el interpretarlos de manera errónea es lo que conduce, en muchas ocasiones, a un desorden cognoscitivo o depresión, y de igual forma se puede cambiar el pensamiento e interpretación de los hechos de la vida real del individuo aplicando los estímulos adecuados para mejorarlos.

Una característica esencial de la terapia cognitivo-conductual, es que se ha demostrado su utilidad únicamente en el tratamiento de estados depresivos unipolares y carentes de manifestaciones psicóticas. Se puede entonces decir, que esta terapia puede ser utilizada para depresiones leves dentro de las cuales se encuentran las encubiertas y las ansiosas, por ejemplo.

En la terapia cognitiva se pone atención a la exploración y modificación de la estructura cognitiva de los pacientes; consiste en disminuir el sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las estructuras cognitivas irracionales y las disfunciones por otras cogniciones más racionales y funcionales.

Esta terapia se puede llevar a cabo en doce semanas de tratamiento, dependiendo de cada persona, en donde es importante que el terapeuta tenga un amplio conocimiento del síndrome para que entienda los significados de las verbalizaciones del paciente, para comprometerlo en una activa investigación empírica acerca de sus pensamientos, inferencias, conclusiones y Asunciones; el intento terapéutico consiste en delimitar las creencias disfuncionales del depresivo, y, posteriormente comprobar su validez. (Harrison, 1984).

Dentro de esta terapia, se propone que las emociones y conductas disfuncionales puedan modificarse alternando los pensamientos o creencias personales a través de un proceso terapéutico que enfatice el buen uso, (adaptativo) del razonamiento y el control racional de la conducta. Es entonces una combinación de lo cognitivo con lo conductual, para que en conjunto sea más efectiva.

### **2.3. Estrés**

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término estrés proviene del latín “strénuus”, que significa laborioso, que exige grandes esfuerzos, vigoroso, enérgico, celosamente activo (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo distres, que significa en inglés antiguo “pena o aflicción”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. Stringo, stringere, strinxi, strictum es pariente directo del griego (strángo), desarrollado en las formas (strangalóo) que es igual a estrangular, retorcer, sofocar; □(stranguítzo) que es igual a exprimir, estrujar algo hasta extraerle la última gota (cfr. agotar). Tiene también en relación con estrés, el significado de refrenar, contener, someter.

La palabra estrés se aplica a los seres humanos en el siglo XVIII para aludir al estado de resistencia ofrecido frente a las influencias extrañas, mientras que el término stress se ha utilizado en la lengua inglesa primero en un contexto social y después, en la Física y en la industria metalúrgica, refiriéndose a un apremio o fuerza ejercida sobre algún objeto provocando una tensión (Alonso- Fernández, 1997).

Relacionado con lo anterior, existe también el termino procrastinación que es un trastorno del comportamiento que tiene su raíz en la asociación de la acción a realizar con el cambio, el dolor o la incomodidad (estrés). Éste puede ser físico (como el sentido durante actos que requieren trabajo fuerte o ejercicio vigoroso), psicológico (en la forma de ansiedad o frustración), o intelectual.

Estrés se aplica comúnmente, al sentido de ansiedad generado ante una tarea pendiente de concluir. El acto que se procrastina puede ser percibido como abrumador, desafiante, inquietante, peligroso, difícil, tedioso o aburrido, es decir, estresante. La procrastinación también puede ser un síntoma de algún desorden psicológico, como depresión o TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

El termino estrés, ya era usado en física por Selye (1936), aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto, produciendo la destrucción del mismo al

superar una determinada magnitud; para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias.

Lazarus y Folkman (1984) describen el estrés, como proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. El estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en que medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas.

Por ejemplo, cuando los individuos imaginan cómo puede ser un hecho estresante, resulta más común pensar en algo que cause daño, en la muerte reciente de algún ser querido, en la pérdida de trabajo, en la enfermedad, en una mala experiencia. No obstante, una situación o hecho positivo igualmente causa estrés como, por ejemplo el cambiar de casa o lugar de residencia, el ascender en el trabajo y tener más responsabilidades, o enamorarse, que puede llegar a provocar el mismo estrés que cuando un individuo rompe una larga relación de valor afectivo para él (Lazarus y Folkman ,1984).

Bajo esta perspectiva, los autores Lazarus y Folkman aportan diversos datos, unos se relacionan más con la rama de la fisiología y otros, en cambio, con la psicología, siendo esta última la que engloba un mayor número de manifestaciones en el sujeto, dado que los individuos responden a cualquier demanda del entorno, incluyendo las de naturaleza psicosocial.

Si el sentimiento de carácter negativo aparece de forma constante en el sujeto y no es tratado adecuadamente, puede conducir a un bajo rendimiento en la vida cotidiana, debilitando la salud (Olga y Terry, 1997). Casi todas las personas han oído hablar del estrés, pues es éste un término

que utilizan por igual profesionales de la salud e ignorantes en la materia.

La Psicología, la Psicopatología y la medicina psicosomática han empleado el término de estrés, en ocasiones, con excesiva libertad y falta de rigor científico. Para unos es sinónimo de sobresalto, para otros es un malestar y, para la mayoría, un generador de tensión para el sujeto. En todos estos casos, el estrés es entendido como perjudicial o nocivo para el ser humano, ya que produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga y Terry, 1997).

El estrés puede incapacitar al individuo en el ámbito laboral, educativo y cualquier otra actividad de su vida cotidiana, y provocar crisis nerviosas recurrentes, depresión, ansiedad o incluso dar lugar a la muerte por un ataque al corazón u otros trastornos físicos y fisiológicos. Por el contrario, existen otras personas que lo perciben como algo positivo para sus vidas, describiéndolo como una experiencia placentera, divertida y estimulante, sintiéndose más capaces de hacer frente a las demandas del entorno.

La vivencia del estrés como positivo o negativo depende de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el ambiente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación.

Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él (Olga y Terry, 1997).

### **2.3.1. Enfoque Psicológico**

Cohen, Kamark y Mermelstein (1983) dicen, que el estrés psicológico es aquel que establece una relación entre el individuo y el ambiente; por lo tanto, la Psicología se centra en el estudio de las causas que provocan este estado en diferentes sujetos a través del análisis del afrontamiento individual y la evaluación cognitiva que conlleva.

El afrontamiento le sirve al sujeto para controlar las demandas que evalúa como estresantes y todas las emociones que generan, mientras que la evaluación cognitiva determina hasta que punto una relación individuo ambiente es estresante. Por su parte, las demandas que recibe el individuo pueden proceder del ambiente físico que le rodea como, por ejemplo, el frío y el calor extremos, pero mayormente procederán del ambiente social en el que está más inmerso, denominándose estrés psicosocial del individuo.

La demanda que, por su particular intensidad, novedad e indeseabilidad, requieren una respuesta esforzada (Campas, 1987) o de afrontamiento (Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983; Lazarus y Folkman, 1984) son las que realmente se consideran estresantes. Entonces, el estrés es una fuerza que induce malestar o tensión tanto sobre la salud física como sobre la emocional (Lewen y Kennedy, 1986).

Miller (1997) define el estrés como cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, ante la presencia de una amenaza, causa algún cambio significativo en la conducta; asimismo, Basowitz, Persky, Korchin y Grinker (1955) conceptualizan el mismo como aquellos estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos.

Por ejemplo, se mencionan las condiciones generadas dentro del organismo como el hambre o la apetencia sexual, convertidos en estados hormonales y

estímulos que son originados a partir de características neurológicas determinadas (White, 1959). Por lo tanto, se entiende el estrés como estímulo cuando un suceso da lugar a una alteración en los procesos homeostáticos (Burchfield, 1979).

Appley y Trumbull (1977) hacen uso del término para describir aquellas situaciones novedosas, de carácter cambiante, intensas, inesperadas o repentinas, incluyendo aquellas que superan los límites de la tolerabilidad, así como el déficit estimular, la ausencia de estimulación o la fatiga producida por ambientes aburridos.

McGrath (1970) considera que este punto de vista no explica las diferencias individuales que se presentan ante una misma situación. Además, se mantiene una concepción del ser humano como mero sufridor pasivo de las condiciones ambientales (Blanco, 1986; Cox, 1978). La personalidad está cada vez más implicada en el estrés, imponiéndose, hoy día, el modelo de estrés entendido como una transacción entre el individuo y el ambiente.

Dicho enfoque define el estrés como una relación entre la persona y el entorno, el cual es percibido por el individuo como algo impuesto que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). Los individuos perciben de forma distinta la amenaza que representan las situaciones estresantes, haciendo uso de varias habilidades, recursos y capacidades, tanto personales como sociales, a fin de controlar esas situaciones potencialmente estresantes.

Por otra parte, la aparición de determinadas respuestas evidencia que el organismo sufre un fuerte estado de tensión, por lo que se determina que, el estrés es una conducta que aparece cuando las demandas del entorno superan la capacidad del individuo para afrontarlas (Kals, 1978). Este planteamiento dio lugar a que se conceptualizara el estrés como aquella



respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda (Selye, 1980).

A partir de lo anterior, las definiciones basadas en la situación predominan en las investigaciones sociológicas, mientras que otras disciplinas asumen definiciones de corte biológico (Novaco y Vaus, 1985).

Esta segunda visión biológica, no ha conseguido asentarse dado que aquellas situaciones que causan un patrón determinado de respuestas como, por ejemplo, taquicardia, aumento de la presión sanguínea y otras, serían las situaciones que generarían estrés, pero existe una variabilidad enorme de situaciones que no están vinculadas al estrés y sin embargo provocan el mismo patrón fisiológico de respuesta, como por ejemplo hacer ejercicio físico o la pasión amorosa (Blanco, 1986; McGrath, 1970).

Con objeto de superar la controversia establecida a raíz de los dos planteamientos anteriores, surge el estrés como interacción entre el organismo y el ambiente que lo rodea; ésta perspectiva transaccional permite controlar una serie de variables intermedias entre sujeto y entorno, siendo defendida por varios autores (Cox, 1978; Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1986; McGrath, 1970; Mechanic, 1976).

Folkman (1984) dice que el estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, más bien se trata de una relación dinámica, particular y bidireccional entre el sujeto y el entorno, actuando uno sobre el otro.

Por su parte Lazarus (1981) afirma que los seres humanos no son víctimas del estrés, sino que su forma de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y posibilidades de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan la naturaleza del

mismo; el afrontamiento se concibe como un esfuerzo conductual y cognitivo dirigido a reducir las exigencias internas y/o externas causadas por las transacciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Así, Turcotte (1986) afirma que el estrés es el resultado de las transacciones entre la persona y su entorno, considerando que el origen del estrés puede ser positivo (oportunidad) o negativo (obligación), el resultado es la ruptura de la homeostasis psicológica o fisiológica, desencadenando emociones y movilizandando las energías del organismo.

Por todo ello, un estímulo se considera estresante cuando tiene la capacidad de poner en marcha una respuesta fisiológica de estrés en el individuo, mientras que una respuesta recibe el nombre de estrés cuando es producida por una demanda del ambiente, un daño determinado o una amenaza; esto implica estímulos, respuestas y los procesos psicológicos que median entre ellos.

Recientemente, el estrés se aborda desde una perspectiva psicosocial, considerando que las condiciones sociales (apoyo social, aspecto socioeconómico, estatus marital, rol laboral, expectativas del rendimiento académico, etc.) pueden estar implicadas en el origen de las experiencias estresantes, ya que las situaciones sociales son capaces de causar altos niveles de estrés, repercutiendo negativamente en la salud, calidad de vida y longevidad (Cockerham, 2001).

Desde esta perspectiva, la experiencia del estrés es entendida como una consecuencia inevitable de la organización social. Hoy en día el término estrés hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobre esfuerzo por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar.

En el contexto popular se utiliza la palabra estrés con un sentido diferente al que se le da en un contexto profesional, por lo tanto, es importante establecer cómo se debe interpretar dicho concepto; el estrés es un fenómeno complejo que se aplica de forma diferente según el sesgo científico, por lo que se plantean tres orientaciones: por un lado, el enfoque fisiológico, que considera el estrés en términos de respuesta (Selye, 1956).

Por otro lado, la orientación psicológica y a su vez la psicosocial, que enfatizan la situación estimular (Holmes y Rache, 1967), asumiendo el estrés como algo externo y focalizado en el estímulo; finalmente, la interacción entre los dos planteamientos anteriores (Lazarus, 1966), que será la que marque el desarrollo de la teoría general del estrés y de su aplicación a la psicopatología.

Hoy en día, el estudio del estrés cobra un enorme interés desde el marco social y el enfoque de los sucesos vitales, posibilitando el estudio epidemiológico de grupos sociales y niveles de riesgo y estableciendo estrategias de afrontamiento y prevención selectiva, lo cual supone una orientación social de la salud distinta a la antigua concepción médica (Sandín, 1999).

Existe un tipo de estrés social crónico, en el que los estresores están asociados a los principales roles sociales, como las dificultades en el trabajo, problemas de pareja o desajustes en las relaciones padres-hijos. Pearlin (1989) distingue los siguientes tipos de estresores crónicos: estresores por sobrecarga de roles, conflictos interpersonales en conjuntos de roles, conflictos entre roles, cautividad de rol, por reestructuración de rol; a estos se añaden otras condiciones como la de ser pobre, residir en zonas con elevada delincuencia, padecer enfermedades crónicas graves, etc.

En esta línea, la literatura científica ofrece una gama amplia de estudios que ponen en evidencia los efectos negativos del estrés crónico sobre la salud, considerando al mismo como la forma de estrés psicosocial más perjudicial para la salud de las personas (Boekaerts y Röder, 1999; Cockerham, 2001; Fernández-Montalvo y Piñol, 2000; Matud, García y Matud, 2002; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 1999; Sandín, 1999; Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001).

Otro tipo de estrés que ha sido investigado recientemente es el estrés diario (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000, 2001), encontrándose éste en un camino intermedio entre el estrés reciente y el estrés crónico; el estrés diario se refiere a las contrariedades o sucesos menores que están determinados situacionalmente o son repetitivos, debido a la permanencia en el mismo contexto y demandas o porque las estrategias son ineficaces.

Es necesario resaltar, que en numerosos estudios experimentales se ha mostrado que los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de los estresores dependen, en gran medida, de procesos cognitivos, apareciendo inmediatamente cambios orgánicos generalizados, lo que hace que se aumente el nivel de activación fisiológica (Anisman, Kokkinidis y Sklar, 1985). Además, la persistencia de esta reacción más allá de los recursos de afrontamiento del sujeto provoca una serie de respuestas desadaptativas en los sistemas orgánicos y psíquicos (Martínez- Sánchez y García, 1993).

Por todo lo mencionado anteriormente, se puede concluir que en la actualidad el término se utiliza para describir un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cuál éste no tiene información para proporcionarle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que recoge más y mejor información, procesándola e interpretándola más

rápida y eficientemente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda (Fernández y Abascal, 1995).

### **2.3.2. Enfoque Biológico**

Cuando inicialmente la Medicina consideró hacerse cargo del término estrés, partió de la idea de que el organismo es un sistema encargado de mantener el equilibrio interno u homeostasis, mediante mecanismos de feedback (Cannon, 1932); este modelo implica estabilidad, retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación. No obstante, el hecho de ver el estrés como alarma del organismo a través de la actividad simpático-adrenal, ha puesto de manifiesto una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática.

Alexander (1962) considera que el concepto de enfermedad constituye una función relacionada con multitud de variables, tales como una constitución hereditaria, enfermedades orgánicas y experiencias primordiales de la infancia referentes al cuidado, al sueño, al clima afectivo y a los rasgos específicos de los padres y del entorno. Según esto, la agresión procedente del medio externo desencadena en el sujeto una reacción de tensión.

Así, ciertas enfermedades en su origen, como la diabetes por ejemplo, se han producido debido a una emoción-choque primeramente en el individuo, siendo la violencia que recibe el mismo del entorno lo que potencia el desarrollo de determinadas enfermedades.

Es importante tomar en cuenta, que cada individuo tiene su historia previa y que, por lo tanto, el significado de un acontecimiento va a ser muy particular, dependiendo de la persona en cuestión. Aquellas situaciones que llevan a la enfermedad están relacionadas con la significación afectiva del

individuo por la relación problemática no resuelta, teniendo un papel muy estresante para el propio individuo. Además, la tensión crónica puede provocar trastornos funcionales crónicos, dando lugar a la lesión orgánica (Alexander, 1962).

El científico canadiense Hans Selye fue quien otorgó categoría médica al término estrés en 1936 en el curso del estudio del eje hipofisario-suprarrenal, describiéndolo como el “síndrome de estrés biológico” o “síndrome general de adaptación”; este autor afirma que no es lo mismo hablar de estrés en el ámbito de la Física que hacerlo en el ámbito de la Psicología, pues, a diferencia que en esta última, en la Física la presión que se ejerce es sobre un cuerpo sin vida.

Selye (1956) detalla los ejes biológicos a través de los que se produce la transformación, considerando la posibilidad de su implicación en trastornos tales como la úlcera péptica. La agresión que el organismo recibe y su reacción conduce a Selye a revelar que la secuencia de respuestas que se presenta hace que el organismo supere o no esa estimulación perturbadora del equilibrio interno llamada estrés, por lo que la secuencia se divide en tres fases con sus correspondientes implicaciones biológicas:

Reacción de alarma o periodo de choque, caracterizado por una alteración fisiológica (taquicardia, insomnio, etc.), seguido de una fase de resistencia y, por último, una fase de agotamiento, que da lugar a las llamadas enfermedades de adaptación.

Siguiendo a dicho autor, se constata que el término referido alude al estado del organismo, es decir, a su respuesta biológica, mientras que lo que él llama “agente estresor” sería el agente agresivo exterior, siendo éste la causa. Según esta perspectiva, se puede hablar de adaptación pasiva en el sujeto, ya que no siempre es necesaria su participación, de manera que

cuando el sujeto ignora las agresiones somáticas con poder estresante, como puede ser el inicio de una infección, entonces se estaría refiriendo a esta adaptación pasiva.

Más tarde, en 1949, los participantes en la conferencia de estrés y trastornos cardíacos reconocen la contribución del estrés en la etiología y cronificación de dichos trastornos. El estrés implica una sobre activación biológica provocada por la acción funcional del sistema reticular (Ursin, 1979); esto es una consecuencia del bombardeo de estímulos tanto de carácter interno como externo que influyen en el mismo.

Ursin (1979) dice, que el sistema reticular mantiene una serie de relaciones funcionales con los lóbulos cerebrales, especialmente con el lóbulo frontal, que es el encargado de evaluar, planificar y regular las estrategias conductuales del ser humano. Por ello, los procesos cognitivos, la evaluación de los recursos propios y el establecimiento de determinados planes de acción son lo que marca la actividad del sistema reticular.

Si el estrés se expresa biológicamente a través de un estado de activación general, se plantea el dilema de si se considera como factor de riesgo para sufrir una enfermedad a la hora de conceptualizar el término. Resulta difícil determinar si lo que se detecta es una activación tónica (estado de alerta y afrontamiento) o afásica (sobrestimulación del estado tónico) (Ursin, 1979), ya que los indicadores biológicos del estrés siguen estando mal definidos.

La secuencia cronológica del estrés y su estrecha interacción funcional pueden dar lugar a hechos indetectables desde una perspectiva fragmentaria. Cuando el organismo reacciona ante el estrés se activa su sistema nervioso autónomo, liberándose catecolamina y produciéndose una estimulación del sistema neuroendocrino, siendo ACTH y cortisol en su liberación las dos hormonas por excelencia del estrés. (Ursin, 1982).

Así, la descripción de la conexión entre el estrés y la enfermedad se basa en el concepto de alostasis, que se refiere a la posibilidad de que se produzcan cambios fisiológicos relevantes con el fin de mantener la homeostasis frente a la demanda de aumento de la actividad (Sterling y Eyer, 1988); este sistema alostático se pone en marcha por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad (McEwen, 1995).

Olga y Terry (1997) dicen que, las experiencias estresantes proceden de tres fuentes básicas: el cuerpo, el entorno y los pensamientos; la primera fuente de estrés es de carácter fisiológico, existiendo innumerables circunstancias en la vida que afectan al organismo como por ejemplo, las restricciones en la dieta, los malos hábitos y los cambios de horario en nuestro tiempo diario de sueño, las nuevas enfermedades, los accidentes, las problemáticas y dificultades de la adolescencia, el envejecimiento, etc.

Las amenazas procedentes del ambiente producen en el cuerpo cambios, concretamente, las que se refieren a la adaptación, ya que con ellas el ser humano se ve obligado a mantener horarios rígidos en su vida diaria, a aguantar las exigencias de las relaciones sociales, a soportar el ruido, la contaminación y las aglomeraciones de la gran ciudad, influyendo negativamente en su seguridad y su autoestima; por último los pensamientos negativos que llevan al sujeto a un estado de infelicidad e inseguridad para realizar sus actividades más cotidianas (Olga y Terry, 1997).

Existe una multitud de estudios que han puesto de manifiesto como la falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas puede dar lugar al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, jaquecas, úlcera péptica, dolores



musculares, depresión y otros problemas de salud, así como la presencia de conductas de enfermedad (Cockerham, 2001; Siegrist y Weber, 1986; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Los investigadores no han conseguido crear aún una definición que satisfaga a todos; de hecho, el estrés se puede conceptualizar desde tres claras y grandes perspectivas teóricas (Cohen 1982; Elliot y Eisdorfer, 1982); existen definiciones en las que se considera como un estímulo, otras que están centradas en la respuesta producida en el organismo y, en tercer lugar, las definiciones de tipo interactivo o transaccional.

Sin embargo se puede concluir que, en la literatura científica, el estrés se define como cualquier factor que actúe interna o externamente, al cual se hace difícil adaptarse y que produce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona con el fin de mantener un estado de equilibrio dentro de sí mismo y con su ambiente externo.

### **2.3.3. Enfoque Cognitivo**

Las terapias cognitivas constituyen enfoques nacidos y contruidos en el mismo ámbito clínico, inicialmente desprendidos del psicoanálisis y por ende, alejados de la psicología experimental. Tanto Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva, como Aaron Beck, padre de la Terapia Cognitiva, eran psicoanalistas que, no conformes con los planteamientos psicodinámicos, crearon nuevos sistemas teóricos y dispositivos técnicos que más tarde recibirían sustento de la investigación experimental.

Esto los transformó en terapias con apoyo empírico y los involucró en el marco de las intervenciones psicológicas científicas y eficaces. Por supuesto, mucha de la base empírica de las terapias cognitivas provino

desde la misma psicología cognitiva del procesamiento de la información, ambos enfoques afortunadamente aunados con el auge de las neurociencias. Varios factores confluyen para que hacia 1960, tanto la Terapia Racional Emotiva como Terapia Cognitiva hallaran un entorno propicio para surgimiento. Entre ellos sobresale el estrecho margen en el cual se había movido el conductismo junto con el fracaso en el tratamiento de algunas patologías, particularmente la depresión.

La terapia cognitiva de Beck gana popularidad y hace su entrada en el escenario de las terapias con apoyo empírico en un estudio sobre efectividad realizado por Instituto de Salud Mental de Estados Unidos en el año 1985

Los elementos comunes a las intervenciones denominadas cognitivas son:

1. Los seres humanos no sólo reaccionan ante el entorno, sino que lo interpretan activamente. Por lo tanto, reaccionan más a las representaciones cognitivas que a los acontecimientos.
2. Los seres humanos son capaces de pensar sobre sus propios pensamientos (proceso hoy difundido como “metacognición”).
3. La cualidad del pensamiento ejerce una gran influencia sobre las emociones y la conducta, aunque no se afirma una relación lineal.
4. Al menos algunas cogniciones pueden ser evaluadas objetivamente y modificadas.
5. Con la toma de conciencia y la práctica, los estilos cognitivos disfuncionales arraigados pueden ser modificados con el consecuente cambio emocional y conductual.

Las técnicas cognitivas llevan tácitamente la premisa de que los seres humanos efectúan valoraciones de su entorno. Este proceso puede ocurrir rápida y estereotipadamente, pero será responsable de una parte importante de las reacciones emocionales subjetivamente experimentadas.

Desde que Hans Selye introdujo el término al ámbito de las ciencias de la salud en 1956, el concepto de estrés generó algunos debates acerca de los aspectos en los que debía centrarse su definición. Particularmente, la discusión giraba acerca de si lo esencial del estrés se hallaba en la respuesta del organismo o en los estímulos y situaciones evocadores.

Posteriormente, en el contexto de la Psicología, se añade un enfoque cognitivista a la concepción hormonal y periférica existente, considerando el papel de los factores psicológicos en la producción de la respuesta endocrina y en la posibilidad de manifestaciones psicopatológicas en el individuo como consecuencia de estos factores (Lazarus, 1966).

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos.

El planteamiento que fue lentamente imponiéndose y terminó por dominar todo el campo de la psicología aplicada es el propuesto por Richard Lazarus y Susan Folkman, denominado “modelo cognitivo-transaccional” o “modelo interactivo” del estrés, el cual se publicó en 1984 en una obra que se tradujo al castellano como “Estrés y procesos cognitivos”.

El modelo transaccional propone una definición de estrés centrada en la interacción entre la persona y su medio. Para ello, postula un proceso de

evaluación del organismo que se dirige paralelamente en dos direcciones, una hacia el ambiente y otra hacia los propios recursos. El estrés tendría lugar cuando la persona valora sus recursos como escasos e insuficientes como para hacer frente a las demandas del entorno. Es decir, el estrés es un concepto dinámico, resultado de las discrepancias percibidas entre las demandas del medio y de los recursos para afrontarlas. La clave del modelo radica en la evaluación cognitiva tanto del estímulo como de la respuesta.

La propuesta de Lazarus y Folkman, ordena un conjunto de elementos que intervienen en el proceso de estrés y proponen su intervención:

Los estímulos: acontecimientos externos, eventos cotidianos, físicos, psicológicos, sociales.

Las respuestas: reacciones subjetivas, cognitivas, comportamentales, las cuales pueden o no ser adecuadas.

Los mediadores: se trata de la evaluación del estímulo como amenazante y de los recursos de afrontamiento como insuficientes. Esto es, la clave.

Los moduladores: factores diversos que pueden aumentar o atenuar el proceso de estrés, pero no lo provocan ni lo impiden. Por ejemplo, un rasgo elevado de ansiedad potencia las reacciones de estrés, pero no las provoca por sí mismo.

El estrés ha sido considerado como una evaluación cognitiva que hace el sujeto de, si una situación puede ser amenazante o no y, la consideración de los recursos que tiene. Esta comprensión (Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis, 1986) se ha considerado como uno de los tres principales enfoques en la conceptualización del estrés junto con el Síndrome General de Adaptación y el de la Teoría de los Sucesos Vitales (Pereyra, 2004).

El enfoque cognitivo-transaccional no considera que el estrés sea una respuesta fisiológica (como se concebiría desde el Síndrome General de Adaptación), si no más bien, esta respuesta vendría a ser una reacción del organismo a manera de resultado ante una situación que se ve como amenazante. Lazarus y sus colaboradores tampoco consideran al estrés como resultado de vivir eventos específicos que en sí serían confrontantes retadores para el sujeto, el estrés vendría a ser resultado de no saber qué hacer frente a una situación vital, no la situación en si.

Esta concepción de estrés se basa en elementos cognitivos en cuanto a la interpretación del evento, lo cual a su vez está en relación con algunos estilos de afrontamiento. Algunas nociones de afrontamiento más que pensarlo en modos de abordaje (Pargament, 1997) o estrategias específicas de intervención (Sandin y Chorot, 2003) lo consideran formas de pensar la situación (Nowack, 2002) las que, a su vez, están relacionadas con el estrés (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

Algunos de estos estilos cognitivos o formas de pensar la situación problema, llevan relacionados estados de ánimo. Tal es el caso de la comprensión de Nowack (2002), quien considera que los estilos de afrontamiento son cuatro (Valoración positiva, Valoración negativa, Concentración en el problema y Minimización de la amenaza) y tienen relación con ciertos pensamientos que, en la literatura psicológica, están vinculados con un estilo explicativo optimista, depresivo y de orientación al problema (Seligman, 2003).

Además de los estudiados en los ochentas por Folkman y Lazarus, (1986 y 1988) desde la teoría de Ampliar y Construir (Broad and Build Theory), Fredrickson (2000 y 2003) ha postulado que las emociones positivas contribuyen con los niveles de bienestar y salud de las personas y nos dice que un pensamiento positivo genera una emoción positiva constituyéndose

un recurso para hacer frente a una situación amenazante. Integra así las emociones y pensamientos positivos con el bienestar.

Existen diferencias entre los individuos en su modo de evaluar las situaciones estresantes, unos lo hacen centrándose en las demandas de la situación (sujetos auto eficaces; analizan cómo manejar la situación, se centran en el problema), otros lo hacen en sí mismo (sujetos auto referentes; se preocupa cómo les afecta la situación, se centran en la emoción) y otro en cambio lo hacen negando el problema o las demandas del medio (sujetos negativistas). Los sujetos auto eficaces llevaría mucho mejor que los anteriores la situación estresante (Labrador, 1993).

Un gran conjunto de síntomas clínicos pueden ser explicados a través de la cognición, por ejemplo el estrés psicosocial, la depresión, la ansiedad social, las fobias específicas, los trastornos de adaptación y los trastornos de personalidad, entre otros.

#### **2.3.4. Enfoque Cognitivo-Conductual**

La Terapia Cognitivo-Conductual cobró fuerzas a finales de la década de los 80, pero tiene sus orígenes en la década de los 60. Su surgimiento se debe en gran parte al desencanto con los resultados del psicoanálisis, en aquella época, la forma de terapia psicológica que mas se usaba (Mahoney y Arnkoff, 1983).

Actualmente la Terapia Cognitivo-Conductual se encuentra muy avanzada en Europa y en EEUU. Se trata de la orientación en psicología clínica más avalada por la ciencia en la actualidad dominando la práctica y la investigación clínica en gran parte del mundo. Algunas de sus características son las siguientes: Fernández J. L. (2003), comenta que la

terapia cognitivo-conductual, se aboca a modificar pensamientos, respuestas psicofisiológicas y conductas manifiestas, desarrollando paralelamente un alto grado de conocimiento emocional.

Podemos distinguir dos enfoques generales dentro de la orientación cognitiva-conductual (Meichenbaum, 1989): (1) Terapias cognitivas semánticas y (2) Teoría del aprendizaje social:

1. Terapias cognitivas semánticas: Representadas fundamentalmente por la Terapia Racional Emotiva (R.E.T) de Ellis y la Terapia cognitiva (C.T) de Beck. En el capítulo 2 de esta obra se recogen sus premisas básicas.

2. Teoría del aprendizaje social (Teoría socio-cognitiva): Representada sobre todo por Bandura (1984, 1990) . Su teoría trata de conjugar la importancia de los factores ambientales (conductismo) y personales (cognitivismo) en la determinación de la conducta en el contexto del aprendizaje social.

La TCC (terapia cognitivo-conductual), está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual sin desatender exploraciones del pasado que pueden ayudar a conocer y entender la historia de aprendizaje de la persona que acude a consulta.

El énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Aunque encontrar la razón del problema o malestar puede tranquilizar a la persona que busca ayuda y motivar su cambio, además de proporcionar al terapeuta una visión más precisa de la adquisición y mantenimiento del problema, las investigaciones indican que el explorar expresamente el pasado y conocer cuáles son los motivos para que algo ocurra no se relaciona necesariamente con identificar la solución y no es suficiente para producir un cambio (Fernández J. L. 2003).

Fernández J. L., describe los pasos a seguir en la terapia cognitivo-conductual para el estrés, pone énfasis en la evaluación continuada y rigurosa del proceso terapéutico, midiendo los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y sistemas de auto-evaluación con los que se evalúan el estado inicial del estrés y los cambios progresivos en el problema. Esta medición se repite periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea objetiva del cambio obtenido.

La terapia cognitivo-conductual, cuida la relación terapeuta-paciente, bajo un marco de colaboración y enriquecimiento mutuo. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común, definen objetivos concretos y cómo y cuándo conseguirlos.

Dado que este tipo de terapia busca lograr autocontrol enfatiza el aprendizaje de nuevos repertorios de comportamiento, el entrenamiento en resolución de problemas, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones; ayuda a bajar el nivel de estrés en el paciente (Beck , 1976). Por lo tanto, fomenta la independencia del paciente.

Por ultimo, el trabajo cognitivo-conductual tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Se ha comprobado que los pacientes que trabajan con esta terapia tienen un considerable manejo del estrés, siendo los resultados satisfactorios para el paciente y el terapeuta. Los muchos estudios realizados comprueban su eficacia. Es decir, más que simplemente decir que funciona, esta comprobado que la TCC funciona (Harrison, 1984)

Entre 1950 y 1970, dio origen a los procedimientos conductuales. El segundo, desde 1960 hasta 1980, vio surgir con fuerza a las terapias



cognitivas. Desde ahí en adelante, el modelo se ha constituido definitivamente como cognitivo y conductual en casi todo el mundo occidental.

En su obra "Mas allá de la terapia de conducta" (Lazarus, 1971) plantea la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (sobre la base de las expectativas, necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de casos. Las modificaciones que hace a la terapia de conducta darían lugar a la llamada terapia multimodal.

Slaikeu (1988) resume cinco áreas de la teoría de Lazarus:

-Cognitiva: Auto diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales.

-Afectos: Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. Que conductas presentan el sujeto cuando experimenta esas emociones.

-Somático: Sensaciones placenteras y displacenteras experimentadas. Medicamentos, drogas consumidas. Enfermedades físicas relevantes pasadas y actuales. Dieta, ejercicio y alimentación. Relación con las otras modalidades.

-Interpersonal: Estilo de relación con otras personas. Problemas relacionales en el ámbito de pareja, familia, trabajo, etc. Habilidades sociales y asertividad. Como afectan y es afectado el paciente por esas relaciones. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

-Conducta: Actividades y conductas manifiestas. Habilidades o actividades que desearía incrementar. Hábitos o actividades que desearía reducir. Habilidades o carencias conductuales. Gama de actividades agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

Bandura (1984) clasifica los procedimientos terapéuticos en función del grado en que pueden lograr modificaciones en las expectativas de auto-eficacia: los menos potentes para producir estas modificaciones serían los procedimientos de persuasión verbal (interpretativos, sugerencias, debate verbal, etc.), algo más eficaces serían los procedimientos basados en producir activación emocional (exposición, desensibilización); y los más eficaces serían los procedimientos basados en el aprendizaje vicario (modelado), y sobre todo los basados en el logro de ejecución ( ensayo real de conducta, etc.).

### **3. RENDIMIENTO ACADÉMICO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO EMOCIONAL**

“Entre los animales es comer o ser comido,  
entre los seres humanos, definir o ser definido”  
Thomas Szasz

Una visión nueva de la educación debe ser capaz de hacer realidad las posibilidades intelectuales, afectivas, éticas y estéticas, que garanticen el progreso de la condición humana, que promueva un nuevo tipo de ser humano capaz de ejercer su derecho a un desarrollo justo y equitativo, que interactúe en convivencia con sus semejantes y con el mundo, y que participe activamente de la preservación de sus recursos (Quijano, M. 2002).

Bajo este contexto, la misión de las instituciones educativas, específicamente la Universidad, aparte de ser un escenario de práctica e ilustración, también se constituye en un escenario de interacción y formación social para muchos estudiantes. Además de formar profesionales y ciudadanos cultos, las universidades tienen un nuevo reto, ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables para toda la sociedad en general (Ortigoza, J. 2000).

Pozo (2002) afirma que todos los aprendizajes explícitos suponen una cierta cantidad de esfuerzo que requiere una buena dosis de motivación. Las metas del aprendizaje evocan diferentes escenarios mentales en los alumnos que hacen que tengan actitudes positivas o negativas hacia el estudio.

Otros factores adicionales que influyen pueden ser psicológicos o emocionales como ansiedad o depresión, manifestados como

nerviosismo, falta o exceso de sueño, incapacidad para concentrarse, apatía y, en casos extremos, depresión profunda y la afectación de otros factores no cognitivos como las finanzas, la comodidad, el transporte, la cultura o la práctica de deporte (Bello de Leonel, 1996).

Investigaciones como la de Castellanos Noda (2003), han mostrado un aumento en el rendimiento académico gracias a la elaboración y la obtención de conocimientos socializados; según Castellanos “en grupo no sólo se logran aprendizajes significativos sino que el individuo se enriquece como persona; su experiencia se hace más rica y diversa al compartirla con otros, al intercambiar puntos de vista, criterios, evaluando, reestructurando constantemente o consolidando sus esquemas”; dicho proceso se realiza resaltando un sentido de pertenencia y un buen ambiente psicológico.

Los diagnósticos del pobre desempeño académico apuntan a problemas de insuficiencia cognitiva, entre ellos deficiente formación en la enseñanza media para acceder a estudios superiores; niveles de conocimiento inadecuados a las exigencias universitarias; desarrollo ineficiente de actitudes especiales acordes al tipo de carrera elegida; falta de estrategias y métodos de estudio o técnicas de trabajo intelectual, entre otros (Jesús, R. 2005).

No está comprobado científicamente que el alto rendimiento académico exigido por las universidades sea causal de los problemas de salud mental que padecen algunos universitarios. Esta correspondencia ha sido verificada en algunos casos de estrés, pero generalmente, los problemas están relacionadas significativamente, por ejemplo, la depresión con problemas familiares o de pareja, la ansiedad con la falta de habilidades sociales, o el consumo de sustancias psicoactivas con el alcohol (Ortigoza, 2000).

El estudio titulado 'Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina', realizado por estudiantes y profesores de la Universidad de Manizales (Duran O., Escobar A., Monrroy C., 2006), indica que "el estrés de los estudiantes de Medicina está relacionado con la depresión, el consumo de alcohol y la función familiar, según muestran los datos obtenidos, constituyéndose entonces estos factores aparentemente como influyentes en el rendimiento académico, a través de su incidencia en el estrés".

Por otro lado, no se puede asegurar que existe relación causa efecto, entre los trastornos de salud mental que padecen los estudiantes con la deserción que se presenta, porque no hay suficientes estudios que así lo demuestren. "A primera instancia, pareciera que no existe una relación, por lo menos directa entre ambas, pero los factores psicológicos antes mencionados, seguramente son factores influyentes (no determinantes) en la toma de decisión del estudiante de desertar de la Universidad", (C. A. Ramírez, 2006).

Uno de los factores que influyen en el rendimiento académico es la carrera que cursa el estudiante en el nivel de licenciatura, por una parte, Astudillo (2001), afirma que la carrera no influye en la presencia del estrés, mientras que Marty (2005), sostiene que los estudiantes de medicina tienen más estrés que el resto de las carreras y que los de psicología son los que presentan menor estrés.

Por su parte, Barraza (2003) afirma que el tipo de maestría que se estudia no influye en el nivel de estrés que se auto-percibe, en los estresores que lo causan, en los síntomas que indican su presencia o en las estrategias que se utilizan para afrontarlo. En el caso específico de los estilos de afrontamiento, Martín (1997), afirma que existen diferencias significativas según la carrera que se cursa y el estilo de afrontamiento.

El grado o semestre que se cursa en el nivel de licenciatura, se observa una tendencia a una mayor presencia del estrés en los primeros semestres (Celis 2001; Mancipe 2005; Marty 2005; Polo 1996; y Rosales 2003). En el caso de los alumnos de postgrado, el semestre que cursan no influye en el nivel de estrés que auto-perciben, en los estresores que lo causan, en los síntomas que indican su presencia o en las estrategias que se realizan para afrontarlo (Barraza, 2003).

En relación con las estrategias de afrontamiento, se observa una tendencia de los alumnos de primer año a utilizar más las estrategias de negación, control emocional y distanciamiento, que el resto de los cursos, mientras que con relación a los estilos de afrontamiento, los primeros cursos tienen la media más alta en el método evitación y huida de sus consecuencias. Por otro lado, las asignaturas que producen mayor estrés entre los alumnos son biología, anatomía, matemáticas y física matemática (Ramírez 2003, Campos 2005).

El tiempo dedicado al estudio (Casero, 1998) y los altos niveles de exigencia (Huaquín y Loaiza, 2004). En lo que respecta al afrontamiento, Massone y González (2003) reportan correlaciones, tanto positivas como negativas, de diferentes estrategias de afrontamiento con el rendimiento académico, mientras que Chávez (2004) concluye que la capacitación en el uso de estrategias de afrontamiento mejora el desempeño académico de los estudiantes universitarios.

La planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento focalizado al problema y afrontamientos adaptativo, y negativamente relacionado con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos; centrarse en las emociones y desahogarse, negación, distanciamiento conductual y mental, consumo de alcohol y drogas y afrontamiento desadaptativo (Chico, 2002).

Las investigaciones permiten afirmar que el estilo y las estrategias dirigidos a la resolución del problema se relacionan con un alto bienestar, mientras el estilo improductivo se relaciona con un bajo bienestar (González et. al. 2002; y Viñas y Caparrós, 2000).

Por otro lado, Núñez (2001) explica el estrés y la ansiedad producida ante los exámenes, como la combinación de rasgos que conduce a una personalidad sensible, emocional y tendente a experimentar sentimientos de culpa que además está orientada hacia la valoración de lo estético, artístico y preocupada por mantener cierto estilo de vida. Dice que, la reactividad ante estresores nuevos depende más de aspectos circunstanciales que del estrés cotidiano que queda mejor explicado por los rasgos de personalidad.

En relación a las emociones, los resultados de las investigaciones realizadas para la relación de el rendimiento académico con el ansiedad, depresión y estrés, van desde la aceptación de la relación (Arias, 1999; y García, 2001), hasta la afirmación de la existencia de una relación directa, lo que permite afirmar que los estudiantes más estresados son los que sacan mejores calificaciones (Pérez 2003).

La última investigación de Pérez (2003), reporta que los alumnos que obtienen unas calificaciones académicas más altas son los que muestran una sobreactivación a nivel motor (por ejemplo, "comerse las uñas"), cognitivo (por ejemplo, "sentir que falta la respiración sin haber hecho un esfuerzo excesivo") y fisiológico (por ejemplo, "sudar sin razón aparente").

Román y Hernández (2005), obtienen resultados que concluyen una relación inversa entre vulnerabilidad al estrés y rendimiento académico, de tal manera que esta predisposición al estrés, puede constituirse en elemento predictor de resultados académicos no satisfactorios en el proceso de enseñanza aprendizaje.

El tiempo dedicado al estudio (Casero, 1998) y los altos niveles de exigencia (Huaquín y Loaiza, 2004). En lo que respecta al afrontamiento, Massone y González (2003) reportan correlaciones, tanto positivas como negativas, de diferentes estrategias de afrontamiento con el rendimiento académico, mientras que Chávez (2004) concluye que la capacitación en el uso de estrategias de afrontamiento mejora el desempeño académico de los estudiantes universitarios.

Vaillant (1972), dice que los profesionales médicos padecen altos índices de enfermedad psiquiátrica, pudiendo originarse los problemas en la Facultad de Medicina siendo identificados con posterioridad, de hecho Bjorksten O, (1983), encontró que los estudiantes de medicina tenían el mismo espectro de problemas que estudiantes de otras facultades pero eran más afectados psicológicamente que el resto.

Autores como Rosal, (1997), establecen que antes de entrar a la escuela de medicina, el estatus emocional de los estudiantes se parece al de la población general. Sin embargo el aumento en los niveles de depresión y su persistencia en el tiempo sugieren que el descontrol emocional en la Escuela de Medicina es crónica en vez de ser episódica.

Guthrie (1995), Rosal (1997), señalan como una de las principales causas del agotamiento mental y nervioso, el estilo de exigencias muy comunes a lo largo de los estudios de medicina. Es evidente que al exceso de trabajo se añaden elementos emotivos que acentúan el agotamiento. Los estudios de Helmers KF,(1997), señalan que una situación en la cual la depresión y el estrés son particularmente importantes es en la transición del entrenamiento básico teórico al entrenamiento clínico en la Escuela de Medicina.

La infinidad de aspectos que afectan el desempeño académico de los estudiantes que ingresan a una institución de nivel superior, probablemente



tienen no solo influencias externas como entorno familiar, amigos, habilidades personales entre otros, sino que también juega un papel fundamental la salud mental, comprendiendo dentro de ella alteraciones psicológicas, vocación, crisis de identidad, baja autoestima, así como también sus expectativas de realización personal, la aptitud o la motivación, entre otros factores.

## 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunas investigaciones realizadas con estudiantes universitarios, para analizar la relación entre el rendimiento académico y la ansiedad, depresión y estrés, se encontró que existe una relación directa ya que se ven modificados su rendimiento en algunos casos mejora su desempeño y en otros baja, pero en todos existe una relación. (Pérez , 2003).

En el caso específico de los profesionales médicos, Vaillant (1972), dice que padecen altos índices de enfermedades psiquiátricas, pudiendo originarse en la Facultad y que son identificados con posterioridad, de hecho Bjorksten O, (1983), encontró que los estudiantes de medicina tenían el mismo espectro de problemas que estudiantes de otras facultades pero eran más afectados psicológicamente que el resto.

La problemática también puede ser observada en la matrícula de estudiantes inscritos en las 6 carreras que se imparten en la FES Iztacala UNAM, ésta es superior a 10,000 alumnos, y su aprovechamiento académico está siendo preocupante ya que como lo demuestran los índices de reprobación, aproximadamente una cuarta parte de los estudiantes en el primer semestre de las carreras, reprueba cuando menos un módulo en los exámenes ordinarios, índice que se incrementa a más de la mitad en exámenes extraordinarios (Ortigoza 2010).

Para ubicar con más precisión este fenómeno, se cita el caso de la Carrera de Médico Cirujano, en donde en el periodo 2009-2, el porcentaje de reprobados en los dos primeros años fue de 13.39%, en tanto que en los extraordinarios alcanzó el 69.60%.(Sánchez J.2010).

Los módulos con mayor índice son los de sistemas nervioso, endocrino, digestivo y nervioso, que como se sabe están vinculados con problemas

médicos de elevada morbilidad y por tanto trascendentes desde el punto de vista de la práctica profesional (Ortigoza 2010).

Aunque este comportamiento se modifico notablemente en los módulos de clínica integral, en el examen profesional se vuelve a presentar, ya que el 30% de los sustentantes no lo acreditan, dando lugar a globos de retención que afectan negativamente la eficiencia terminal de la carrera.

Para atender este problema se han establecido diversos programas y estrategias dirigidas a reforzar la formación de los alumnos en materias básicas, propiciar sus procesos cognitivos e incrementar el desarrollo de habilidades personales, pero dichas medidas han sido parciales (Jesús, R. 2005), porque están enfocadas fundamentalmente a reforzar la adquisición de conocimientos y hábitos de estudio, sin tomar en cuenta que el rendimiento escolar tiene un origen multifactorial, de carácter individual, institucional, social y económico (Flores, O y Morales, R 2006).

Por todo lo anterior es importante no solo preocuparse sino ocuparse de esta problemática, por lo que se considera que esta investigación podrá contribuir en la investigación de cómo influyen las emociones en el rendimiento académico, y poder aportar datos que puedan colaborar.

De acuerdo con lo expresado anteriormente, el objeto de estudio, es definir la correlación que existe entre los factores emocionales (ansiedad, depresión y estrés), de los alumnos de nuevo ingreso de la carrera de Medico Cirujano (sujeto de estudio), y su rendimiento académico (promedio actual), además de analizar su estado de salud para confirmar los niveles de ansiedad, depresión y estrés, como manifestación de los trastornos emocionales.

## 5. JUSTIFICACION

El rendimiento académico involucra una gran diversidad de líneas de estudio, lo que permite no solo comprender su complejidad sino su importancia dentro del evento educativo. Los datos que proporciona la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES 2009), revelan que a nivel nacional los alumnos que concluyen el nivel primaria son de 86.5%, en secundaria 76.1%, en profesional técnico de 43.7%, en bachillerato de 58.9% y a nivel licenciatura es el 50%, de cada 100 alumnos que comienzan una carrera a nivel licenciatura 60 terminan en un plazo de 5 años y solamente 20 de estos obtienen el grado (12%).

Debido a las exigencias específicas de los estudiantes Universitarios, numerosos estudios de investigación han tenido como objeto, valorar la salud mental y la presencia de patologías psicológicas en dicha población estudiantil (Gotlib (1984); Lloyd y Gastrell (1984); Hays (1986); Zoccolillo(1986); Henry (1989); Surtess y Miller (1990)). Algunos de estos estudios han puesto de manifiesto una significativa prevalencia de enfermedad psiquiátrica en los universitarios, especialmente en los estudiantes de medicina destacando principalmente los trastornos de ansiedad y depresión (Kris (1986)).

Los problemas de salud mental representan el 8% del total de pérdida de años de calidad de vida, de tal forma que para las personas entre 15 y 44 años que viven en países con economías desarrolladas, las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el 12% del total de enfermedades.

Entre un 35,5% y un 50,3% de los casos severos de trastorno mental en los países desarrollados y hasta entre un 76,3% y un 85,4%, en los países subdesarrollados, no han recibido atención. Los trastornos más

prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, depresión y estrés, seguidos por los trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Datos estadísticos de diversos estudios muestran que, al igual que ocurre con los trastornos de ansiedad y depresión, la incidencia del estrés en la población mundial ha aumentado en los últimos años. Un estudio reciente de las Naciones Unidas denominó al estrés como “La enfermedad del siglo XX”. En la misma línea, la OMS la define como una “Epidemia Mundial” (2011).

Las previsiones de la Organización Mundial de la Salud estiman que para el año 2020 la depresión, ansiedad y estrés constituirán la tercera causa de morbilidad al lado de las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico, y será la primera causa de incapacidad.

Aunado a lo anterior, el 30% de los pacientes diagnosticados con depresión experimentan una recaída dentro de los tres meses siguientes a la recuperación y en ausencia de continuidad en el mantenimiento del tratamiento, cerca del 50% experimenta un episodio depresivo intenso dentro de los dos años siguientes. Por otro lado, el 14% de las personas que viven en países desarrollados padecen trastornos de ansiedad, identificados entre los 25-44 años de edad, que representa un sector amplio de la población (OMS, 2011).

Algo muy importante que establece Rosal, (1997), es que, antes de entrar a la escuela de medicina, el estatus emocional de los estudiantes se parece al de la población general. Sin embargo el aumento en los niveles de depresión y su persistencia en el tiempo sugieren que el descontrol emocional en la Escuela de Medicina es crónica en vez de ser episódica, es decir que se va generando un estado cotidiano y no pasa, sino que, se queda con ellos.

Otras de las principales causas del agotamiento mental y nerviosismo, es el estilo de exigencias muy comunes a lo largo de los estudios de medicina. Es evidente que al exceso de trabajo se añaden elementos emotivos que acentúan el agotamiento. La depresión, la ansiedad y el estrés son particularmente importantes es en la transición del entrenamiento básico teórico al entrenamiento clínico en la Escuela de Medicina (Helmers KF,1997).

Las emociones representan un problema importante para quienes desempeñan una profesión en el área de la salud o están en formación; algunos se convierten en adictos al trabajo o al estudio, lo que obviamente genera más ansiedad y estrés que es provocado por la actividad que se está realizando; los estudiantes de medicina que posteriormente van a atender a otras personas, deberían evaluarse desde sus inicios, debido a que esta en sus manos muchas veces la vida de otras personas.

Dado lo anterior, es de suma importancia investigar y analizar los agentes que generan problemáticas que están presentes en los alumnos de nuevo ingreso de la carrera de Médico Cirujano ya que los datos que existen son: que en los últimos 5 años del 67% al 70% de los estudiantes tuvo un índice de reprobación en alguno de los módulos, mientras la mayor parte de la generación intermedia está conformada por estudiantes rezagados. (Vázquez, 2008).

Para ubicar con más precisión este fenómeno, se cita el caso de la Carrera de Médico Cirujano, en donde en el periodo 2009-2, el porcentaje de reprobados en los dos primeros años fue de 13.39%, en tanto que en los extraordinarios alcanzó el 69.60%.(Sánchez J.2010).

En el mismo plano en el Examen Nacional de Residencias Médicas del año 2008 fueron seleccionados 42.5% de los egresados de la Facultad de

Estudios Superiores Iztacala, sin embargo, en el año 2002 sólo fue aceptado el 14.73%, lo cual indica que existe una problemática en el rendimiento académico de los estudiantes. (Armendáriz, 2009).

En el mismo plano en el Examen Nacional de Residencias Médicas del año 2008 fueron seleccionados 42.5% de los egresados de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, sin embargo, en el año 2002 sólo fue aceptado el 14.73%, lo cual indica que existe una problemática en el rendimiento académico de los estudiantes. (Armendáriz, 2009).

Para la psicología, las emociones son una parte muy importante de todo ser humano, ya que determina su salud mental y como se relacionará con su medio, por ello, es importante identificar cuales son las causas emocionales que pueden provocar un bajo el rendimiento escolar de los estudiantes de nivel universitario y concretamente de la facultad de medicina, para establecer programas que faciliten emocionalmente, este periodo académico y proporcionar estrategias que den a los alumnos, las habilidades necesarias para afrontar el proceso demandante que implica la universidad.

## 6. METODO

### **OBJETIVO GENERAL:**

Definir la relación que existe entre el rendimiento académico y el estado emocional de los alumnos de la carrera de médico cirujano

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Evaluar el grado de ansiedad, depresión y estrés, de los alumnos de tercer semestre de la carrera de medico cirujano.

Investigar la correlación que existe entre los resultados de los instrumentos de evaluación y los promedios de los alumnos, para determinar su influencia.

Valorar las manifestaciones fisiológicas que puedan indicar una manifestación de ansiedad, depresión y estrés, para confirmar los resultados del test Hamilton

### **HIPÓTESIS:**

Existe una correlación positiva, entre el estado emocional y el rendimiento académico de los alumnos de tercer semestre de la carrera de medico cirujano

### **MÉTODO:**

El método utilizado debido a las necesidades de la presente investigación, es el método correlacional  $r$  de Pearson, ya que éste, se utiliza para investigar la relación existente entre ciertas características y las variables conductuales sin que haya necesidad de manipular o cambiar una variable. Por medio de este método se puede identificar las relaciones que existen



entre dos o más variables, sin que se necesite saber exactamente la causa de ellas (Karabinus,1975).

#### POBLACIÓN:

Participaron 280 estudiantes que cursan el tercer semestre de la carrera de medico cirujano, de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio y de una edad de entre 18 y 21 años.

#### INSTRUMENTOS:

Un test es una serie de reactivos que sirven para determinar algo específico en un estudio, en este caso se uso un test que evalúa el nivel de ansiedad, depresión y estrés.

1. En la presente investigación, se aplico a los participantes el test estado emocional actual Hamilton (1967), el cual evalúa los niveles de ansiedad, depresión y estrés, como parte del estado emocional de los alumnos participantes; consta de 3 escalas, una para cada uno de los trastornos, se compone de 21 items, para las escalas de evaluación de ansiedad y depresión, con 5 opciones a elegir, y de 21 items, para la escala de evaluación de estrés, con 4 opciones a elegir y que puede ser contestado sin limite de tiempo

Los cuestionarios son una técnica de apoyo o complemento a la investigación, se componen de un numero variable de preguntas cerradas, semicerradas o abiertas, según el tipo de respuesta que se necesiten del sujeto estudiado, en este caso se uso un cuestionario con preguntas serradas.

2. Se aplico el cuestionario de Evaluación Integral del Rendimiento Académico para el nivel superior (Flores, Morales, Sánchez, et al. 2005),

que tiene por objetivo valorar las áreas biológica, psicológica, pedagógica, social y ambiental que intervienen en el rendimiento académico del alumno, consta de 13 apartados que hacen un total de 129 preguntas cerradas, con 2, 3 y 4 opciones a tachar y que puede ser contestadas sin límite de tiempo. Para los fines de este estudio sólo se consideró la unidad de salud.

#### PROCEDIMIENTO:

Para cumplir con la finalidad de la investigación, se organizó en seis etapas, las cuales se describirán a continuación de forma detallada:

##### 1. Organización de la investigación:

En esta etapa se formó el grupo de investigación, se planeó la organización del equipo en actividades y tareas, se elaboró la definición de las categorías a nivel biológico, Psicológico, Pedagógico, social y ambiental, y se hizo la selección y construcción de los instrumentos de evaluación.

##### 2. Contacto institucional:

Para poder trabajar con los alumnos de la FES Iztacala, y en sus instalaciones, los coordinadores del proyecto solicitaron los permisos correspondientes a los directivos de carrera, los cuales fueron otorgados, por lo que, se pasó a la siguiente etapa.

##### 3. Selección de los grupos:

A los alumnos de tercer semestre de la carrera de Médico Cirujano se les

invito a participar en la investigación, se fijaron las fechas de aplicación de los instrumentos los cuales fueron aplicados de forma grupal y en las aulas de la facultad, también se acordó que se les entregarían los resultados individuales a todos los que estuvieran interesados en conocerlos.

#### 4. Aplicación:

Para lograr el objetivo de la presente investigación, se organizo la aplicación y evaluación a lo largo de una semana, y se distribuyo en tres fases.

Primera fase : se organizó a la población por grupos, se les asignaron salones y un coordinador con 2 colaboradores para la aplicación de los instrumentos, así como los materiales necesarios, la aplicación a cada grupo se organizo por diferentes días a lo largo de una semana.

Segunda fase: el primer instrumento aplicado fue la evaluación integral del rendimiento académico para nivel superior, se les explico las instrucciones de llenado y que no tenían un limite de tiempo para contestar una vez que no hubieron dudas, se les entrego el cuestionario y al terminar fueron entregándolo a los aplicadores y fueron saliendo del salón, por ultimo se les recordó la hora y lugar de aplicación del siguiente instrumento

Tercera fase: el segundo instrumento a aplicar fue el test Hamilton, se les explicaron las instrucciones de llenado, los materiales a usar y que no tenían limite de tiempo para contestar, una vez que se despejaron dudas se entregó el test e inicio la aplicación, al terminar se entrego a los aplicadores y se retiraron del salón, por ultimo se les recordó que se les harían llegar de forma personal los resultados, si ellos estaban interesados en obtenerlos.

#### 5. Entrega de resultados:

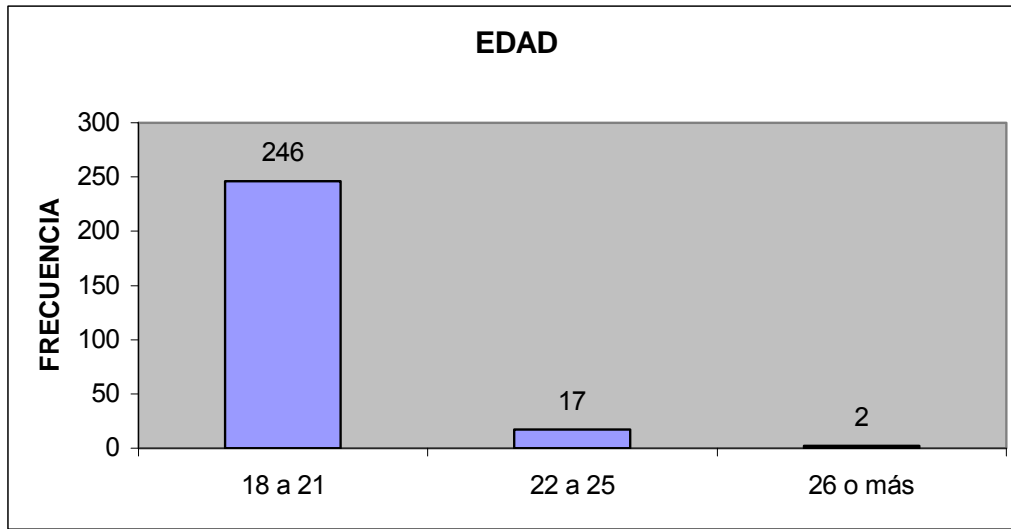
Después de que se aplicaron los instrumentos, se realizaron los perfiles con los resultados, y a cada participante se le entregaron por escrito, se les diseñó una guía de tratamiento y se les invitó a los alumnos a que acudieran a atención psicológica u otras áreas de la salud según sus necesidades e intereses, recurriendo a los diferentes programas que existen en la FES Iztacala UNAM.

## 7. RESULTADOS

A continuación se presentara la correlación entre el rendimiento académico y el estado emocional de los alumnos de Medico Cirujano. Siguiendo el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson. La cual se califica con la magnitud de relación, que puede ir desde una “correlación positiva o perfecta”, con una  $r$  de 0.8 o más, una “correlación moderada con una  $r$  aproximadamente de 0.5, y una “correlación negativa o no perfecta” con un coeficiente de correlación de 0.3 o menos, así una  $r$  de 0.00 es casi nula. También se analizaron ocho categorías del apartado estado de salud, obtenidas del cuestionario de Evaluación Integral del Rendimiento Académico para el nivel superior, que tiene por objetivo valorar entre otras, el área biológica, esto, para analizar algunas manifestaciones fisiológicas que pudieran indicar ansiedad, depresión o estrés, corroborando los resultados del test Hamilton

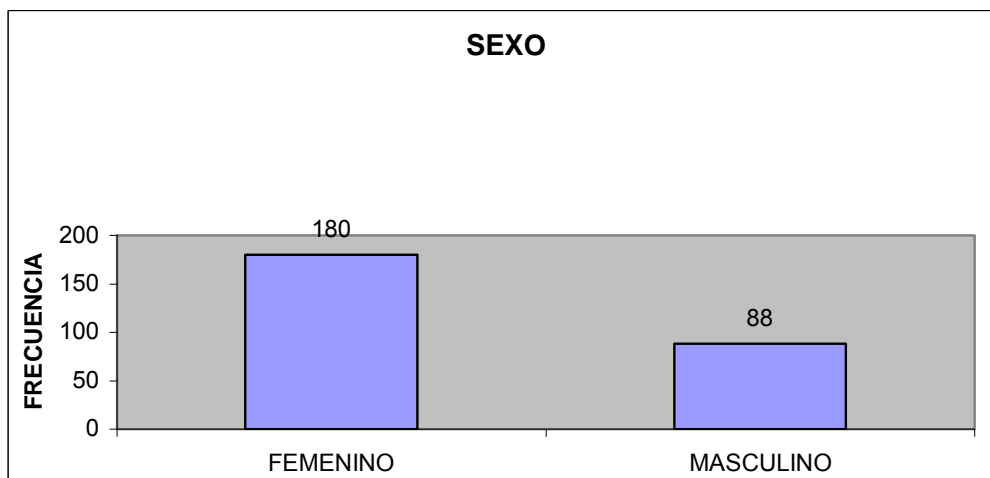
### I. Características generales de la población:

Se dará inicio con los resultados, describiendo las características generales de la población como edad, sexo y nivel socioeconómico. La edad se encuentra dividida en tres rangos, que van desde los 18 a 21, de 22 a 25 y de 26 años en adelante. Los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 246 alumnos (87.9%), tiene una edad de entre 18 y 21 años, como se observa en el grafico 1.



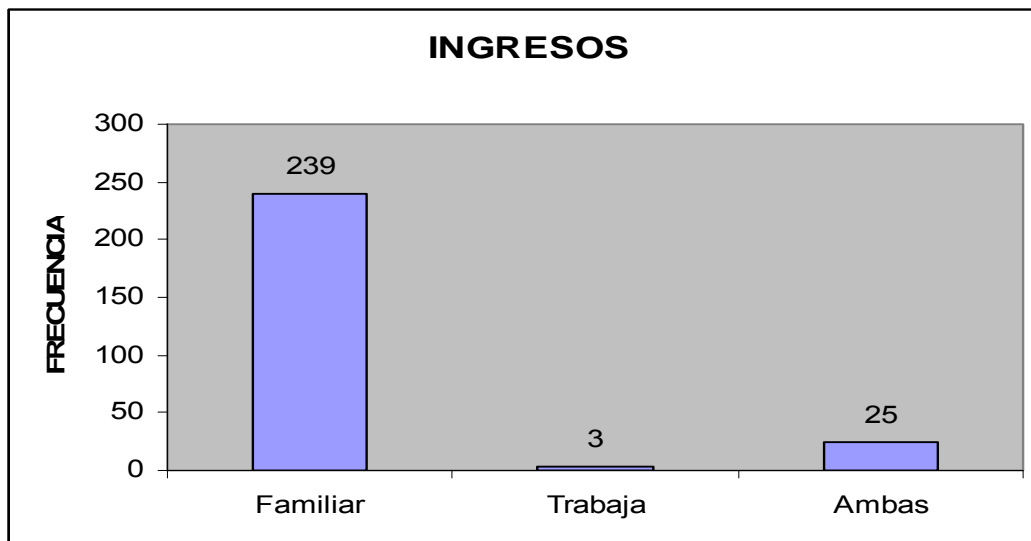
**Grafico 1.** Muestra que 246 alumnos tienen entre 18 a 21 años de edad, lo cual representa el 87.9%, 17 tienen entre 22 a 25 años, que es el 6.1% y 2 tienen de 26 años en adelante con un porcentaje de 0.7%.

El sexo de la población, se registro como Femenino y Masculino y los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 180 alumnos (64.3%), son mujeres, como se observa en el grafico 2.



**Grafico 2.** Muestra que 180 alumnos son mujeres, con un porcentaje de 64.3% y 88 son hombres, con 31.4%.

Por otra parte, el nivel socioeconómico se determinó por los ingresos que percibían los alumnos, ya sea familiares, trabajo o ambos. Los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 239 alumnos (85.4%), reciben un ingreso familiar por lo cual no tienen que trabajar y los pone en un nivel socioeconómico medio, como se observa en el gráfico 3.

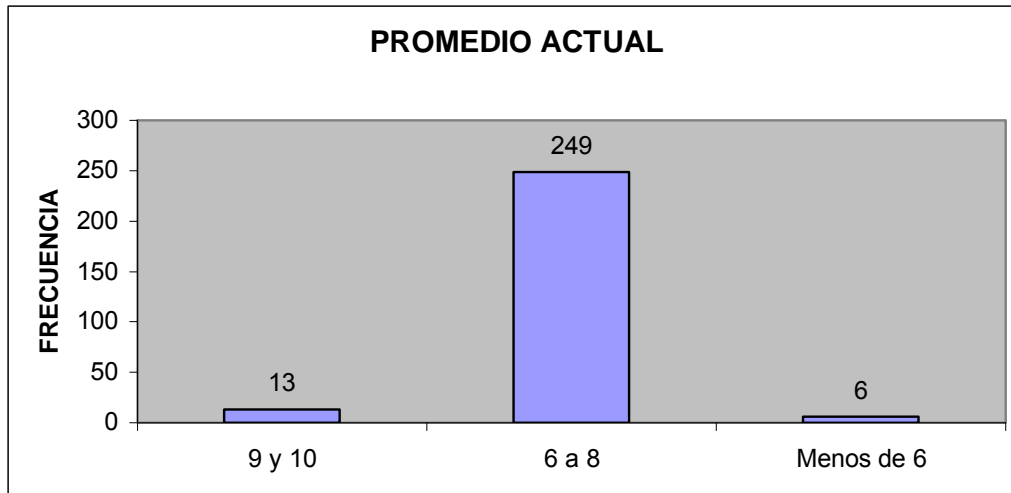


**Gráfico 3.** Muestra que 239 alumnos, que representa el 85.4%, perciben un ingreso familiar; 3 trabajan, que son 1.1% y 25 trabajan y reciben ingresos familiares, estos hacen el 8.9% de la población.

## II. Promedio actual y estado emocional de la población general

Promedio actual:

El rendimiento académico representado con el promedio actual de los alumnos, se dividió en tres rangos que van desde un promedio de 10 y 9 (alto), 6, 7 y 8 (medio) y menos de 6 (bajo). Los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 249 alumnos (88.9%), tiene un promedio de 6 a 8 que representa un rango medio, como se observa en el gráfico 4.



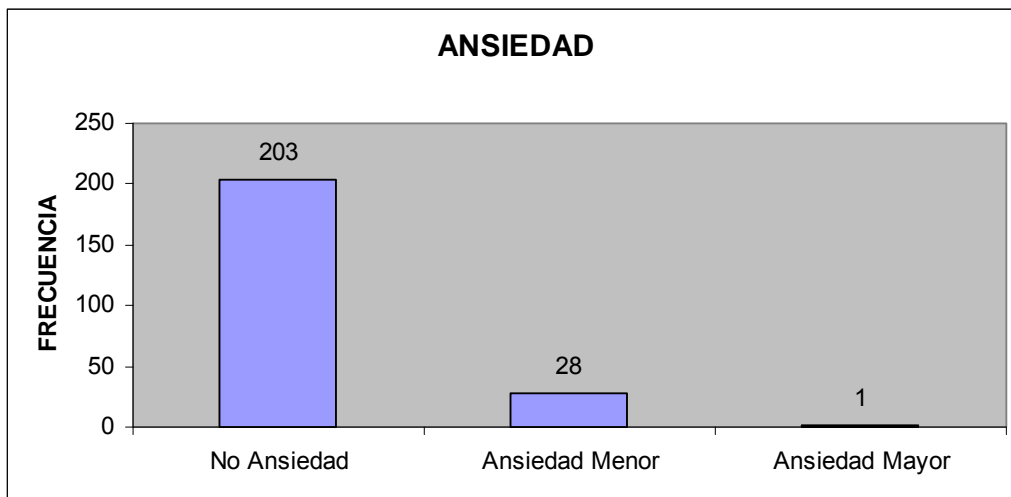
**Grafico 4.** Muestra que 13 alumnos tienen un promedio de 10 y 9 (alto) lo cual, representa un porcentaje del 4.6%; 249 alumnos con un porcentaje de 88.9% tienen un promedio de 6, 7 y 8 (medio) y 6 alumnos, tienen un promedio de menos de 6 (bajo) que es el 2.1%.

Estado emocional:

El estado emocional representado por los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los alumnos participantes, se califico según los rangos del test Hamilton.

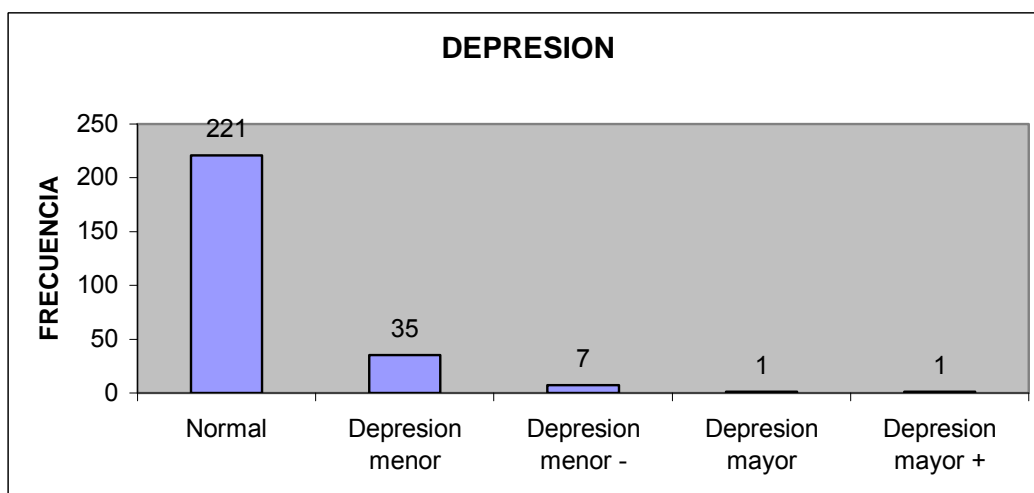
La ansiedad se dividió en tres niveles que van desde no ansiedad, ansiedad menor y ansiedad mayor; los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 203 alumnos y con un porcentaje del 72.5%, no presentan ansiedad como se observa en el grafico 5





**Grafico 5.** Muestra que 203 alumnos, que representa el 72.5% del total de la población, no presentan ansiedad; 28 alumnos que son un 10.0%, tienen ansiedad menor y solamente 1 alumno, con 0.3% presenta ansiedad mayor.

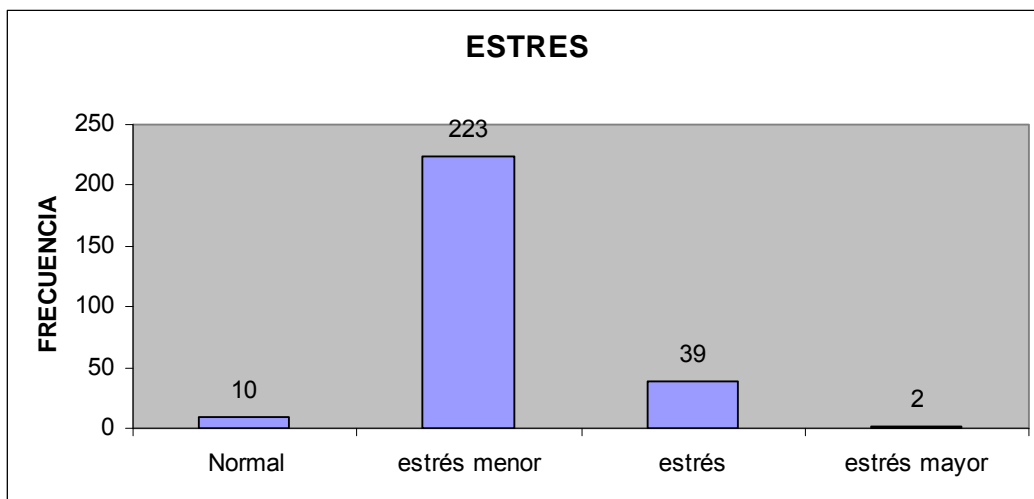
El rango de depresión se divide en cinco niveles que van desde normal, depresión menor, menos que depresión menor; depresión mayor y más que depresión mayor. Los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 221 alumnos con un porcentaje del 78.9%, no presentan depresión, como se observa en el grafico 6.



**Grafico 6.** Muestra que 221 alumnos, que representan el 78.9% del total de la población, se encuentran en un rango de depresión normal; 35 alumnos

que son un 12.5% tienen depresión menor; 7 alumnos con un porcentaje de 2.5% presentan menos que depresión menor, y solamente un alumno tiene depresión mayor y 1 más que depresión mayor, con un porcentaje total del 0.7%.

En el rango de estrés los niveles se dividen en cuatro, que van desde normal, estrés menor, estrés y estrés mayor. Los resultados muestran que la mayoría de la población representada por 223 alumnos y con un porcentaje del 79.6%, presentan estrés menor, como se observa en el gráfico 7.

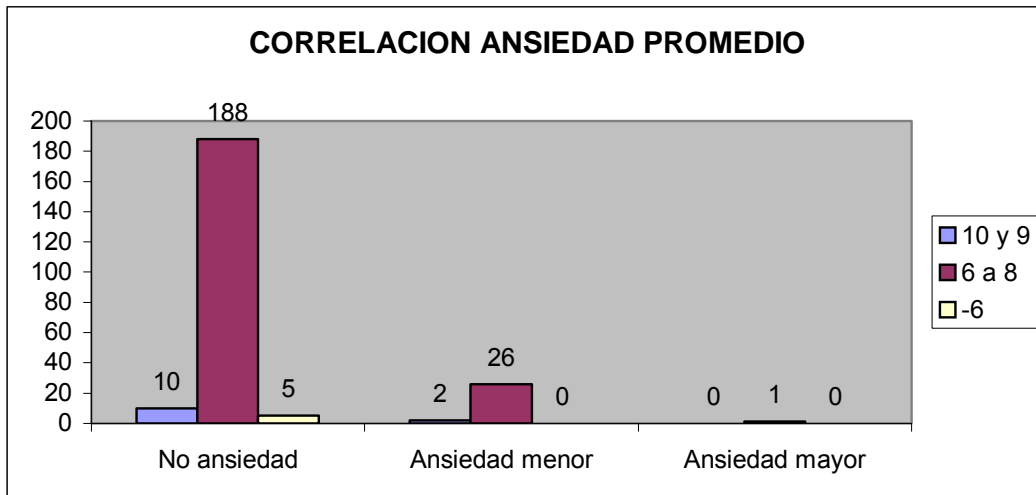


**Gráfico 7.** Muestra que 10 alumnos, que representan el 3.5% del total de la población, presentan estrés normal, 223 alumnos que son un 79.6% tienen estrés menor, 39 alumnos con un porcentaje de 13.9% presentan estrés, y solamente 2 tienen estrés mayor, con un porcentaje del 0.7%.

### III. Estado emocional y su correlación con el promedio actual

Los resultados obtenidos en el análisis de correlación del rango de nivel de ansiedad y promedio actual, se describen a continuación. La mayoría de los

alumnos (188 casos) de la población estudiada, tiene un promedio de 6,7 y 8, y se encuentra en un rango de no ansiedad, como se muestra en el grafico 8.



**Grafico 8.** Muestra que 10 (76.9%) de los alumnos con promedio de 10 y 9, no presentan ansiedad, 2 (15.3%) tienen ansiedad menor y 0 ansiedad mayor; 188 (75.5%) alumnos con promedios de entre 6, 7 y 8, no presentan ansiedad, 26 (10.4%) tienen ansiedad menor y uno ansiedad mayor (0.4%); y por ultimo, 5 (83.3%) de los alumnos que tienen un promedio de menos 6, no tienen ansiedad y ninguno en ansiedad menor o ansiedad mayor.

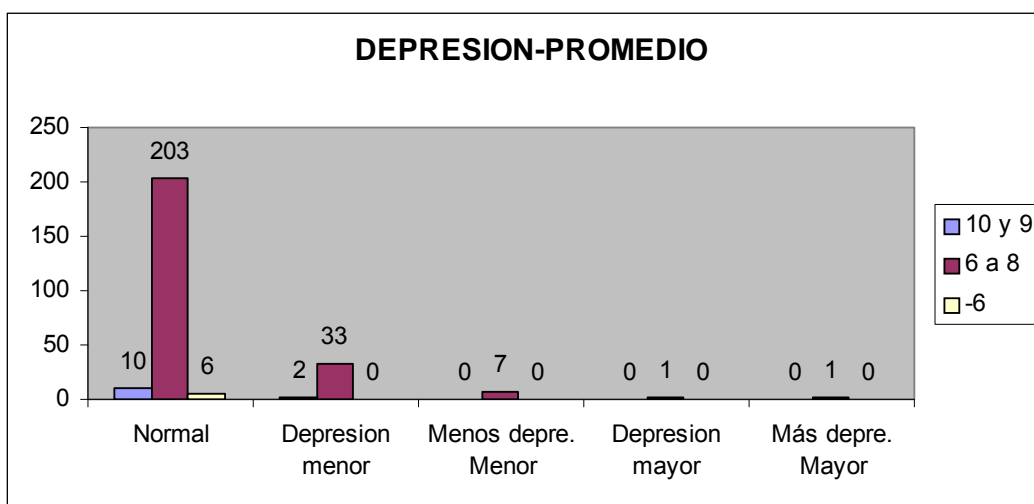
A continuación se describen los resultados del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson, entre las dos categorías de estudio.

La correlación entre el nivel de ansiedad y el promedio de los participantes, no es significativo, ya que se encuentra en una escala de relación moderada con el resultado  $r = -0.05$ . Esto no es suficientemente bajo para ser una relación negativa, se requiere un valor menor que 0.05, por lo que se encuentra basada en la aproximación normal de la ansiedad como se muestra en la tabla 1.

	Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo R de Pearson	-,055	,048	-,837	,404(c)
N de casos válidos	233			

**Tabla 1.** Muestra el coeficiente de correlación entre promedio actual y el nivel de ansiedad, en el que se obtiene un valor r de -0.05.

En los resultados obtenidos del análisis de correlación del rango de nivel de depresión y el promedio actual, se encontró que, la mayoría (203 casos) de la población estudiada, tiene un promedio de 6,7 y 8 y se encuentra en un rango normal de depresión, como se muestra en el gráfico 9.



**Gráfico 9.** Muestra que 10 (76.9%) de los alumnos que tienen un promedio de 10 y 9, se encuentran en un rango normal de depresión y 2 (15.3%) presentan depresión menor; de los alumnos con promedios de 6 a 8, 203 (81.5%) se encuentran en un rango normal, 33 (13.2%) tienen depresión menor, 7 (2.8%) tienen menos que depresión menor; 1 (0.4%) presenta depresión mayor y 1(0.4%), más que depresión mayor; por ultimo 6 (100%) de los alumnos que tienen un promedio de menos 6, tienen un nivel de depresión normal, y 0 en los otros niveles.

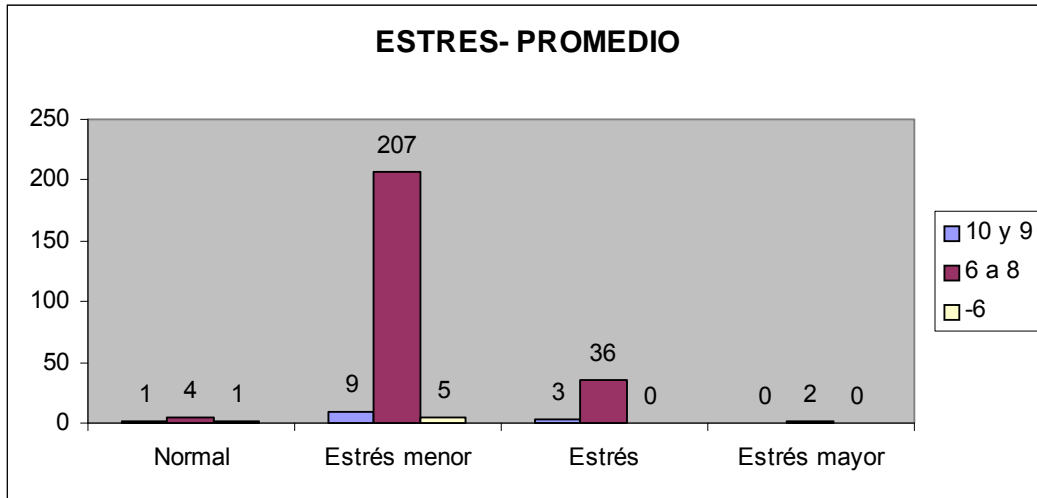
La correlación entre el nivel de depresión y el promedio de los participantes, no es significativo, ya que se encuentra en una escala de relación baja con el resultado  $r = -0.03$ . Esto no es suficientemente bajo para ser una relación negativa significativa, se requiere un valor menor que 0.00, por lo que se encuentra basada en la aproximación de depresión normal como se muestra en la tabla 2.

	Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo R de Pearson por intervalo N de casos válidos	-,037 265	,030	-,597	,551(c)

**Tabla 2.** Muestra el coeficiente de correlación entre promedio actual y el nivel de depresión, en el que se obtiene un valor de  $r$  de  $-0.3$ .

Estrés y promedio actual:

Los resultados obtenidos del análisis de correlación del rango de nivel de estrés y promedio actual, se describen a continuación. La mayoría de los alumnos (207 casos) de la población estudiada, tiene un promedio de 6,7 y 8, y se encuentra en un rango de estrés menor, como se muestra en el gráfico 10.



**Grafico 10.** Muestra que uno (7.6%) de los alumnos que tienen un promedio de 10 y 9, se encuentra en un rango normal de estrés, 9 (69.2%) tienen estrés menor y 3 (23.0%) presentan estrés y 0 en tres mayor; 4 (1.6%) de los alumnos con promedios de entre 6 a 8, se encuentran en un rango normal, 207 (83.1%) tienen estrés menor, 36 (14.4%) presentan estrés y 2 (0.8%) estrés mayor; de los alumnos que tienen un promedio de menos 6, 1 (16.6%) tiene estrés normal y 5 (83.3%) presentan estrés menor.

La correlación entre el nivel de estrés y el promedio de los participantes, no es significativo, ya que se encuentra en una escala de relación moderada con el resultado  $r = -0.27$ . Esto no es suficientemente alto para ser positivo significativo, se requiere un valor mayor que 0.09, por lo que se encuentra basada en la aproximación menor de estrés como se muestra en la tabla 3.

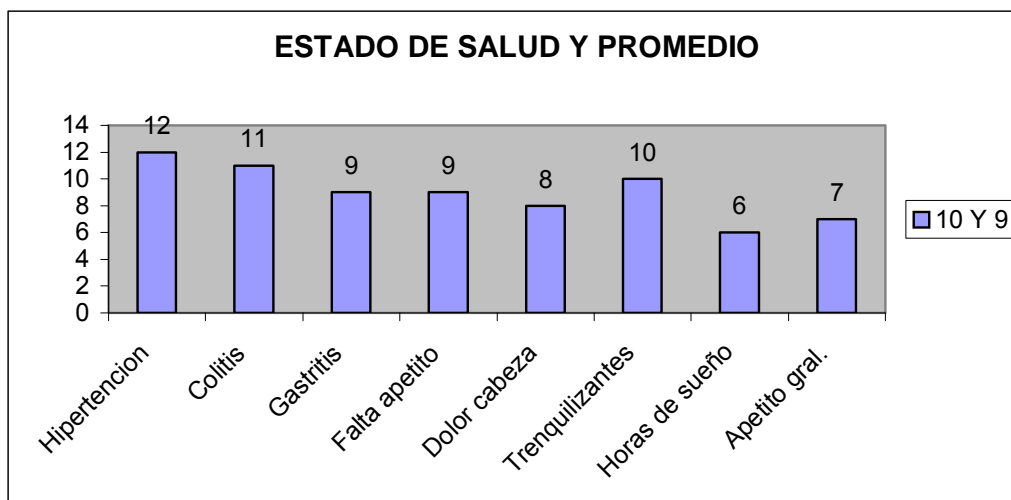
		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Intervalo de	R de Pearson	-,271	,081	-4,636	,000(c)
por intervalo N de casos válidos		274			

**Tabla 3.** Muestra el coeficiente de correlación entre promedio actual y el nivel de estrés, en el que se obtiene un valor de  $r$  de  $-0.27$ .

Para confirmar los resultados del estado emocional de la población, se evaluaron algunas reacciones fisiológicas que afectan al ser humano cuando se presentan trastornos como ansiedad, depresión y estrés, y que se ponen de manifiesto de manera específica en el organismo de quien lo padece.

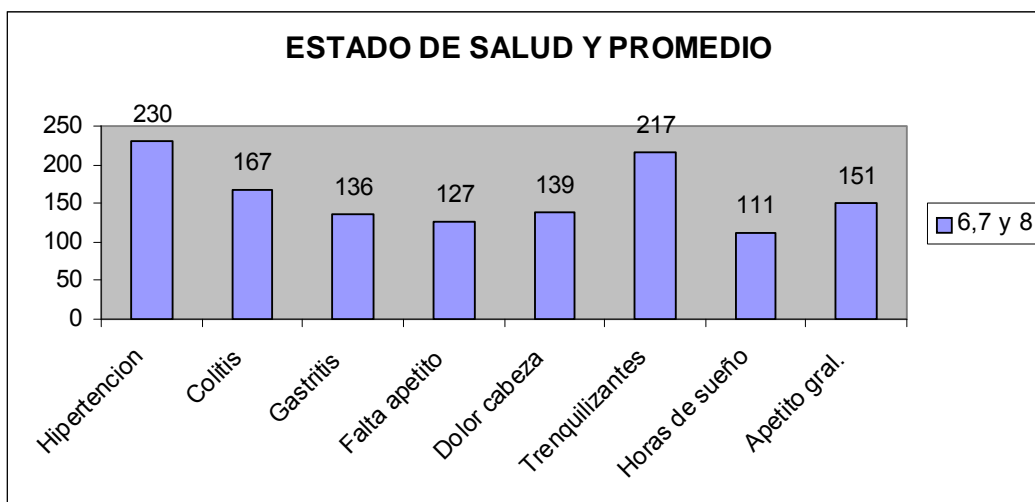
Con esa finalidad, se analizaron las respuestas de 8 categorías del apartado estado de salud, de la evaluación integral del rendimiento académico para nivel superior y se relacionaron con el promedio actual de los alumnos.

En la relación estado de salud y promedio, se obtuvo que en el rango de calificación de 10 y 9, se confirma el resultado del test Hamilton, ya que el estado de salud de los alumnos es normal. como se describe en el grafico 11.



**Grafico 11.** Muestra que de los alumnos que tienen un promedio de 10 y 9, 12 (92.3%) no presentan hipertensión, 11(84.6%) nunca han tenido colitis; 9 (69.2%) nunca han tenido gastritis; 9 (69.2%) nunca han tenido falta de apetito; 8 (61.5%) han presentado a veces dolor de cabeza, 10 (76.9%) nunca han usado tranquilizantes, 6 (46.1%) dicen dormir de 5 a 7 horas; y 7 (53.8%) tienen un apetito normal.

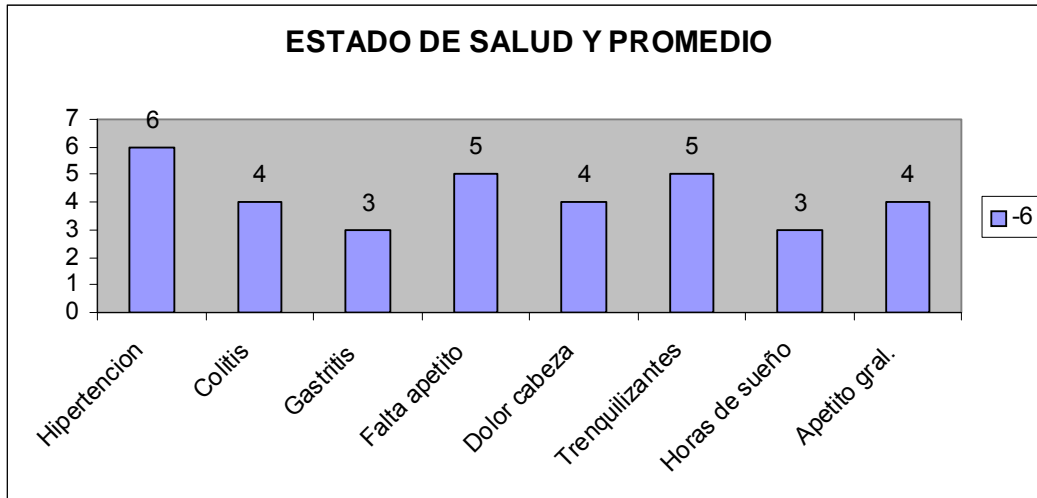
En la relación estado de salud y promedio, se obtuvo que en el rango de calificación de 6, 7 y 8, se confirma el resultado del test Hamilton, ya que el estado de salud de los alumnos es normal. como se describe en el grafico 12.



**Grafico 12.** Muestra que de los alumnos que tienen un promedio de 6, 7 y 8, 230 (92.3%) no presentan hipertensión, 167 (67.0%) nunca han tenido colitis; 136 (54.6%) nunca han tenido gastritis; 127 (51.0%) nunca han tenido falta de apetito; 139 (55.8%) han presentado a veces dolor de cabeza, 217 (87.1%) nunca han usado tranquilizantes, 111 (44.5%) dicen dormir de 5 a 7 horas; y 151 (60.6%) tienen un apetito normal.

En la relación estado de salud y promedio, se obtuvo que en el rango de calificación de menos de 6, se confirma el resultado del test Hamilton, ya que el estado de salud de los alumnos es normal. como se describe en el grafico 13.





**Grafico 13.** Muestra que de los alumnos que tienen un promedio de menos de 6, 6 (100%) no presentan hipertensión, 4 (66.6%) nunca han tenido colitis; 3 (50.0%) nunca han tenido gastritis; 5 (83.3%) nunca han tenido falta de apetito; 4 (66.6%) nunca han presentado dolor de cabeza, 5 (83.3%) nunca han usado tranquilizantes, 3 (50.0%) dicen dormir de 5 a 7 horas; y 4 (66.6%) tienen un apetito normal.

## **8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

Al término de la investigación y después de haber realizado el respectivo análisis se llegó a las conclusiones que a continuación se mencionan, la mayoría de los alumnos (88.9%) se encuentran entre un promedio de calificaciones de 6, 7 y 8. de la población total con la que se trabajó en la investigación, lo cual nos refiere un rendimiento académico relacionado con el promedio medio, y solo el 2.1% tiene un promedio de menos de 6, esto es, que solo un mínimo de los alumnos de tercer semestre, participantes tiene un bajo rendimiento académico

Las investigaciones realizadas previamente por otros autores sugieren que el origen del bajo rendimiento académico, se encuentra fundamentalmente relacionado con las emociones que experimentan los estudiantes cuando se enfrentan a las exigencias de las universidades, y que se manifiestan con altos índices de estrés y ansiedad, y en otros casos más severos, con depresión, además de que estos problemas, se ven reflejados en sus actividades escolares y en general en su vida cotidiana.

Toda esta información nos lleva a la inquietud de saber por qué los alumnos de medicina de la FES Iztacala presentan problemas importantes en su rendimiento académico y si se relaciona con su estado emocional como se ha comprobado en otros estudios, es por eso que los reactivos del instrumento de evaluación elegidos están enfocados en sondear la presencia de los factores emocionales involucrados en el contexto del fenómeno del bajo rendimiento académico

Ya que se considera una problemática importante en los alumnos de medicina según los estudios de Guthrie (1995), Rosal (1997), que señalan como una de las principales causas del agotamiento mental y nervioso, el estilo de exigencias muy comunes a lo largo de los estudios de medicina.

El evidente exceso de trabajo, al que se añaden elementos emotivos que acentúan el agotamiento. En los estudios de Helmers KF,(1997), señala que una situación en la cual la depresión y el estrés son particularmente importantes es en la transición del entrenamiento básico teórico al entrenamiento clínico en la Escuela de medicina.

Sin embargo, en nuestro estudio, como se puede observar en el análisis de resultados, al correlacionar cada una de las categorías, los índices no son significativos, se puede establecer que de la muestra que participo en la presente investigación, no presentan ansiedad, depresión o estrés, en grados que se puedan considerar significativos, ya que se encuentran en una escala normal y menor, no importando su bajo o alto rendimiento. En relación a su estado de salud, de manera general se encuentra normal, los alumnos agrupados por promedios confirman, que su salud es normal, solo manifestaron tener dolores de cabeza en algunas ocasiones, los grupos de promedios altos (10 y 9) y medios (6,7 y 8), por lo demás su salud es normal. corroborando los resultados del test Hamilton, de que no existen manifestaciones de ansiedad depresión y estrés.

Se encontraron otras problemáticas en relación al rendimiento académico en la mayoría de los alumnos, que es importante destacar, para empezar, los de alto rendimiento académico, aunque dicen sentirse satisfechos con su desempeño, dicen haber tenido problemas para aprender, sentirse cansados, distraídos y no contestar con facilidad los exámenes, lo cual coinciden con el resto de la población y la única diferencia radica en que este grupo manifestó sentirse inquieto, a diferencia del resto

Los alumnos con rendimiento académico medio, que comprende la mayoría de los alumnos participantes, dicen sentirse insatisfechos con sus calificaciones, tener algunos problemas para aprender, sentirse cansados,, distraído, y no contestar con facilidad los exámenes; lo cual coinciden con el

resto de la población y la única diferencia radica en que este grupo manifestó tener olvidos de lo aprendido y no siempre entender con facilidad, a diferencia del resto.

Todos los anteriores problemas están relacionados a otros factores del rendimiento académico tanto contextuales como personales, y no en relación al estado emocional concretamente, por lo tanto, el hecho de no haber encontrado valores significativos en el análisis de los resultados, lejos de decepcionar abre interrogantes, ya que contrariamente a lo pensado acerca de la influencia del estado emocional en el rendimiento, no se encontró relación directa, lo que obliga a mirar otros factores que están involucrados en este proceso académico, como que:

Que el rendimiento académico no está influido de forma directa por el estado emocional, en este grupo de alumnos concretamente, y que existen otras causas que pueden estar relacionadas a su alto y bajo rendimiento

Ya que las causas del alto y bajo rendimiento académico son multifactoriales, no solo el estado emocional es determinante ni tiene una relación directa con los alumnos del estudio, y deben existir otros factores que determinen sus calificaciones

Los alumnos de nuevo ingreso de medicina no presentan problemas emocionales al inicio de la carrera, y probablemente se manifiestan problemas emocionales en semestres posteriores.

Esto puede confirmarse con los estudios de Rosal, (1997), que dice que antes de entrar a la escuela de medicina, el estatus emocional de los estudiantes se parece al de la población general. Sin embargo aumenta en los niveles de depresión y su persistencia en el tiempo es crónica en vez de ser episódica. Los alumnos de nuevo ingreso, aunque no presentan una

calificación alta, o satisfactoria para ellos, no se sienten presionados, estresados o ansiosos.

Con todo esto, se tienen elementos suficientes para poder encaminar nuevas investigaciones hacia otros aspectos del individuo como, familia, nivel socioeconómico, inteligencia, personalidad entre otros, así como, todos los factores que involucran su proceso de aprendizaje, entendiendo que no solo tiene una vida escolar, el estudiante esta inmerso en contextos diferentes y complejos que van matizando su forma de relacionarse con los eventos que constituyen su vida personal, y que lo enfrentan a un mundo complejo, como estudiante, como profesionista y como ser humano, con todo lo que implica su complejidad.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Adler S. (1988). El método científico. Buenos Aires, Ed Todo ciencia

Alvarado M. (2003). El bajo rendimiento académico de los alumnos Universitarios, una aproximación a sus causas; Universidad Complutense de Madrid.

Ardila, A. (2001) Predictors of University Academic performance in Colombia. Int. J. Educ.

Artigos M. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar revista mal-estar e subjetividad y fortaleza, 10 - 59 / mar. 2003

Bunge M. (1969). La investigación científica: su estrategia y su filosofía. Barcelona, Ed. Ariel

Bastias S. G., Villaroel L., Zuñiga D., Marshall G., Velasco N., Mena B. (2001). Desempeño académico de los estudiantes de medicina Un resultado predecible Rev Med Chile 2001.

Baron R. A., (1996). Psicología. Tercera Edición. México, Ed. Prentice Hall.

Beck A. T., SHAW, B. F. (1981) Enfoques Cognitivos de la Depresión. En Manual de Terapia Racional-Emotiva. Séptima Edición, Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.

Bragado C., Bersabe R., Carrasco I. H (1999). Factores de Riesgo para los Trastornos Conductuales, de Ansiedad, Depresivos y de Eliminación en Niños y Adolescentes. En Psicothema, 1999. Vol. 11, nº 4, Colegio Oficial de Psicólogos de España. pp. 939- 956

Cee. R. L. (2006). Características socioeconómicas, rendimiento escolar y expectativa de estudio; México, Ed. Nueva Época

Cardona M., Carrera Y., Case C., Cortes R., Eblen-Zajjur A., (2002). Actividad mental y cognitiva de los estudiantes del régimen anual de la escuela de medicina Valencia de la universidad de Carabobo. DCH 2002.

Corral de Zurita, Leite N., Estrada A. (2002). Metas académicas y rasgos cognitivos-emocionales de estudiantes universitarios. Chaco Argentina: Facultad de Humanidades UNNE

Coolican H., (1983). Métodos de investigación y estadística en psicología. México D. F., Ed. Manual Moderno S.A. de C. V.

Cardenal H. V., Aparicio G. M. E., Dresch V., Sánchez L. M. P. (2007). Rendimiento académico en alumnos de medicina. Universidad de Guadalajara.

Díaz A. F.; Prados C. M., López G. S., (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. En *Psiquiatría.com* Vol. 6 N°2, Junio de 2002.

Domínguez J. L. (2000). Las incógnitas de la relación mente-cuerpo; Causas biológicas de la conducta; Facultad de psicología UNAM. México.

Delgado G. P., Gómez L. J., Jaramillo M., Maya P., Narváez M. I., Salazar A. C. (2005). Estudio Descriptivo sobre Estrés en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales. *Arch Med.*

Fernández A., Rivera J. (1986). El perfil del alumno de primer ingreso a la Facultad de Medicina. *Rev Facultad de Medicina UNAM*, XXVII, No 8357.

Fernández J. L. (2003). Terapia Cognitivo-Conductual, estrés y adaptación al medio. España, Ed. PB, Volumen 10.

Flores O., M. E., Morales R. M. A. (2004). La sociedad, primer responsable y último beneficiado o perjudicado por el rendimiento escolar. Memorias Electrónicas XXIII Coloquio de Investigación FES Iztacala UNAM.

Flores O., Morales R. (2006). Importancia del diagnóstico multidisciplinario en el rendimiento académico. Memorias Electrónicas XXV Coloquio de Investigación FES Iztacala UNAM

Ferrer A., Cabrera G. J., Ferrer C. R., Martínez M. (2002). Calidad de vida y Estado de salud de los estudiantes universitarios. España, Ed. UA.

Filloux C. (1998). Intersubjetividad y Formación. Novedades Educativas. Argentina

Gardener H. (1995). Inteligencias Múltiples. España, Ed. Paidós.

Gómez B. P., Ramírez V. A. (1998). Cerebro, Mente y Conducta Humana: Un ensayo de psicología integradora, Salamanca, Ed. Amáru.

Gino G. (1995). El perfil de los estudiantes y el rendimiento académico. Buenos aires, Ed.

Kaes R. (1992). La Institución y las Instituciones. Buenos Aires, Ed. Paidós

Kellog D. (1991). Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Y Fundación W. K. Bogota: ASCOFAME



Lenski A., Rene P. (2000). Enfoque psicosocial del rendimiento académico universitario, España, Ed. IDEA.

Morales A. L. (1999). El entorno familiar y el rendimiento escolar, Andalucía, Ed. CEC.

Méndez I., Namihira D., Moreno, L., Sosa C. (2006). Protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. México, Ed. Trillas

Morales A., Monroy S. A., Ramírez A. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina; MEDUNAB.

Macias F. J. A., Alonso F. T. (2006). Estudio de GBP. en trastornos de la ansiedad. España, Ed. UV.

Mizala A., Romaguera P., Reinaga T. (2009). Factores que inciden en rendimiento escolar. Disponible en: <http://www.itam.mx/lames/papers/contrses/romaguer>.

Namakforoosh M. (2002). Metodología de la investigación. México, Ed. Limusa

Niit T. (2001). Academic performance and its prediction: a view from Estonia. Int. J. Educ. Res.

Orejuela R. L., Ravelo C. E. (1999). Relación entre los factores sociodemográficos y académicos, el estilo cognoscitivo y el sistema de valores, con el rendimiento académico. Colombia, Ed. ACP.

Páez M. L., Castaño J. J. (2005). Perfil Personal, Familiar, Académico y Motivacional del Estudiante de Medicina. Centro de Investigaciones, FMUM.

Quijano M. (2002). La globalización en medicina. Rev. Facultad FACMD UNAM VOL45:51-2.

Rivera J. J. (2000). Las emociones y el bajo rendimiento académico. Ensayo 1 (6): 25-6

Restrepo A., Jaramillo F., Marín J. C. (1998). Estrés en estudiantes de medicina del Instituto de Ciencias de la Salud. España, Ed. CES medicina.

Roseta M. G. (2003). Salud mental vs. Rendimiento académico en alumnos de las carreras de Medicina, psicología y odontología. México, FES Zaragoza

Sánchez J. (2005). Informe Anual de Actividades de la Dirección. México, FESI - UNAM

Sanabria H. (2002). Deserción en estudiantes de enfermería en cuatro universidades de Perú; Ed. Anales.

Sierra J. C., Ortega V., Zubeidat I. (2003). Revista mal-estar, subjetividad y fortaleza / v. iii / n. 1 / p. 10 - 59 /mar,2003

Sarasa M. N., Cansares L. O., Rodríguez S. C., Sosa M. D. (2002). Motivación y actitud ante el estudio en el primer año de las ciencias medicas. México, Ed. Medicentro.

Santos G. M. A., Elichiry N., Baquero R. (2000). La escuela por dentro y el aprendizaje escolar. Argentina, Ed. Homo Sapiens.

SURATEP. (1998). Manejo y Control del estrés. Medellín, Ed. Suratep S.A.

Vallejo R. J., Gastó F. C. (1990). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión, Barcelona, Ed. Salvat

Wall W. D., Varma V. P. (1975). Avances en la psicología de la educación. España, Ed. Morata S.A.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1.

Reseña del instrumento utilizado, test Hamilton, una forma de evaluar ansiedad, depresión y estrés.

Las primeras escalas psicométricas aparecieron en los años 60. En general todos los instrumentos tienen la estructura de una escala psicológica y, por consiguiente, pretenden reflejar una dimensión continua a lo largo de la cual puede situarse el estado emocional de las personas.

La Hamilton Rating Scale for Depresión (HRSD, Hamilton 1960) es la escala de heteroevaluación por excelencia. El transcurso de los años no ha disminuido su utilización y se ha convertido en el patrón de contraste de cualquier otro instrumento. Originalmente se diseñó para cuantificar la gravedad de la depresión en pacientes ya diagnosticados.

A pesar de existir versiones de diferente longitud, únicamente se utilizan los primeros 17 ítems para obtener la puntuación global, lo que le confiere un rango de puntuaciones entre 0 y 52, ya que algunos elementos se evalúan con escalas de 0 a 2 y otros de 0 a 4.

Rabkin y Klein (1987), consideran que una puntuación igual o superior a 25 corresponde a una depresión grave; entre 17 y 7, moderada, y los valores inferiores son indicativos de ausencia o remisión del trastorno. La fiabilidad entre observadores es buena y se supera fácilmente el valor de 0,80, mientras que su validez concurrente con otras escalas no tiene excesivo sentido al ser considerada el patrón de referencia. Existen innumerables variaciones derivadas de esta escala, cuya utilidad sólo se justifica cuando se estudian poblaciones especiales.

### Descripción de la escala para la depresión:

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depresión Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser complementada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente; los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando sólo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa.

De los 21 ítems de la versión original, cuatro no están relacionados con la intensidad de la alteración del estado de ánimo (variación diurna, despersonalización, pensamiento paranoide y síntomas obsesivo-compulsivos), pero pueden ser utilizables en circunstancias especiales. La adaptación al castellano de Conde y Franch mantiene estos cuatro ítems, y añade un quinto referido a "Otros síntomas". Tiene, además, dos peculiaridades no explicadas: en el ítem 9 (Agitación) mantiene el rango de valoración de la versión inicial de la escala, que es de 0-2, rango que Hamilton modifica en la versión de 1967, ampliándolo a 0-4; y en el ítem 14 (Síntomas genitales) añade un tercer nivel de valoración ("Incapacitante"), con lo que este ítem pasa a tener un rango de 0-3, frente al rango 0-2 de las versiones originales de la escala.

La versión de 17 ítems, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite estos cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).

Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).

Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

### Interpretación:

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La

puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

A efectos de categorizar la intensidad / severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas, de las que tomaremos las siguientes:

Vázquez C. (1995)	Bech P. (1996)
0-6 Sin Depresión	0-7 Sin Depresión
7-17 Depresión ligera	8-12 Depresión menor
18-24 Depresión moderada	13-17 Menos que Depresión mayor
25-52 Depresión grave	18-29 Depresión mayor
30-52 Más que Depresión mayor	

Dentro de la puntuación total, pueden desagregarse las puntuaciones parciales correspondientes a los factores en ella identificados. Entre ellos, el mejor establecido es el ya citado índice de melancolía, que cuantifica los ítems más directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo, y para el que Bech P. propone los siguientes puntos de corte:



0 – 3	No depresión
4 – 8	Depresión menor
≥ 9	Depresión mayor

Un segundo índice útil para evaluar los cambios en el perfil sintomático del cuadro depresivo es el índice “ansiedad / somatización” (formado por los items 10, 11, 12, 13, 15, y 17), que cuantifica los niveles de ansiedad, considerados altos a partir de una puntuación  $\geq 7$ .

Para evaluar los cambios en la evolución del cuadro clínico se comparan los resultados pre-tratamiento con los obtenidos en visitas posteriores. En los ensayos clínicos el criterio más usualmente utilizado para definir la respuesta terapéutica es la reducción del 50 % en la puntuación post-tratamiento en relación a la puntuación basal o inicial; la remisión se define por una puntuación post-tratamiento  $\leq 7$  /  $\leq 8$ .

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad:

En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intra clases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad inter observador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Validez:

Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y l Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

Posee buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación al tratamiento, aunque se ha sugerido que sería más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión. Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española.

El índice de melancolía, o subescala formada por los ítems arriba citados, ha mostrado una muy estrecha correlación con la versión completa de la escala, y una sensibilidad al cambio terapéutico similar a ésta y similar también a la escala de Montgomery-Asberg.

Calificaciones para la prueba de ansiedad de Hamilton

Ansiedad menor	0 – 20
Ansiedad	21 – 41
Ansiedad mayor	42 - 63

Calificaciones para la prueba de Depresión de Hamilton

Normal	0 – 15
Depresión menor	16 – 32
Menos de depresión menor	33 – 49
Depresión mayor	50 – 66
Más de depresión mayor	67 - 84

Calificaciones para la prueba de stress de Hamilton

Normal	0 – 20
Estrés menor	21 – 40
Estrés	41 – 60
Estrés mayor	61 - 80

## ANEXO 2.

**Escalas de evaluación Hamilton depresión, ansiedad y estrés con el número de ítems y las posibles respuestas a tachar**

TEST DE HAMILTON-ESCALA 1-

PUNTUACIONES: ¿/84-DEPRESION-

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N = Nunca
A = Algunas veces
B = Bastantes veces
C = Casi siempre
S = Siempre

TEST DE HAMILTON	N	A	B	C	S
1.Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
2.Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.	0	1	2	3	4
3.Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida	0	1	2	3	4
4.Me siento incapaz de realizar mi trabajo, hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil, no tengo interés por nada	0	1	2	3	4
5.Me encuentro lento, parado, me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas	0	1	2	3	4
6.Me encuentro tenso, irritable, todo me preocupa y produce temor, Presiento que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4
7.Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza, Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar, Sudo copiosamente, Necesito orinar con frecuencia	0	1	2	3	4
8.Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda medica	0	1	2	3	4
9.A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal	0	1	2	3	4
10.Recelo de los demás, no me fió de nadie. A veces creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya	0	1	2	3	4
11.Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme	0	1	2	3	4
12.Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme	0	1	2	3	4
13.Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme	0	1	2	3	4
14.Me siento intranquilo, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios	0	1	2	3	4
15.Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.	0	1	2	3	4
16.Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Párese como si no pudiera conmigo	0	1	2	3	4
17.No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales	0	1	2	3	4
18.Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4
19.No se lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4
20.Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)	0	1	2	3	4
21.Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4

TOTAL:

TEST DE HAMILTON-ESCALA 2-
----------------------------

PUNTUACIONES- ANSIEDAD-

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

2	Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	
0	No me encuentro triste	
1	Me siento algo triste y deprimido	
3	Ya no puedo soportar esta pena	
2	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
1	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	
2	Creo que nunca me recuperare de mis penas	
0	No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
2	No espero nada bueno de la vida	
3	No espero nada, esto no tiene remedio	
3	He fracasado totalmente como persona (padre, madre, hijo, profesional, etc)	
1	He tenido mas fracasos que la mayoría de la gente	
2	Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
0	No me considero fracasado	
2	Veo mi vida llena de fracasos	
2	Nada me llena	
1	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	
1	Ya no me divierte lo que antes me divertía	
0	No estoy especialmente satisfecho	
3	Estoy harto de todo	
1	A veces me siento despreciable y mala persona	
2	Me siento bastante culpable	
2	Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona	
3	Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable	
0	No me siento culpable	
1	Presiento que algo malo puede sucederme	
3	Siento que merezco ser castigado	
0	No pienso que este siendo castigado	
2	Siento que me están castigando o me castigaran	
3	Quiero que me castiguen	
1	Estoy descontento conmigo mismo	
1	No me aprecio	
2	Me odio (me desprecio)	
2	Estoy asqueado de mi	
0	Estoy satisfecho de mi mismo	
0	No creo ser peor que otros	
2	Me acuso a mi mismo	
3	Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme	
2	Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
1	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	

1	Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	
2	Siento que estaría mejor muerta	
2	Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera	
3	Tengo planes decididos de suicidarme	
2	Me metería si pudiera	
0	No tengo pensamientos de hacerme daño	
0	No lloro más de lo habitual	
3	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo	
2	Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	
1	Ahora lloro más de lo normal	
0	No estoy mas irritable que normalmente	
1	Me irrito con más facilidad que antes	
2	Me siento irritado todo el tiempo	
3	Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	
3	He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto	
1	Me intereso por la gente menos que antes	
0	No he perdido mi interés por los demás	
2	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
1	Ahora estoy inseguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones	
0	Tomo mis decisiones como antes	
3	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
2	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
1	Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	
3	Me siento feo y repulsivo	
0	No me siento con peor aspecto que antes	
2	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)	
0	Puedo trabajar tan bien como antes	
1	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
3	No puedo trabajar en nada	
2	Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo	
1	No trabajo tan bien como lo hacia antes	
0	Duermo tan bien como antes	
1	Me despierto más cansado por la mañana	
2	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
2	Tardo una o dos horas en dormirme por la noche	
2	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme	
3	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas	
3	No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
1	Me canso más fácilmente que antes	
2	Cualquier cosa que hago me fatiga	
0	No me canso más de lo normal	
3	Me canso tanto que no puedo hacer nada	
3	He perdido totalmente el apetito	
1	Mi apetito no es tan bueno como antes	
2	Mi apetito es ahora mucho menor	
0	Tengo el mismo apetito de siempre	

0	No he perdido peso últimamente	
1	He perdido más de 2 kg y medio	
2	He perdido más de 5 kg	
3	He perdido más de 7 kg y medio	
0	Estoy tal preocupado por mi salud que me es difícil pensaren otras cosas	
1	Estoy preocupado por dolores y trastornos	
0	No me preocupa mi salud más de lo normal	
3	Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
1	Estoy menos interesado en el sexo que antes	
3	He perdido todo mi interés por el sexo	
2	Apenas me siento atraído sexualmente	
0	No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	

TOTAL:

<b>TEST DE HAMILTON</b>
-------------------------

PUNTUACIONES: *¿*/80- STRESS-

PACIENTE:

FECHA:

<b>R = Raramente</b>
<b>A = Algunas veces</b>
<b>M = Muchas veces</b>
<b>S = Siempre</b>

TEST DE HAMILTON	R	A	M	S
1. Me siento más nervioso y ansioso de lo normal	1	2	3	4
2. Siento miedo sin haber razón para ello	1	2	3	4
3. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor	1	2	3	4
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar	1	2	3	4
5. Siento que todo va bien y nada malo puede suceder	4	3	2	1
6. Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan	1	2	3	4
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso con facilidad	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente	4	3	2	1
10. Siento que mi corazón late con rapidez	1	2	3	4
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	1	2	3	4
12. Tengo periodos de desmayo o algo así	1	2	3	4
13. Puedo respirar bien con facilidad	4	3	2	1
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies	1	2	3	4
15. Me siento molesto por los dolores de estomago y digestiones	1	2	3	4
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4
17. Mis manos las siento secas y cálidas	4	3	2	1
18. Siento que mi cara se enrójese y me ruborizo	1	2	3	4
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas	1	2	3	4

TOTAL:



## ANEXO 3.

### Instrumento de evaluación de las áreas psicología, biológicas, sociales, ambientales que intervienen en el rendimiento académico

#### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN AL RENDIMIENTO ACADÉMICO

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO PARA EL NIVEL SUPERIOR Flores, O. Et al

El presente cuestionario tiene como objetivo, recabar información sobre los obstáculos que están presentes en las diversas áreas que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con la finalidad de analizarlos y brindar a los alumnos los apoyos necesarios para superarlos. Te invitamos a contestar con la mayor veracidad posible.

#### I DATOS GENERALES:

1. Semestre actual que cursas \_\_\_\_\_ 2. Promedio actual \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

En las siguientes preguntas tacha la respuesta indicada en las columnas de la derecha

3. Sexo	Masculino	Femenino	
4. Estado civil	Soltero	Casado/Unión libre	Viudo
5. Tienes hijos	No	Si	
6. Ingresos	Familiar	Trabaja	Ambas

#### II. HISTORIA ESCOLAR

7. Número de años en que curso el preescolar	3 años	Menos de 3	Mas de 3	No asistió
8. Numero de años en que curso la primaria	6 años	Menos de 6	Mas de 6	No sé
9. Numero de años que curso la secundaria	3 años	Menos de 3	Mas de 3	No sé
10. Numero de años que curso el bachillerato	3 años	Menos de 3	Mas de 3	No sé
11. Semestres que tienes estudiando medicina	1 a 3	4 a 6	7 a 10	Mas de 10
12. En el transcurso de tu vida académica ¿te han gustado tus calificaciones?	Si	A veces	No	No sé
13. ¿Crees que has tenido problemas para aprender?	No	A veces	Si	No sé
14. ¿Cómo te ha hecho sentir esto?	satisfecho	preocupado	Indiferente	No sé
15. Actualmente el promedio de tus calificaciones es de:	9 y 10	de 6 a 8	Menos de 6	No sé
16. Estas calificaciones te hacen sentir	satisfecho	Insatisfecho	Me da igual	No sé
17. ¿Tienes materias reprobadas?	no	Una	Mas de una	No sé

#### III. PROYECTO DE VIDA

18. ¿Te gusta la carrera que estudias?	Si	No	No sé
19. Tu objetivo al estudiar la carrera de medicina es:	Realizarme como ser humano para ejercer mi profesión profesional	Obtener buenas calificaciones para concluir la carrera y tener mejores ingresos	No sé
20. Tus proyectos vitales a realizar en los próximos 4 años son:	Realizarme como ser humano	Terminar la carrera	No sé
21. Para lograr tus proyectos necesitas:	Ser constante, estudiar y tener firme determinación	Terminar la carrera	No sé
22. ¿Crees que lo vas a lograr?	Si	No	No sé

**IV. AMBIENTE**

23. Tu salón de clases significa:	Espacio para conocimiento	Lugar de reunión	No sé
24. ¿Crees que factores como la estructura, ventilación, iluminación, temperatura, limpieza y ruido de tu salón de clases influyen en tu rendimiento académico?	Si	No	No sé
25. Lo que mas te gusta de tu salón de clases es:	Condiciones físicas	Relaciones sociales	No sé
26. Lo que menos te gusta de tu salón de clases es:	Condiciones físicas	Relaciones sociales	No sé
27. Las dimensiones de tu salón de clases ¿son adecuadas?	Si	No	No sé
28. La temperatura que hay en tu salón de clases ¿favorece tu aprendizaje?	Si	No	No sé
29. La ventilación que hay en tu salón de clases ¿favorece tu aprendizaje?	Si	No	No sé
30. La iluminación que hay en tu salón de clases ¿favorece tu aprendizaje?	Si	No	No sé
31. La limpieza que hay en tu salón de clases ¿es la adecuada?	Si	No	No sé
32. ¿El ruido que existe dentro y fuera de tu salón impide que te concentres en tus actividades escolares?	No	Si	No sé
33. ¿Cambiarías algo de tu salón?	No	Si	No sé

**V. ESTADO DE SALUD**

34. ¿Tienes algún problema físico o alguna enfermedad que interfiera con tus horas de estudio?	No	Si	No sé
35. Tu edad es de:	18-21	22-25	26 en adelante
36. Por favor obtén tu índice de masa corporal colocando los datos en la siguiente formula peso _____ = (talla) <sup>2</sup>	18.5 a 24.9	25 a 29.9	Mas de 30
37. ¿Tienes problemas de agudeza visual?	No	Si	No sé
38. ¿Tienes problemas de agudeza auditiva?	No	Si	No sé
39. ¿Sufres de hipertensión arterial?	No	Si	No sé
40. ¿Alguna vez has tenido parasitosis intestinal?	No	Si	No sé
41. ¿Padeces o has padecido de problemas alérgicos?	No	Si	No sé
42. ¿En alguna ocasión te has desmayado?	No	Si	No sé
43. ¿Has sentido que te falta el aire al realizar esfuerzos o ejercicios que antes no te cansaban?	Nunca	A veces	Habitualmente
44. ¿Sufres de dolor de cabeza y sensación de mareo que se acompaña de zumbidos de oídos?	Nunca	A veces	Habitualmente
45. ¿Te sientes cansado, con aumento importante de sed e incremento en el numero de micciones?	Nunca	A veces	Habitualmente
46. ¿Sufres de dolor o distensión abdominal con periodos alternos de diarrea y constipación?	Nunca	A veces	Habitualmente
47. ¿Presentas infecciones de vías respiratorias altas?	Nunca	A veces	Habitualmente
48. ¿Presentas dolor ardoroso en la boca del estomago, después de ingerir alimentos, (agruras)?	Nunca	A veces	Habitualmente
49. ¿Tienes dolor intenso durante la menstruación que te impide realizar tus actividades?	Nunca	A veces	Habitualmente
50. ¿Tienes falta de apetito?	Nunca	A veces	Habitualmente
51. ¿Sufres de dolores de cabeza?	Nunca	A veces	Habitualmente
52. ¿Acostumbras ingerir tranquilizantes?	Nunca	A veces	Habitualmente
53. ¿Acostumbras ingerir analgésicos?	Nunca	A veces	Habitualmente
54. ¿Realizas algún tipo de ejercicio físico o deporte?	Habitualmente	A veces	Nunca
55. ¿Cuántas horas de sueño continuo acostumbras?	De 6 a 8	De 5 a 7	Menos de 5

**VI. ALIMENTACION**

56. ¿Tomas un buen desayuno a primera hora de la mañana?	Siempre	A veces	Nunca
57. ¿Tu desayuno es ligero a media mañana?	Nunca	A veces	Siempre
58. ¿Comes a horas regulares?	Siempre	A veces	Nunca
59. ¿Comes entre comidas?	Nunca	A veces	Siempre
60. ¿Cuántas raciones de fruta y verduras tomas al día?	De 3 a 4	De 1 a 2	Ninguna
61. ¿Cuántas veces por semana comes carne?	Todos los días	De 3 a 5	Menos de 2
62. ¿Cuántas veces por semana comes pescado?	2 o más	1 vez	Nunca
63. ¿Comes comidas rápidas (tacos, hamburguesas, pizzas etc)	Nunca	1 2 veces al mes	1 o 3 veces/semana
64. ¿En general tu apetito lo consideras?	Normal	Aumentado	Disminuido

**VII. TOXICOMANIAS**

65. ¿Tomas a la semana algún tipo de bebida alcohólica?	Nunca	Ocasionalmente	Todos los fines de semana
66. ¿Cuántos cigarros fumas al día?	Ninguna	De 1 a 5	Mas de 5
67. ¿Consumes marihuana?	Nunca	A veces	Habitualmente
68. ¿Consumes heroína?	Nunca	A veces	Habitualmente
69. ¿Consumes anfetaminas?	Nunca	A veces	Habitualmente
70. ¿Consumes cocaína?	Nunca	A veces	Habitualmente
71. ¿Consumes crack?	Nunca	A veces	Habitualmente

**VIII. RENDIMIENTO ACADÉMICO**

72. Para ti, aprender es:	Construir con apoyo de los docentes nuevos conocimientos para aplicarlos	Repetir información, para adquirir conocimientos	No sé
73. ¿Aprendes con facilidad?	Si	No	A veces
74. ¿Tienes problemas para aprender?	No	Si	A veces
75. ¿Te sientes cansado?	No	A veces	Siempre
76. ¿Te cuesta trabajo mantenerte quieto en clase?	No	A veces	Siempre
77. ¿Te distraes fácilmente?	No	A veces	Siempre
78. ¿Se te olvida rápidamente lo que aprendes?	No	A veces	Siempre
79. ¿Entiendes con facilidad lo que estudias?	Si	A veces	Nunca
80. ¿Cumples las tareas?	Si	A veces	Nunca
81. ¿Estudias?	Siempre	A veces	Nunca
82. ¿Resuelves tus exámenes con facilidad?	Siempre	A veces	Nunca
83. ¿Tienes problemas con tus profesores?	No	A veces	Siempre
84. ¿Tienes problemas familiares?	No	A veces	Siempre
85. ¿Tienes problemas económicos?	No	A veces	Siempre
86. Estos problemas los has compartido con:	Familiares	Amigos	Nadie
87. ¿Quién más se ha dado cuenta de estos problemas?	Familiares	Prof/compañeros	Nadie
88. ¿Has hecho algo para solucionarlos?	Si	No	No sé
89. Los resultados obtenidos han sido:	Buenos	Regulares	Malos

**IX. CONTENIDOS**

	Materias que cursas actualmente	Que materias te gustan	Que materias no te gustan	Cuales son las materias difíciles
90. Introducción				
91. Generalidades				
92. Laboratorio				
93. Practica clínica	I, II, III O IV			
94. Sistema nervioso				
95. Sistema endocrino				
96. S. Osteomioarticular				
97. S. Cardiovascular				
98. S. Respiratorio				
99. S. Linfhemático				
100. S. Digestivo				
101. S. Urogenital				
102. S. Tegumentario				

**X. TÉCNICAS DE ESTUDIO**

103. ¿Cuánto tiempo dedicas a estudiar?	Más de 15	De 6 a 15 horas	De 1 a 5 horas	Nada
104. ¿Consideras que es suficiente para aprender y obtener las calificaciones que quieres?	Si	No	A veces	
105. Cuando estudias tienes prendido:	Nada	Televisión	Estéreo	Radio
106. La (s) estrategia (s) que sigues para aprender es (son):	Hacer mapas mentales	Esquemas y cuadros sinópticos	Leer	Ninguna
107. Además de estudiar ¿haces otras cosas?	Si	No	A veces	
108. ¿Consideras que el tiempo que inviertes en estudiar y la forma en que lo haces son proporcionales a las calificaciones que obtienes?	Si	No	A veces	

**XI. RELACION AUMNO-PROFESOR**

109. ¿Sabes como se llaman tus profesores?	Si	No
110. ¿Te llevas bien con tus profesores?	Si	No
111. ¿Te gusta como dan su clase?	Si	No
112. ¿Te gusta como te tratan?	Si	No
113. ¿Te gusta como tratan a tus compañeros?	Si	No
114. Cuando no llevas la tarea ¿qué hacen tus profesores?	Señalar la responsabilidad del alumno	Nada
115. Cuando no entiendes su explicación ¿qué hacen tus profesores?	Te explican nuevamente	Nada
116. ¿Te gustaría que tus profesores cambiaran algo?	No	Si
117. ¿Te gustaría ser profesor?	Si	No

**XII. RELACIONES CON TUS COMPAÑEROS**

118. ¿Te llevas bien con tus compañeros?	Si	No	No me interesa
119. ¿Tienes amigos?	Si	No	No me interesa
120. ¿Haces algunas actividades con tus amigos?	Si	No	No me interesa
121. ¿Te reúnes con tus compañeros para hacer tareas?	Si	No	A veces

**XIII. RELACIONES FAMILIARES**

122. ¿Quiénes forman tu familia?	Padres, hermanos y tú	Padres, hermanos, tú y familiares cercanos	Otras personas
123. ¿Te gusta como te trata tu papá?	Si	No	A veces
124. ¿Te gusta como te trata tu mamá?	SI	No	A veces
125. ¿Tienes hermanos?	Si	No	No sé
126. ¿Te llevas bien con ellos?	Si	No	A veces
127. ¿Te sientes apoyado por tu familia?	Si	No	A veces
128. ¿Tienes pareja?	Si	No	
129. ¿Consideras que tu relación de pareja influye en tu rendimiento académico?	No	Si	A veces

**NOTA:** SI TE INTERESA CONOCER LOS RESULTADOS, POR FAVOR ANOTA TU NOMBRE Y TU TELEFONO

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

**Nota de la autora de la investigación:** las categorías utilizadas en la presente evaluación fueron sombradas para una mejor localización del lector

## ANEXO 4.

### Perfil Biopsicosocial entregados a los participantes en la investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN  
AL RENDIMIENTO ACADÉMICO

FOLIO: 000052

SRITA. -----

PRESENTE

Por este conducto le informamos los resultados obtenidos en la sesión de evaluación de los factores de riesgos que intervienen en el rendimiento académico, realizado el 4 de Junio en las instalaciones de la FESI.

Como ya es de su conocimiento, se evaluaron cuatro áreas: inteligencia, estado emocional, rasgos de personalidad y factores biopsicosociales. A continuación se presentan cada una de las pruebas con los resultados obtenidos.

**A. INTELIGENCIA – DOMINOS:** Este test mide la inteligencia en cinco rangos en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: su capacidad intelectual es superior al término medio, por lo que puede resolver problemas difíciles, principalmente en el plano concreto donde las tareas están bien establecidas. Es analítica esto le facilita la capacidad de aprender correctamente.

**B. PERSONALIDAD - Test 16 Factores de Personalidad de Catell.** Cuestionario cerrado que consta de 187 preguntas tendientes a evaluar los rasgos de personalidad normal en aquellas dimensiones que son útiles en la descripción y predicción de la conducta. En esta área se encontraron que los rasgos que están dentro de la norma son: escrupulosa, sensible, desconfiada, imaginativa, astuta, experimentadora, controlada, tensa.

Asimismo los rasgos que presentan excesos son: expresiva, más inteligente, aventurada, emocionalmente estable, afirmativa, despreocupada, segura de si misma y dependiente del grupo; en estas áreas le sugerimos trabajar, ya que se califican como rasgos excesivos de la personalidad y podrían afectar su rendimiento académico.

**C. EMOCIONAL – Test de Hamilton .** Conjunto de tres cuestionarios cerrados que miden los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Obteniendo los siguientes resultados:

Ansiedad menor

Depresión normal

Estrés menor

**D.FACTORES MULTIDISCIPLINARIOS – Flores, et al. 2004.** Cuestionario que consta de 96 preguntas abiertas y cerradas, que explora las siguientes áreas: Historia Escolar, Proyecto de Vida, Ambiente Escolar, Estado General de Salud, Proceso de Enseñanza-Aprendizaje y Relaciones Interpersonales. A continuación se presentan los resultados obtenidos, primero los que contribuyen a un buen desempeño académico y en segundo lugar se dan los factores que sería recomendable analizarlos e intervenir en ellos.

Factores que contribuyen: historia escolar, tener proyectos definidos, no consumir tóxicos, técnicas de estudio, buena relación con profesores y compañeros

Factores que obstaculizan: poca confianza en sí misma, problemas de salud como cansancio, mareos y desmayos, agruras, malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio, pocas horas de sueño, fumar y otros problemas familiares y de concentración.

#### **PROPUESTAS:**

1. AREA DE INTELIGENCIA: Ejercitar memoria y concentración con crucigramas, rompecabezas, domino, ajedrez entre otros.
2. AREA EMOCIONAL: Acudir a apoyo psicológico para trabajar autoestima, problemas familiares, atender ansiedad y estrés.
3. AREA DE PERSONALIDAD: Se sugiere trabajar su excesiva dependencia al grupo.
4. FACTORES MULTIDISCIPLINARIOS: Se recomienda atención médica para resolver los problemas de salud se sugiere hacer ejercicio, e inscribirse en in programa para dejar de fumar.

#### **CONCLUSIÓN:**

Con base a los resultados obtenidos, consideramos que, si bien existen factores que contribuyen a su rendimiento académico, también existen obstáculos en el área de la salud y en la psicopedagógica, que sería necesario trabajar. Por tanto le informamos que el PROGRAMA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA EL RENDIMIENTO ACADÉMICO, le ofrece tanto la atención médica como psicológica solicitando una cita a la siguiente dirección: [rendiaca@hotmail.com](mailto:rendiaca@hotmail.com) . Asimismo, también usted podrá abordar estos obstáculos a nivel grupal, participando en el taller "HACIA UNA VIDA EXITOSO" que se realizara del noviembre los días martes de 10:00 a 12:00 horas para el turno matutino y los lunes de 15.00 a las 17:00 horas para el vespertino.

Finalmente, agradecemos su colaboración en este estudio y reconocemos su interés por querer optimizar sus recursos para incrementar su rendimiento académico.

Sin mas por el momento y esperando que los resultados antes mencionados, le sean de gran utilidad para su desempeño académico, le enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
Los Reyes Iztacala a

Leticia Navidad Arias  
EVALUADORA

LIC. Maria Estela Flores Ortiz  
COORDINADORA DEL PROGRAMA