



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

TESIS

NIVELES DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN

**MARCO ANTONIO ARMENDÁRIZ ROMÁN
SELENE GALDÁMEZ VÁZQUEZ**

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. GERMÁN ALEJANDRO GARCÍA
LARA**



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Marzo de 2020

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos sinceros primeramente para Jehová Dios, quien fue y es el ser más importante en mi vida, quien me brindó la fortaleza en todo este camino, por su ayuda en cada momento, por no abandonarme en los momentos más difíciles de la carrera y de mi vida, y por guiarme durante todo este trayecto. También, a mis padres que amo; Joaquín Galdámez Mendoza y Olga Lidia Vázquez de la Cruz por darme su apoyo incondicional, por darme ánimos cuando más lo necesitaba y por darme el ejemplo de lo que es la perseverancia, así como inculcarme los valores que me han ayudado a ser lo que soy ahora. Al Dr. Germán Alejandro García Lara, por ayudarnos a la elaboración de la presente tesis y aportar su conocimiento en la presente investigación, así como al Dr. Martín Cabrera Méndez, Dr. José Luis Hernández Gordillo y el Mtro. Fredy Ocaña Hernández por instruirnos. Finalmente, a todas aquellas personas que me dieron su apoyo, amistad y cariño sincero.

DEDICATORIA

A Jehová Dios al ser que más amo y respeto, a mis padres que son muy importantes en mi vida; Joaquín Galdámez Mendoza, Olga Lidia Vázquez de la Cruz, y a mis hermanitos que amo; Erick Galdámez Vázquez y Alejandro Galdámez Vázquez.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a mis padres y hermana por apoyarme y haberme acompañado hasta donde estoy ahora. Por el esfuerzo de mi madre a quien dedico este trabajo.

Asimismo, expreso mis agradecimientos al Dr. Germán Alejandro García Lara, director de la presente investigación; a mis revisores: Dr. Martín Cabrera Méndez, Dr. José Luis Hernández Gordillo y el Mtro. Freddy Ocaña Hernández, por el tiempo, empeño y dedicación brindados, primordiales para la realización de este trabajo.

Finalmente, agradezco a mis amigas y amigos que a lo largo de la carrera me brindaron su compañía y apoyo incondicional ante cualquier situación.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

GENERAL

ESPECÍFICOS

CAPÍTULO I. METODOLOGÍA

1.1 TIPO DE ESTUDIO	20
1.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	21
1.2.1. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	21
1.2.2. ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS: CES-D	22
1.2.3. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (ICSP)	23
1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
1.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	25
1.4.1. HIPÓTESIS	25
1.4.2. VARIABLES	27
1.4.2.1. VARIABLES ATRIBUTIVAS	27
1.5 PROCEDIMIENTO	28
1.6 ANÁLISIS DE DATOS	29

CAPÍTULO II. LA ANSIEDAD

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS	30
2.2. INDICADORES CLÍNICOS DE ANSIEDAD	33
2.3. ANSIEDAD, LA CALIDAD DE SUEÑO Y DEPRESIÓN	35

2.3.1. ACTIVIDAD LABORAL, FACTOR ASOCIADO A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	37
2.4. ANSIEDAD EN EL ÁREA ACADÉMICA Y SUS REPERCUSIONES	40
CAPÍTULO III. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	
3.1. LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	44
3.2. COMORBILIDAD: DEPRESIÓN-ANSIEDAD	48
3.3. PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	50
3.4. FACTORES DE RIESGO RESPECTO AL SEXO	53
CAPÍTULO IV. CALIDAD DEL SUEÑO	
4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE SUEÑO Y SU IMPORTANCIA	58
4.2. ACTIVIDAD LABORAL, Y FACTORES INCIDENTES SOBRE LA CALIDAD DEL SUEÑO	60
4.2.1. TRASTORNOS DEL SUEÑO	63
4.3. AFECTACIONES EN LA CALIDAD DE SUEÑO	65
4.3.1. TIEMPO RECOMENDABLE PARA DORMIR	66
4.3.2. PARTICIPACIÓN DEL SUEÑO EN EL APRENDIZAJE Y LA MEMORIA	67
4.3.3. BENEFICIOS EN LA CALIDAD DE SUEÑO	68
CAPÍTULO V. RESULTADOS	
5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	70
5.2. NIVELES DE ANSIEDAD	72
5.3. PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	73
5.4. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO Y DURACIÓN DEL SUEÑO EN ALUMNOS EVALUADOS	75
5.5. FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS BAI, CESD E ICSP	76
5.6. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES	77
5.7. COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES	79

5.7.1. COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES: SEXO, TRABAJO Y SUS DIMENSIONES	79
5.7.2. ANOVA	82
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es, y ha sido, un tema de gran interés para la psicología debido a su fuerte influencia en el comportamiento humano normal y patológico. La ansiedad, “alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente” (Sierra *et al*, 2003, pág. 17).

Si bien la ansiedad como respuesta normal del comportamiento es una anticipación hacia un peligro, cuando esta se torna patológica se habla de una respuesta que puede causar un sufrimiento constante y desmedido, así como la interferencia en la interacción social y el correcto desempeño mental del quien la padece (Pérez, 2003).

Una característica estudiada respecto a la ansiedad es cómo ésta se relaciona con trastornos afectivos, como lo es la depresión, ultimo que se conceptualiza como “un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2019, s/p), esto mismo se expresa en la con la cual comparte amplia comorbilidad presente entre ambos padecimientos que cumplen cuadros con síntomas similares, siendo uno de los síntomas compartidos como las alteraciones en el proceso y calidad de sueño, que se considera como “el hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día” (Borquez, 2011, pág. 2). Dichas alteraciones son de interés en la presente investigación debido a sus implicaciones del mismo, ya que como se expone en los capítulos siguientes, el sueño cumple como función reparadora, así como necesidad fisiológica (Talero y Pérez, 2013, citado en González, 1993), asimismo forma parte del proceso de aprendizaje y adecuación a nivel neurológico y cognitivo en el individuo (Aguilar *et al*, 2017). De esta manera, es necesario mencionar que de acuerdo al Instituto Nacional de la Salud los adultos jóvenes, así como los adultos promedio deben cumplir al menos 7 u 8 horas de sueño diarias (NHLBI, 2013), cumplir con más de 9 horas de

sueño diario, o menos de 6 al día puede ser perjudicial para la salud y afectaría en alto grado la calidad del mismo, obstaculizando así su función reparadora (Miró *et al*, 2002).

Los datos expuestos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría en el país, señalan que el 28.6 por ciento de la población adulta padecerá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, siendo los más frecuentes el Trastorno de Ansiedad con un 14.3 por ciento y 9.1 por ciento en cuanto a los trastornos afectivos como lo es la depresión. (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2017), asimismo, en el país se estima que 45 por ciento de adultos cuentan con una mala calidad de sueño, de acuerdo a la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM (2017), presentando insomnio como principal síntoma.

El informe de la UNAM sobre las licenciaturas más estresantes del país, indica que la Psicología, al igual que Trabajo Social, Medicina y Enfermería encabezan los oficios donde los estudiantes refieren presentar más estrés (Vargas, 2016). Este factor, aunado a las estadísticas ya mencionadas encamina la presente investigación.

El presente trabajo de tesis se integra de cinco capítulos, siendo el capítulo I el relacionado con la metodología, donde se explica que el presente estudio se basa en un enfoque cuantitativo de tipo correlacional y no experimental, lo que significa que no se manipulan las variables, que son la ansiedad, la sintomatología depresiva y la calidad de sueño; la población y muestra, que la integran estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas de entre el 1º y 8º semestre, los instrumentos de evaluación que incluyen el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala Center for Epidemiological Studies – Depression en su versión de 20 reactivos, y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, el procedimiento seguido, así como el análisis de los datos.

En el capítulo II, se conceptualiza a la ansiedad, se ofrece una breve historia del concepto, sus diferencias respecto de la angustia y el estrés, características clínicas y

relación con la sintomatología depresiva y los trastornos del sueño, así como estudios que abordan este trastorno en el ámbito académico y sus consecuencias.

En el capítulo III se abordan los principales conceptos relacionados con la sintomatología depresiva, así como la exposición de diversos estudios que lo relacionan con el tema central de la investigación, se explica además cuáles de estos son los principales síntomas y cómo estos síntomas repercuten en la vida de quien la padece.

En el capítulo IV se hace mención de la calidad de sueño, exponiéndose su conceptualización e importancia, los factores que inciden en esta, las principales afectaciones que conlleva en los estudiantes, así como su relación con la ansiedad y la presencia de sintomatología depresiva en los universitarios y en la población general.

Una vez expuesta la información teórica, se presentan los resultados del estudio en el capítulo V, en la que se pone a conocimiento del lector la correlación entre ansiedad, sintomatología depresiva y la calidad de sueño, indicándose cuáles son los niveles de ansiedad, el grado de presencia de sintomatología depresiva y el índice de calidad de sueño de los estudiantes evaluados; las diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres más relevantes, mencionando qué grupo se ve mayormente afectado por los síntomas de ánimo deprimido y quienes presentan mayor duración en el sueño; de igual manera se hacen comparaciones entre aquellos estudiantes que trabajan y los que no, y como es que se presentan en ellos síntomas pertenecientes a las variables estudiadas.

Finalmente, se exponen las conclusiones del presente trabajo, haciendo mención de los hallazgos más relevantes encontrados en la investigación, matizándose con diversas investigación que pudieran respaldar la información obtenida, posteriormente se proponen una serie de sugerencias acordes a los datos obtenidos a través de los alumnos evaluados y el análisis de datos realizado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el contexto educativo y clínico de la psicología, se ha puesto amplio interés en las distintas problemáticas por las que el estudiante universitario puede atravesar, entre ellas, la presencia de ansiedad, sintomatología depresiva y la baja calidad del sueño, factores que pueden afectar su desempeño escolar. Sobre la ansiedad, Castillo *et al.* (2016) manifiesta:

Se puede considerar la ansiedad como una respuesta adaptativa normal frente a una amenaza que permite al individuo mejorar su desempeño, aunque hay ocasiones en que la respuesta no resulta adecuada debido a que el estrés puede ser excesivo para los recursos de que se dispone (pág. 231).

La presencia de ansiedad en estudiantes puede propiciar un bajo desempeño escolar, debido a uno o varios factores que ocasionan que la salud física del estudiante se vea perjudicada. El universitario, al sentirse estresado, detectará una serie de factores que podrán ser comprendidos como amenazantes, por las actividades que afronta, por esta razón es común que muestre predisposición a un cuadro de ansiedad. De acuerdo Becerra *et al.* (2007) se expone que:

El conjunto de respuestas emitidas por diferentes especies frente a un peligro real o potencial se conoce como estado de ansiedad. Este estado, de importancia evolutiva para las especies, aparece cuando se detecta un peligro o amenaza o ante la presencia de estímulos ambiguos, innatos o aprendidos, que indican una amenaza (pág. 75).

Por tanto, la ansiedad, actúa como una señal de alarma, cuando el cuerpo se siente amenazado por alguna situación, tal como el miedo se manifiesta ante una situación de amenaza y peligro; ante situaciones de ansiedad, se advierten signos físicos que: “se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para

concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño” (Martínez y López, 2011, pág. 102).

El estrés es un factor que contribuye a la presencia de ansiedad en el individuo. En este sentido, Naranjo (2009) plantea: “El estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente” (pág. 172). En un estudiante universitario, una de las preocupaciones más comunes es el de cumplir con los trabajos académicos, que muchas veces constituyen una sobrecarga en él, por ello, de acuerdo a Vázquez (2006), se descuidan otros aspectos importantes como el sueño y la alimentación. Cuando el alumno, sobrepasa el límite de tolerar o soportar las distintas demandas académicas, sociales y/o laborales, se desencadena estrés, lo que conlleva a que se esfuerce aún más para lograr el control de sí mismo y su entorno. Sobre ello, Otero (2014) expone:

La sintomatología ansiosa que puede presentar un joven universitario, con arreglo al planteamiento clásico del triple sistema de respuestas, puede advertirse en el plano psicológico (miedo, aprensión, catastrofismo, desatención, etc.), fisiológico (taquicardia, sensación de asfixia, temblor, hiperhidrosis, etc.) y conductual (abuso de drogas, enfado, absentismo, deserción, etc.) (pág. 68)

Con lo anterior, la ansiedad, no solamente se relaciona con la presencia de algunos síntomas psicológicos, sino también, con la aparición de enfermedades físicas, lo que provocaría un declive en sus actividades escolares, sociales y laborales.

La ansiedad produce a su vez alteraciones en el proceso del sueño y afecta diversas áreas funcionales. En este sentido, la alteración del sueño más común presentada en personas que cumplen con un cuadro de ansiedad y/o depresión es el insomnio y la disfunción diurna (somnia) (Ortiz *et al*, 2007), en cuanto a las áreas funcionales Hernández *et al*. (2015) mencionan: “Las tendencias emocionales de la ansiedad interactúan y modulan de manera intrincada otros procesos psicológicos como la vigilia, la atención, la

percepción, el razonamiento y la memoria, que forman una parte central en el procesamiento cognitivo” (pág. 46). Puede observarse entonces que el sueño cumple con una relación estrecha en el proceso de aprendizaje en la persona, como Lira *et al.* (2018) exponen:

El sueño tiene una relación directa con el estado de salud y la calidad de vida de las personas, así como tendría una influencia importante en la cognición y el rendimiento académico, por lo que cuidar la calidad de sueño resultaría fundamental para mejorar el rendimiento cognitivo en las personas (s/p).

Así que, el proceso de sueño, cumple un papel importante en el bienestar del estudiante, ya que posibilita el adecuado aprendizaje del individuo, mismo que será pieza clave en su vida profesional.

El sueño no solo implica dormir las horas mínimas que se requieren, más bien, se debe descansar, ya que la persona necesita recuperar todas las energías que empleó durante el transcurso del día. Sin embargo, en la vida universitaria esto puede ser un reto difícil de cumplir, debido a la sobrecarga de actividades. Es por eso, que Failoc, Perales y Díaz (2015) exponen:

Una mala calidad del sueño, además, en los estudiantes universitarios afectaría tanto el rendimiento motor como el cognitivo, el estado de ánimo e incluso los aspectos metabólicos. Todo esto debido a que en el sueño hay una recuperación física y mental, reorganizándose la memoria e inteligencia, entre otras funciones superiores, repercutiendo en el desempeño de la persona (pág. 199).

Esto puede repercutir en la estabilidad emocional y física del alumno. En efecto, se pueden observar estudiantes que se quedan dormidos en clases, con poca atención ante lo que su profesor expone, inconsistentes calificaciones, bajo nivel de análisis y desempeño en las diferentes actividades que realiza como exposiciones, tareas, proyectos, prácticas, entre otros.

Por consiguiente, la mala calidad de sueño se puede relacionar con la presencia de un cuadro de ansiedad, ya que el curso de un cuadro ansioso a su vez, provoca dificultad para conciliar el sueño por el estado de alerta alterado, interfiriendo con el curso de este proceso. Al respecto Barrenechea *et al.* (2010) menciona: “No existe una definición establecida de calidad del sueño ya que cada individuo es diferente; sin embargo se puede relacionar con el número de horas que se duerme y las repercusiones del sueño en la vigilia” (pág. 54). En este sentido, es importante conocer cómo es el proceso de sueño en los estudiantes universitarios, ya que la mala calidad de este es común dentro del marco de los síntomas de la depresión, así como de la ansiedad de acuerdo a diversas investigaciones realizadas sobre el tema (Gómez *et al.*, 2018).

Al respecto, la falta de sueño o insomnio, puede deberse a otro factor común en los universitarios como es la presencia de síntomas depresivos que provoca una merma en su desempeño académico, por eso, Gutiérrez, *et al.* (2010) expone:

[...] la depresión (...) se define como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos cuyas características son un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo asociado a insomnio, anorexia e ideación suicida (pág. 9).

En efecto, la depresión puede ser otro factor, que puede formar parte de la ansiedad y repercutir en la vida cotidiana del estudiante. Por eso, Ruiz y Lago (2005) exponen:

Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social (pág. 266).

La presencia de ansiedad y síntomas depresivos, aunados a la poca calidad de sueño, puede provocar que el alumno disminuya su entusiasmo por aprender, ya que estos

factores interfieren en el desempeño académico del alumno, y su incremento o constante aparición pudieran formar parte de los factores asociados con la deserción escolar.

Diversas investigaciones realizadas exponen altos niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y mala calidad de sueño en estudiantes universitarios. Una de estas es la de Vargas *et al* (2014), quienes estudiaron los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad Autónoma de Tamaulipas inscritos en la licenciatura de Criminología, Químico-Farmacobiólogo, e Industrial, obteniendo que las mujeres evaluadas presentan altos niveles de ansiedad así como mayor sintomatología depresiva representando un 66.64 % en comparación con el 33.33% de hombres. En otro trabajo realizado por González *et al.* (2018) obtienen que el 19.9% de los estudiantes universitarios evaluados de la Universidad Autónoma de Nuevo León, pertenecientes al primer semestre de una licenciatura presentan altos niveles de ansiedad. Asimismo, en un estudio realizado por Cardona *et al.*, (2014) en una universidad colombiana privada, con una muestra de 100 estudiantes de ingeniería y 100 de medicina, obtiene que el 58% de alumnos evaluados presentaban altos niveles de ansiedad.

Por otro lado, Jiménez *et al.* (2015) llevaron a cabo un Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán, la muestra en la Ciudad de México fue de 1,549 estudiantes (54% hombres, 46% mujeres). En las dos muestras se incluyó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la CESD-R. Los estudiantes de la Ciudad de México obtuvieron una proporción significativamente más elevada de casos dentro de la categoría de síntomas clínicamente significativos de un probable episodio depresivo (13.3 %), mayor que los del estado de Michoacán (9.2 %). Las comparaciones entre hombres y mujeres mostraron que, en ambos casos, las mujeres de la Ciudad de México presentaron proporciones significativamente mayores de síntomas de un probable episodio depresivo mayor ($\chi^2=56.294$, $gl= 2$, $p<.001$).

Es importante destacar la importancia de este tema, en el sentido de que el estado físico y emocional contribuye a la formación del profesional, tal como se expone en diversos

estudios como el de Carmona *et al.* (2017), quienes aplicaron a una muestra de 1,023 estudiantes de una facultad de medicina mexicana el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) (Carmona *et al.*, 2017).

En el año 2014, se realizó otra investigación sobre la calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería Universidad de los Andes. La población estuvo conformada, por 434 estudiantes de la carrera de Medicina. Se utilizó el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg en el que se obtuvo que los estudiantes de ambas licenciaturas presentan una mala calidad de sueño (Villarroel, 2014).

En ese mismo año, otro estudio realizado por Monterrosa, Ulloque y Carriazo (2014) con 503 estudiantes de medicina de la Universidad de Colombia, en que se aplicó este mismo instrumento, su componente con peor puntuación fue duración del sueño, seguido de disfunción diurna, con lo que se concluyó que el 88.1% fueron identificados como malos dormidores y los restantes, representados con el 11.9% de la población, como buenos dormidores.

En el año 2015, se entrevistó a 248 alumnos de la carrera de medicina de la Universidad de Paraguay para determinar su calidad del sueño. Según el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, 65 personas (26.21 %) fueron catalogados como buenos dormidores y 183 personas (73.79%) malos dormidores (Adorno *et al.*, 2016).

En 2016, se llevó a cabo otra investigación sobre la calidad de sueño en universitarios de medicina de la Universidad de Colombia, en el que participaron 259 estudiantes. Con base a los datos obtenidos del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, se encontró que los estudiantes evaluados, tienden a tener una calidad de sueño que merece atención médica y tratamiento médico (91.9%); y que el 68.7% de los estudiantes presentan somnolencia leve o moderada (De la Portilla, Dussán y Montoya, 2017).

Zuñiga *et al.*, (2017) realizaron una investigación sobre la prevalencia de alteraciones en el proceso del sueño y el riesgo de apnea obstructiva en México, en el que se encontró

que, la duración promedio de sueño fue de 3 horas, y en el que el 28.4% de los adultos duermen menos de 7 horas. En otro estudio realizado en Perú, Failoc, Perales y Díaz (2015) encontraron que estudiantes de medicina humana de la Universidad de Lambayeque, el 79.9% presentan mala calidad del sueño; este resultado fue alarmante pues en estudios previos en el mismo país, el porcentaje de mala calidad del sueño no era tan alto. De igual manera, Borquez (2011) realizó investigaciones en alumnos de medicina de la Universidad de Brasilia, en el cual observó somnolencia en los estudiantes desde el principio de semestre en 39.53% y, en los alumnos restantes, se halló somnolencia en ascenso desde el inicio hacia final del semestre en 22% de los casos, concluyendo que los estudiantes más somnolientos presentan peor desempeño académico, por eso, en relación al rendimiento académico, ha sido de interés para algunos investigadores estudiar en qué medida la somnolencia afecta a los estudiantes universitarios.

De acuerdo a las investigaciones recopiladas se puede sugerir que los estudiantes universitarios constituyen una población vulnerable a presentar síntomas depresivos, ansiedad y baja calidad de sueño; y, en específico, aquellos de la licenciatura en psicología se encuentra entre la población con mayor estrés (Vargas, 2016).

Es por ello que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre los niveles ansiedad, y la presencia de sintomatología depresiva, en relación con la calidad de sueño en los estudiantes universitarios de la licenciatura de Psicología de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, es común encontrar a estudiantes universitarios cansados, agobiados, estresados, con alteraciones en el proceso de sueño. Esto, puede ser causado por los largos periodos que el alumno se somete al excesivo trabajo académico cómo estudiar para un examen, realizar tareas, proyectos, prácticas, así como por la realización de actividades extra curriculares como lo es un empleo. Por ello, puede dejarse a un lado la salud física y emocional, llevándolos a presentar diversas alteraciones como la ansiedad, y la depresión.

La ansiedad es un importante predictor del rendimiento académico (McCraty, 2007) y varios estudios han demostrado que tiene un efecto perjudicial. Los investigadores encontraron que el alto nivel de ansiedad de los estudiantes conlleva a un bajo desempeño escolar (Luigi *et al.* 2007). Incluso, en Colombia la ansiedad fue reportada como uno de los motivos principales de consulta de los estudiantes que asistían al servicio de psicología que proporciona la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, donde el 12% de la población consultante fue identificada con rasgos ansiosos, de los cuales un 75% eran estudiantes de Psicología (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2009, citado en Flores *et al.*, 2016).

Por otra parte, en el 2016, se tomó a 87 estudiantes (54 mujeres y 33 hombres) de la carrera de Cirujano Dentista de la FES Iztacala de la UNAM para detectar las situaciones y respuestas que reportan los estudiantes identificados con niveles altos de ansiedad. Con base a los datos obtenidos por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), en el caso de las mujeres, el 68.5% presentan ansiedad fisiológica, al sentir su cuerpo en tensión; en cuanto a la ansiedad cognitiva, el 44.4% se preocupan fácilmente y al 38.9% les cuesta trabajo concentrarse. En cambio, los hombres el 36% presentan ansiedad fisiológica al señalar que su cuerpo está en tensión; en ansiedad cognitiva, el 30% reportan preocuparse con facilidad y al 24.2% les cuesta trabajo concentrarse.

Así que la ansiedad afecta el desempeño del alumno, como es bien sabido, cuando se mantiene en unos niveles equilibrados la ansiedad resulta beneficiosa, ya que es útil para afrontar los retos que se presentan en la vida universitaria. Sin embargo, si es excesiva puede tener efectos insidiosos en la trayectoria del estudiante, no solamente en el deterioro de sus relaciones interpersonales y de su salud, sino también, con descenso de su rendimiento académico. La ansiedad cumple una función adaptativa, pero también puede adentrarse en terreno patológico, cuando el menoscabo psicosocial y fisiológico en la persona, ya por su duración, ya por su intensidad, es significativo (Martínez, 2014).

Sobre ello, Jadue (2001) manifiesta:

Los altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar. Los muy ansiosos tienen dificultades para poner atención, se distraen con facilidad. Utilizan pocas de las claves que se otorgan en las tareas intelectuales. Aquellos con una inteligencia promedio sufren mayormente de dificultades académicas, ya que los mejores dotados intelectualmente pueden compensar la ansiedad. La disminución en el rendimiento en la escuela tiene consecuencias negativas tanto en las calificaciones como en la autoestima de los estudiantes (pág. 113).

En el año 2013 se evaluó a 218 alumnos de las licenciaturas en Psicología, Educación y Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México, en el que se obtuvo resultados con base al instrumento; Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS), del cual el 57% de indicadores de depresión correlacionaron con rendimiento académico; mientras que de los 12 indicadores del factor Ansiedad respecto del rendimiento académico, sólo el 16.6% se presentan como significativos en su correlación (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013), demostrando que no solamente la ansiedad afecta el rendimiento escolar, sino además, la depresión dificulta la memoria y la concentración, impidiéndoles prestar atención y asimilar lo que se les enseña .

Serrano *et al.* (2013) expone “tanto el ansioso como el depresivo presentan dificultades en su trabajo, con su rendimiento escolar, en su grupo social. Tienen pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual)” (pág. 52). En general, un alto nivel de ansiedad se asocia más estrechamente con un menor desempeño entre estudiantes de baja capacidad (Sena *et al.*, 2007).

Por otra parte, la depresión es uno de los diagnósticos más comunes realizados por profesionales de la salud mental que tratan con estudiantes de educación superior (Marcotte, 2013). Martínez *et al.* (2016) exponen que 31.72% de los estudiantes universitarios evaluados pertenecientes al área de salud presentan un diagnóstico depresivo mayor. De igual manera, se plantea que las mujeres son quienes padecen más esta situación, al respecto, Aguedelo, Casadiegos y Sánchez (2008) mencionan:

Los datos encontrados confirman que la población femenina además de ser la que consulta con mayor frecuencia, también manifiesta mayor vulnerabilidad frente a la presencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, constituyendo un importante foco de intervención (pág. 38).

Respecto a la calidad del sueño y su relación con la ansiedad y la sintomatología depresiva Marín *et al.* (2008) mencionan al respecto: “Las diferentes alteraciones del sueño, ya sea por exceso o déficit del mismo, en un individuo, dan cuenta de importantes cambios psicológicos como, irritabilidad, ansiedad, impaciencia y depresión” (pág. 219). La misma alteración del sueño también pudiera afectar al área cognitiva, así como algunas capacidades del individuo quien la padece, “la privación de sueño disminuye las habilidades cognitivas y psicomotoras” (Hamui-Sutton, 2013, pág. 325).

Además, Kelly, Kelly y Clanton (2001, citado en Quevedo y Quevedo, 2011), manifiestan al respecto: “[...] los sujetos con patrón de sueño corto manifiestan mayores síntomas de desajustes psicológicos que los sujetos con patrón de sueño largo, causando en los primeros, un efecto más negativo sobre el rendimiento académico” (pág. 61).

Por lo comentado, puede argumentarse que la presente investigación cuenta con la debida relevancia para la comunidad estudiantil, los docentes, y otros profesionales que trabajan con universitarios como las áreas psicopedagógicas o de tutoría, ya que el conocer los niveles de ansiedad, calidad de sueño y sintomatología depresiva pueden ser de utilidad para crear programas integrales de intervención ante dicha situación, mejorando así la calidad de vida y desempeño del estudiante. En México, los pocos estudios sobre los índices de la deserción escolar universitaria, señalan como factores asociados con ello a las presiones económicas familiares y las dificultades de integración familiar, las relativas a la inadecuada orientación escolar, la reprobación escolar reincidente y algunos problemas de salud (físicos y mentales) (Rodríguez y Leyva, 2011), de tal forma que en esta investigación se ha puesto el interés en aspectos de salud mental, como son la ansiedad, la sintomatología depresiva y la calidad de sueño que, con anterioridad se ha mencionado con base a las múltiples investigaciones, se relaciona en el rendimiento académico.

Los estudiantes universitarios se enfrentan a diferentes desafíos, inquietudes y preocupaciones que afectan su vida general, ya que hacen frente a los cambios de adolescencia a la adultez y todo lo que conlleva como son: la independencia financiera y entrada al mundo laboral, la independencia y del núcleo familiar, o la preocupación por el futuro; además de tener que sobrellevar la vida universitaria, y en este sentido tener que adaptarse a un entorno completamente diferente a lo que fue el bachillerato o niveles anteriores (Cardona *et al*, 2015).

A este respecto Tinto (2006) expone:

[...] se considera especialmente el paso o la transición en la vida del estudiante que significa dejar los antiguos vínculos y pertenencias para incorporarse a la vida propia del universitario, otorgando una particular relevancia al estrés de la transición y el nivel de desgaste (s/p).

Finalmente, debe mencionarse que en esta etapa académica es imprescindible contar con jóvenes estudiantes que se encuentren con un adecuado estado físico y emocional, ya que la presencia de alteraciones en el mismo podría verse reflejada en un mal desempeño académico dificultando la adquisición de herramientas para su formación profesional a futuro.

OBJETIVOS

General

- Determinar la relación entre los niveles de ansiedad, la sintomatología depresiva y la calidad del sueño en estudiantes universitarios.

Específicos

- Obtener los niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y calidad de sueño en los estudiantes universitarios de la licenciatura de Psicología de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- Contrastar los niveles de ansiedad, sintomatología depresiva e índices de calidad de sueño respecto de las variables sociodemográficas de sexo, edad cronológica, escolaridad y trabajo.

CAPÍTULO I. METODOLOGÍA

1.1 Tipo de estudio

El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para comprobar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Sobre ello, Sanday (2007) explica: “Este tipo de investigación trata de determinar la fuerza de asociación o relación entre variables, así como la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra” (pág. 5). Dicho enfoque, contribuye a la recolección de datos que permite conocer, analizar, demostrar, determinar y comprender aspectos de las variables de investigación.

El estudio es de tipo correlacional, ya que se trata de una investigación que analiza la relación entre variables, que según Morris y Maisto (2005): “Es útil para aclarar las relaciones entre variables preexistente que no pueden examinarse en otros medios” (pág. 45).

El diseño de ésta investigación es no experimental, que a propósito, Toro y Parra (2006) explican al respecto:

Es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, es investigación en donde no hacemos variar intencionalmente variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto, pero después analizarlos (pág. 158).

1.2. Técnicas e instrumentos

Para la realización del presente trabajo fue de utilidad el manejo y uso de ciertos instrumentos de evaluación psicológica, como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D (por sus siglas en inglés); el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y finalmente el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, debido a que dichas herramientas cuentan con las propiedades psicométricas necesarias para cumplir con los objetivos planteados anteriormente.

1.2.1. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este instrumento fue creado por Beck y Steer (1988). Consta de 21 ítems de estilo Likert, que se organizan en “poco o nada”, “levemente”, “moderadamente” y “severamente”, con una puntuación que va de 0 a 3 puntos, respectivamente.

En el estudio realizado por Robles *et al.* (2001) se logró la estandarización del protocolo original en población mexicana. Se obtiene que “Las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana presentan una alta consistencia interna (Alfas de Cronbach de 0,84 y 0,83), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$), validez convergente adecuada” (pág. 8).

De igual manera, se obtiene en la investigación realizada por Galindo *et al.* (2015) a través del análisis factorial que se deben considerar 4 factores centrales de este inventario, siendo los siguientes:

- Factor 1: Subjetivo (Reactivos 4, 5, 8, 9, 10, 14, y 16)
- Factor 2: Neurofisiológico (Reactivos 1, 3, 6, 12, 13, 17, 18, y 19)
- Factor 3: Autonómico (Reactivos 7, 11, y 15)
- Factor 4: Síntomas Vasomotores (Reactivos 2, 20, y 21)

1.2.2. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D

La Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos, CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) es un instrumento que fue diseñado originalmente por Radloff (1997), con la finalidad de medir la sintomatología depresiva presente en una población determinada. Esta hace de uso ítems que han sido utilizados anteriormente en escalas de depresión más largas.

El instrumento consiste de 20 reactivos que evalúa la sintomatología depresiva durante la semana previa a su aplicación, con opciones de respuesta: 0= 0 días, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días y 3= 5-7 días, por lo que el rango teórico fluctúa de 0 a 60. Su diseño es autoaplicable y práctico debido a su brevedad, así como a la no necesaria participación de personal especializado para su aplicación.

De acuerdo a González *et al.* (2011) el CES-D en su versión de 20 ítems, se organiza alrededor de 4 factores, los cuales, se obtuvieron a través de un estudio con 1549 estudiantes de educación media en la Ciudad de México, con la versión actualizada de la CES-D los cuáles se clasificaron de la siguiente manera:

- Afecto deprimido (reactivos 18, 17, 6, 3, 9, 20,14, 10)
- Afecto positivo (reactivos 8, 16, 4, 12,7)
- Somatización (reactivos 2, 5, 11,1, 13)
- Interpersonal (reactivos 15, 19)

Weissman (1983, citado en Bojorquez, 2019) señala que para su interpretación debe tomarse en cuenta que 4 de los reactivos están planteados en dirección inversa, lo que se refiere a condiciones de afecto positivo, de manera que la interpretación de la puntuación sea la misma que para los demás. Además de la puntuación total, puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos el punto de corte de 16.

De acuerdo a la investigación realizada por González *et al.* (2011) “la consistencia interna global de la escala arrojó un coeficiente de alpha de Cronbach con un índice satisfactorio ($\alpha=.83$)” (pág. 56) haciéndola válida para su aplicación como protocolo. Asimismo García *et al.* (2018) obtienen que “La consistencia interna (≥ 0.83) y diversos tipos de validez han resultado consistentemente satisfactorios en diferentes estudios con población escolar adolescente mexicana rural y urbana” (s/p).

1.2.3. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg es un instrumento autoaplicable diseñado por Buysse *et al.* (1989) del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburg, el cual proporciona una puntuación global de la calidad del sueño y puntuaciones parciales en siete componentes distintos. Mide la calidad del sueño en un intervalo de un mes.

El instrumento consta de 19 preguntas de autoevaluación que incluyen 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación (las cuales se aplican en caso de estar presente o existir), mismas que no forman parte de la calificación del índice, por lo que el aplicador puede prescindir de ellas.

El protocolo se divide en 7 componentes o dimensiones de los cuales se puntúan de 0 a 3 puntos, utilizando los ítems “Ninguna”, “menos de 1 vez a la semana”, “1 o 2 veces a la semana”, “3 o más veces a la semana”; asimismo se hace uso de preguntas abiertas que el evaluado responderá utilizando su experiencia anterior no mayor a un mes (Fernandez, 2007).

El ICSP, se divide en 7 dimensiones:

- Calidad de sueño (reactivos 6)
- Latencia del sueño (reactivo 2, y 5a)

- Duración del sueño (reactivo 4)
- Eficiencia del sueño (reactivo 3, y 1)
- Perturbaciones del sueño (reactivos 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, y 5j)
- Uso de medicación para dormir (reactivo 7)
- Disfunción diurna. (Reactivo 8, y 9)

La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación que va desde 5 hasta 21. Una puntuación menor de 5 se considera “sin problemas de sueño”. Una puntuación de 5 a 7 como “merece atención médica”, una puntuación de 8 a 14 como “merece atención y tratamiento médico” y, una puntuación de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave” (Luna, 2015).

Finalmente, en cuanto a la validación y confiabilidad realizada por Luna (2015) de este Índice, se obtiene que:

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh mostró mediante el análisis de la consistencia interna un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,56, el cual indica una moderada confiabilidad de la prueba, resultado similar al estudio peruano de Rosales y col, quienes midieron la homogeneidad interna del instrumento encontrando un valor $>0,5014$. Sin embargo, para la versión original en español, la consistencia interna fue de 0,811, mientras que en la validación colombiana fue de 0,779 y en el estudio de confiabilidad de México, de 0,7815 (pág. 27).

El ICSP, a pesar de estar validado para uso en población mexicana, no existe al momento algún estudio confiable realizado en nuestro país con estudiantes universitarios. Sin embargo, puede observarse que este instrumento fue de utilidad para medir la calidad de sueño en una población psiquiátrica mexicana de 18 años en adelante, este estudio realizado por Jiménez (2008), concluyeron que “es un instrumento confiable para la evaluación de la calidad del sueño en la población mexicana” (pág 25).

1.3. Población y muestra

El estudio se realizó con una población total de 789 alumnos pertenecientes licenciatura en Psicología de esta Universidad. Los alumnos seleccionados cumplen con las características de ser estudiantes universitarios, estar inscritos en dicho programa, y cursar entre el 1º y el 8º semestre de la licenciatura.

El muestreo se obtuvo mediante el uso de una técnica no probabilística denominada muestreo por conveniencia, el cual, de acuerdo a López (2004) “consiste en seleccionar los casos que se encuentren disponibles o por comodidad para el investigador” (pág. 5).

De la población en estudio, se tomó una muestra representativa de 300 participantes, de diferentes edades y semestres a quienes se informó brevemente sobre el trabajo de investigación, indicando que los datos obtenidos se utilizarían con fines exclusivos de investigación, manteniendo la confidencialidad y anonimato de los participantes, por lo que una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición.

1.4. Hipótesis y variables

1.4.1. Hipótesis

La investigación presente parte de la hipótesis: a mayor nivel de ansiedad existe mayor aparición de síntomas depresivos y menor calidad de sueño en estudiantes universitarios.

1.4.2. Variables

Las variables utilizadas para el estudio son las siguientes; como variable independiente encontramos los niveles de Ansiedad, y como dependientes se toma la Sintomatología

depresiva, y Calidad de Sueño. De igual manera, se consideran las variables atributivas de Sexo, Edad, Escolaridad y Trabajo.

A continuación se muestran las definiciones conceptuales con base a las cuales se elaboró la investigación:

a) Ansiedad

De acuerdo a Hernández (2006) la ansiedad se define como:

Una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazadoras, se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. [...] Pueden sumarse cambios como consecuencia del aumento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea. Estos cambios son las respuestas normales ante las situaciones peligrosas (pág. 3).

Sin embargo, deberá tomarse en cuenta la ansiedad patológica, Hernández (2006) refiere que esta no cumple con una función adaptativa, sino lo contrario; ya que puede bloquear respuestas de adecuación, afecta el rendimiento en la vida diaria y principalmente se mantiene por un lapso mayor afectando así el desarrollo de la vida diaria.

b) Síntomas depresivos

La depresión de acuerdo a Terroso *et al.* (2009), se define como:

Una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos 6 meses. (pág. 13).

c) Calidad de Sueño

La calidad de sueño se refiere a “el hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día” (Borquez, 2011, pág. 2).

1.4.2.1. Variables atributivas

a) Sexo

Al hacer referencia al término *sexo*, hablamos de él desde el punto de vista biológico, el cual lo define como un “conjunto de características biológicas de un organismo que permiten diferenciarlo” (Pollack, 2007, pág. 6). Se utiliza esta definición con el fin de diferenciar únicamente 2 identidades, es decir, hombres y mujeres.

b) Edad cronológica

Se toma la definición de edad cronológica como “la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona” (Sánchez, 2019)

c) Escolaridad

De acuerdo al diccionario en línea de la Real Academia de la Lengua Española, con escolaridad se hace referencia al “conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente” (s/p).

d) Trabajo

Con base al diccionario en línea de la Real Academia de la Lengua Española, con trabajo se hace referencia a “ocupación retribuida. [...] Lugar donde se trabaja” (s/p).

1.5 Procedimiento

1. Se propuso el presente trabajo por escrito al director y coordinador de la facultad, obteniendo el consentimiento en el mismo día.
2. Se eligió como parte de la muestra a los alumnos que cumplieran con las características requeridas por los investigadores, teniendo como lugar de aplicación la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
3. Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos a los alumnos seleccionados, a quienes se solicitó su consentimiento informado, finalizando el proceso en un lapso de 2 días.
4. Se vaciaron los datos obtenidos en el SPSS para posteriormente procesarlos a partir de estadísticos de correlación, T de Student y ANOVA de un solo factor, con lo que se procedió a su descripción e interpretación.
5. De forma paralela se integró información conceptual de los capítulos teóricos que conforman el trabajo.
6. Se elaboró la discusión, y análisis de datos, para posteriormente realizar conclusiones y recomendaciones a partir de los datos obtenidos en la investigación.

1.6 Análisis de los datos

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a su captura en el SPSS, versión 15 para Windows, previa elaboración del fichero correspondiente con los datos que se incluyen en cada uno de los instrumentos. Posteriormente, se revisó que los datos capturados estuvieran adecuadamente registrados y se llevó a cabo su procesamiento.

Inicialmente se realizó el análisis de frecuencias de los datos sociodemográficos, se obtuvieron las estadísticas de tendencia central para las sumatorias de los puntajes alcanzados en los instrumentos, se aplicó el estadístico de correlación bivariada de Pearson para obtener el nivel de asociación entre las variables ansiedad, síntomas de depresión y calidad de sueño. De igual manera, se aplicó la prueba T de Student y ANOVA de un solo factor para comparar los puntajes obtenidos en cada una de las variables de estudio, respecto de las variables atributivas utilizadas en la presente investigación.

CAPÍTULO II. LA ANSIEDAD

2.1. Conceptualización de la ansiedad, y factores asociados.

La ansiedad ha sido un tema de gran interés para la psicología desde sus orígenes, donde trata de definirse, explicarse y tratarse desde finales del S. XVIII, hasta la actualidad. Sin embargo, el concepto de ansiedad ha sido comparado y confundido con otros conceptos como lo son el estrés y la angustia, asimismo, la ansiedad como concepto ha sido explicada y conceptualizada de maneras diversas de acuerdo a las múltiples corrientes o teorías psicológicas.

Originalmente, el estudio de lo que hoy conocemos como ansiedad inicia con Cullen (1790), en su obra *First Lines of the Practice of Physic* donde nombra *Neurosas* o *Nervous Diseases* (enfermedades nerviosas) para hacer referencia a una serie de afecciones que consisten en la interrupción y debilidad de los poderes del sentido y del movimiento, o en la irregularidad con la que se ejercen estos poderes, la cuales se clasificaban en 4 órdenes llamados Comata, Adynamice, Spasmi, and Vesania.

Con el fin contextualizar, y de acuerdo INCYTU (2018), en México se contempla que alrededor de 2,9% de habitantes padecen Fobia Social, 1,0% Agorafobia y Trastorno de pánico, y finalmente 0,9% Ansiedad generalizada, siendo las mujeres quienes más tienden a presentar estos trastornos (Occupational Health [OH], 2012, citado en Stein y Hollander, 2010).

Para comenzar a definir el término de ansiedad se hace necesario aclarar la diferencia entre ansiedad normal y ansiedad patológica. Se habla de ansiedad normal cuando esta se convierte en el resultado emocional adecuado respecto a una situación que exija una

respuesta adaptativa al medio, por otra parte, se habla de ansiedad patológica como un estado excesivo de expectación o preocupación que interfiere con la realización de actividades diarias de la persona y su expresión no es proporcional al contexto (Leckman, 2002).

Puede entenderse que la ansiedad es una manifestación constante de un estado de alteración física y emocional, el cual repercute en la vida del sujeto pudiendo desencadenar otras alteraciones mayores en grado. Al respecto Sierra, *et al.* (2003) exponen:

La 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 (pág. 15).

Por otra parte, Spielberg (1989) hace referencia a la ansiedad como: “una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto” (pág. 386).

Siendo estas manifestaciones fisiológicas las que caracterizan un cuadro de ansiedad, que de acuerdo a Saucedo (s.f.), surgen como consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano y entre ellas se encuentran principalmente: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor, etc., Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica, vómitos, náuseas, diarrea, llegando a afectar incluso el desempeño físico y sexual en la persona.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición define a la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura la cual, al ser

excesiva da paso a alteraciones asociadas, entre ellas el trastorno de ansiedad por separación, Fobias específicas, Ansiedad Social, Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, entre otros (APA, 2014, pág. 189).

La ansiedad y el estrés son factores que se encuentran estrechamente relacionados. El término estrés, se origina en 1926 desde una perspectiva psicobiológica por Selye, mencionando que el estrés es el esfuerzo adaptativo frente a un problema, de igual manera definía al estrés como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce” (Barrio, 2006, pág. 38).

Respecto a esto Taylor (1986, citado en Sierra, 2003) destaca que “el estrés hace referencia, principalmente, a la situación, mientras que la ansiedad alude a la reacción ante sucesos estresantes” (pág. 14).

Un segundo factor asociado a la ansiedad es la angustia, en el año 1896, con la fundación del Psicoanálisis se comienza a hacer alusión a las neurosis de angustia, años antes Freud (1978), hacía mención de ellas sugiriendo que, “todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia” (pág. 92).

Henry Ey (2002) en su tratado de Psiquiatría, basa su trabajo en la organización realizada por Freud, sin embargo, comienza a caracterizar la Neurosis de Angustia por la aparición de crisis (ataques de angustia) sobre un fondo de inestabilidad emocional; la neurosis fóbica por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizante para el paciente, agregando de igual forma los cuadros de Claustrofobia y agorafobia, entre otros (Ojeda, 2003).

Posteriormente, a mediados del siglo XX comienza a diferenciarse la angustia de la ansiedad, explicándose tal como hoy se le conoce, al respecto López-Ibor (1969, citado en Sierra, 2003) expone:

En la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia y, por último, el fenómeno es percibido con mayor nitidez (pág. 12).

Se observa entonces que el estrés, la angustia y la ansiedad son términos que si bien pueden ser parecidos, no son lo mismo; sin embargo, guardan una estrecha relación.

2.2. Indicadores clínicos de la ansiedad

La ansiedad es una característica inherente al ser humano, pues esta “opera como señal para buscar la adaptación, suele ser transitoria y la persona la percibe como nerviosismo y desasosiego [...]. Pasado el período de exigencia o de peligro la persona vuelve a su condición basal” (Hernández, 2009, pág. 1), esta misma reacción se presenta en diversas situaciones de la vida cotidiana que exigen una respuesta inmediata como puede ser un accidente, un test, o algún compromiso pendiente, a esto se le llama ansiedad normal.

Por otra parte Hernández, *et al.* (2009) menciona que la ansiedad patológica aparece:

Cuando la respuesta de alerta se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes o cuando se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria, provocando un malestar significativo y síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual (s/p).

Es de esta manera que se puede comenzar a diferenciar la ansiedad desde su función adaptativa y aquella referida como patológica. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición (2014) se clasifican los Trastornos de

Ansiedad en 9 apartados, los cuales se comprenden en el Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Debido a Otra Afección Médica, Otro Trastorno de Ansiedad Especificado y Otro Trastorno de Ansiedad No Especificado; siendo el Trastorno de Ansiedad Generalizada el apartado con mayor utilidad para el presente apartado debido a las características que se contemplan en el mismo, cumpliendo con una estrecha relación con las temáticas tratadas en el presente trabajo de investigación; asimismo, se abarcan síntomas como preocupaciones en relación a actividades diarias, alteraciones en la respuesta emocional y en el proceso fisiológico, entre otras características que se exponen a continuación.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada cuenta con 6 criterios diagnósticos los cuales son expuestos a continuación:

A. Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

2.3. Ansiedad, la calidad de sueño, y depresión

Como es bien sabido, la ansiedad está relacionada con mantener a las personas despiertas y en estado de alerta. Sin embargo, es necesario mencionar que "las personas que están ansiosas a menudo experimentan disminución de la calidad del sueño debido a síntomas de insomnio" (Adams, 2013, pág. 26). Sin embargo, también hay mucha evidencia que sugiere que la calidad del sueño interviene en el aumento de los niveles de ansiedad: "Las alteraciones de la calidad del sueño se informan con frecuencia en todos los trastornos psiquiátricos, incluyendo ansiedad" (Buysse, 1989, pág. 194). En un estudio realizado por Galambos *et al.* (2010) se descubrió que una peor calidad del sueño se asociaba con la

aparición de mayores niveles de ansiedad, mientras que en otro, Gray y Watson (2002) descubrieron que los durmientes de baja calidad tienden a presentar niveles significativamente más altos de ansiedad así como depresión.

La presencia de un cuadro de ansiedad, provoca alteraciones de sueño, tal como lo indica Chóliz (1999):

La relación entre ansiedad y problemas de sueño no solamente se manifiesta en la dificultad de conciliar y mantener un sueño de calidad cuando el sujeto es prisionero de su angustia, sino que el mal dormir puede ser la principal causa de los problemas emocionales del día siguiente (pág. 174).

Al respecto Medina (2007) expone:

Con frecuencia, las alteraciones del sueño se detectan en la mayoría de los pacientes con trastornos mentales y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño. Aproximadamente el 40% de las personas que se quejan de insomnio y el 46,5% de quienes lo hacen por excesiva somnolencia diurna presentan algún trastorno mental. En los trastornos de ansiedad, el 23,9% de los pacientes refieren insomnio, y el 27,6%, excesiva somnolencia diurna (pág. 702).

Por tanto, una de las características de la ansiedad, es la dificultad para conciliar el sueño, de tal forma que “en muchas ocasiones, un descanso insuficiente o de mala calidad influye negativamente en la actividad cotidiana y es causa o consecuencia de estados depresivos y/o ansiosos” (Vasco, *et al.*, 2018, pág. 370). Así que, el buen dormir, conlleva buenos resultados.

En un estudio realizado por Peltz *et al.* (2016) obtuvieron que uno de los principales predictores de la mala calidad de sueño (en cuanto a cantidad, calidad, y reposo post-sueño) era la ansiedad en estudiantes, en comparación de variables como el consumo de

alcohol y cafeína, los cuales solo afectaban una de las 3 dimensiones; de igual manera, Gunnarsdottir, (2014), señala que la mala calidad del sueño puede aumentar los efectos sobre la ansiedad.

Por otro lado, en cuanto a la depresión Lovell (2015) expone que los síntomas depresivos se asociaron principalmente con *saltarse* el desayuno y la mala calidad del sueño en el hombre, mientras que en las mujeres, los síntomas depresivos se asociaron con el no desayunar, la actividad física vigorosa inadecuada y pocas horas de sueño.

A su vez, la mala calidad de sueño forma parte de la sintomatología de la depresión y como ya se mencionó, el estudiante no se encontrará en las mejores condiciones físicas y emocionales para un óptimo rendimiento académico.

En esta misma línea, es importante reconocer que los trastornos del sueño y la depresión tienen una asociación directa en ambas direcciones, por lo que la depresión influye en el proceso y curso del sueño (Bao, 2017); asimismo, Breslau *et al.* (2011) obtienen que el riesgo de sufrir depresión es mayor cuando existe en lo jóvenes un historial de duración de sueño breve. En un estudio realizado por Moo-Estella *et al.* (2005) encontraron diversas alteraciones del sueño en una gran proporción de los sujetos universitarios, más graves en aquellos que mostraban síntomas depresivos.

En suma puede decirse que, “el ánimo deprimido, como la ansiedad es la variable que guarda una relación más estrecha con los procesos alterados del sueño” (Miró *et al.*, 2006, pág. 35).

2.3.1. Actividad laboral, factor asociado a la ansiedad y depresión

Un estudio realizado por Pong (2009) expone que aquellos estudiantes que trabajan más de 20 horas sufren consecuencias negativas respecto a su rendimiento académico, así como en su vida personal; por otro lado, De Simone (2008) sugiere que los estudiantes

que trabajan más horas son mayormente propensos a tener un deficiente rendimiento académico. En esta misma línea, Robazzi *et al.* (2104) expone lo siguiente:

El exceso de trabajo es considerado como aquel realizado de tal modo que va más allá de la posibilidad de recuperación del individuo; este hecho puede representar un riesgo, ya que algunas personas pueden exigir mucho de su organismo y presentar dificultades de recuperación (pág. 53).

Otro de los factores predisponentes a la aparición de sintomatología ansiosa es el estrés. Al respecto, Taylor (1986, citado en Sierra, 2003) expone que “además de afectar al rendimiento escolar, el estrés, afecta el ámbito personal del individuo, siendo un factor incidente de la ansiedad” (pág. 53); asimismo, “el estrés, además de producir ansiedad, puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer” (Sánchez, 2011, s/p).

La aparición de estrés en la vida de un individuo es ocasionada por diversos factores; sin embargo, en la vida de los estudiantes estos factores pueden verse relacionados con las actividades que estos realizan. El estrés, de igual manera alcanza sus estándares más altos en los estudios de nivel superior, ya que estos se caracterizan por altas cargas de trabajo (Tolentino, 2009). Un ejemplo puede ofrecerse en el estudio realizado con universitarios yucatecos (Armeta *et al.*, 2008), en que se encontró que los factores socioeconómicos (como los problemas económicos en la familia, el trabajo de largo tiempo, etc.) afectan directamente el rendimiento académico, ocasionando estrés. Ante esto es necesario enfatizar que México es uno de los países con mayores niveles de estrés, debido a las problemáticas económicas en las que se encuentra (Caldera, 2007). Por esta razón se comprende que un factor que puede propiciar un estado de estrés y posteriormente un cuadro de ansiedad es el trabajo para cubrir necesidades económicas.

El trabajar jornadas largas, mientras se realiza una segunda actividad como lo es la escolar puede aumentar en gran cantidad los niveles de estrés en el individuo. En palabras de Arenas y Andrade (2013); “al presentarse una combinación en determinadas condiciones

de intensidad y tiempo de exposición, afectan la salud de los trabajadores a nivel emocional, cognoscitivo, conductual y fisiológico (pág. 110)”.

Los diversos estudios sobre salud pública se orientan principalmente a los efectos psicológicos negativos en trabajadores de jornadas largas, puesto que esto deja una menor cantidad de horas libres para el desarrollo personal de quien labora, y de igual manera, obstaculiza la participación en la vida familiar, lo que a la larga ocasionará alteraciones en la salud y poca satisfacción en la vida laboral (Monza, 2005).

A esto se suma lo que Velázquez (2014) menciona:

Las extensas jornadas de trabajo provocan que los empleados le resten tiempo a la vida social, familiar, al ocio, pero sobre todo al descanso. Disminuyen las pausas que contribuyen a luchar contra la fatiga. Por otra parte, en aquellas jornadas con horarios flexibles, los empleados deben ocuparse de adaptarlo a sus necesidades y organizarlo como lo consideren más conveniente, pero no siempre resulta, originando momentos de frustración, tensión y ansiedad (pág. 410).

Puede mencionarse que, a nivel psicológico, muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que sufre dichos cambios. La reacción más frecuente al estrés es la ansiedad (Sánchez, 2011); “se destaca que esos síntomas pueden progresar mediante lapsos de memoria, confusión, depresión, ansiedad, problemas cardíacos e incluso síndromes cerebrales orgánicos” (Rhoads, 1977, citado en Robazzi *et al.* 2014, s/p).

Velásquez, González y Contreras (2010) manifiestan sobre ello:

La Organización Internacional del Trabajo considera que uno de cada diez trabajadores padece depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que condiciona desempleo y atención hospitalaria. En México, en el año 2002, la prevalencia nacional fue de 4.5% mayor en mujeres (5.8%) vs hombres (2.5%) (pág. 61).

La sintomatología depresiva afecta en los estudiantes que además, son trabajadores, por eso, Correia *et al.* (2017) señalan: “es motivo de gran preocupación, dado que tiene repercusiones para los trabajadores (discapacidad, disminución de la productividad y suicidio)” (pág. 1). Por tanto, es de esperar que la mayor parte de los estudiantes que trabajan, no solo les afecte la sintomatología depresiva en su desempeño académico, sino además, en las actividades que realicen en su trabajo.

2.4. Ansiedad en el área académica y sus repercusiones

La ansiedad académica o escolar, es un término estudiado recientemente, el cual aún comienza a tomar importancia para los investigadores del área. Se define como “un patrón desadaptativo de respuestas de ansiedad ante situaciones escolares, no llegando a considerarse un miedo extremo o psicopatológico, es decir, una fobia” (García, 2013, pág. 64). Como se comenta, no se considera una fobia, ni tampoco una patología; sin embargo, se asocia estrechamente con diversas alteraciones en estudiantes (Van Ameringen, 2003):

Se informó que (estudiantes con cuadros primarios de ansiedad) abandonaron la escuela prematuramente y el 24% de ellos indicó que la ansiedad era la razón principal de esta decisión. Los pacientes que habían abandonado la escuela prematuramente tenían una probabilidad significativamente mayor de tener un diagnóstico de fobia social generalizada de por vida, antecedentes de abuso/dependencia del alcohol y un mayor número de diagnósticos de por vida que aquellos que completaron su nivel de educación deseado (s/p).

Se observa que la aparición temprana de cuadros de ansiedad en estudiantes puede ser un factor importante en la aparición a futuro de Trastornos de Ansiedad con mayor gravedad. De igual manera, Mazzone (2007) explica que los síntomas de ansiedad son extremadamente comunes en la infancia y en la adolescencia, y que estos pueden

interferir de forma negativa con el bienestar general, la vida social, el rendimiento académico, así como en el desarrollo de habilidades sociales en quienes lo padecen. También, menciona que los síntomas de ansiedad están asociados al deterioro de la memoria y algunas funciones cognitivas las cuales pueden verse reflejadas en un bajo rendimiento escolar y en el fracaso académico.

En un estudio realizado por Bandura *et al.* (1999, citado en Fernández-Castillo, 2009) se plantea que para los alumnos, no conseguir una de las metas propuestas es un factor que genera estrés y ansiedad en él, lo cual podría ser una razón para la aparición posterior de un cuadro de depresión, especialmente cuando el fracaso se alargaba en el tiempo. Así, el fracaso académico llevaría a desarrollar sentimientos de desánimo, autovaloración negativa y síntomas propios de la depresión.

De acuerdo a Román *et al.* (2008, citado en Berrío, 2011) un alto nivel de estrés en el aula:

Altera el sistema de respuestas del individuo a nivel cognitivo, motor y fisiológico. La alteración en estos tres niveles de respuestas influye de forma negativa en el rendimiento académico, en algunos casos disminuye la calificación de los alumnos en los exámenes y, en otros casos, los alumnos no llegan a presentarse al examen o abandonan el aula [...] antes de dar comienzo el examen (pág. 2).

Respecto al bajo rendimiento académico, Serrano (2013) expone que:

Los estudiantes con bajo rendimiento escolar son sujetos normales desde el punto de vista intelectual, pero que por diversas causas fallan en sus aprendizajes escolares. Específicamente, la eficiencia diaria en la escuela es inferior a lo que podría esperarse de su inteligencia. De 35 a 70% de los niños y adolescentes que presentan rechazo escolar padecen simultáneamente trastornos afectivos y/o de ansiedad (pág. 51).

Es claro que el estrés académico puede surgir en cualquier etapa de la vida del estudiante; sin embargo, de acuerdo a Alfonso, *et al.* (2015) tal situación es mucho más evidente en los estudiantes de nivel superior:

La incorporación a la universidad constituye una experiencia estresante que implica afrontar cambios importantes en la forma de enfocar el aprendizaje y el estudio, y en muchos casos, también en la esfera personal, factores que podrían aumentar el riesgo de que los estudiantes de nuevo acceso a la universidad generen sintomatología clínica (pág. 170).

Actualmente, existe poca investigación respecto al tema. Son contadas aquellas que abordan los procesos, así como las causas y repercusiones de la ansiedad ocasionada por las actividades académicas en universitarios; respecto a esto García (2013) menciona que: “Desafortunadamente, son escasas las investigaciones en las que se analiza la relación entre ansiedad escolar y rendimiento académico encontrando, incluso en ocasiones, resultados contradictorios con respecto a la relación entre ambas variables” (pág. 66).

Por lo tanto, la ansiedad en general, puede traer severos problemas al alumno, incluso en su vida futura, haciéndolo más proclive a desencadenar Trastornos de Ansiedad, o por otra parte, como se ha encontrado en investigaciones ya comentadas, síntomas depresivos.

En cuanto al ámbito académico, Van Ameringen (2003) sugiere que los trastornos de ansiedad, y tal vez la fobia social especialmente generalizada, están asociados con la retirada prematura de la escuela. A ello, se aúna lo expuesto por Rains (2004, citado en Fernández, 2009) quien comenta: “Existe evidencia para pensar que los niveles de ansiedad elevados dificultarían el rendimiento de cualquiera en la atención, concentración y el esfuerzo sostenido no estarían en pleno funcionamiento” (s/p). Tal situación muestra una de las principales repercusiones académicas frente a la ansiedad.

En un sentido más amplio Serrano (2013) menciona que; “tanto el ansioso como el depresivo presenta dificultades en su trabajo, con su rendimiento escolar, en su grupo social. Tienen pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual)” (pág. 52). Esto deja en claro que las consecuencias de la ansiedad son amplias pudiendo abarcar el ámbito académico, así como la salud del individuo.

Wagner *et al.* (2012) exponen que “los trastornos de ansiedad y depresivos son responsables del mayor riesgo atribuible a trastornos de salud mental para la ideación e intento suicidas (pág., 6). De igual manera hace alusión a que las personas con Trastorno de ansiedad y depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con mayores costos de atención.

CAPÍTULO III. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

3.1. La sintomatología depresiva

En México, la presencia de sintomatología depresiva es probablemente uno de los problemas de salud mental más comunes en la población Mexicana. De acuerdo a los datos estadísticos brindados por el INEGI (2018) a través del Instituto Nacional de las Mujeres, en México para 2017, 32.0 millones de personas de 12 y más años de edad, equivalentes al 32.5% de la población de ese grupo de edad, reportan haber experimentado sentimientos de depresión. La proporción de mujeres con tales sentimientos (38.0%) es mayor que la de los hombres (27.0%).

Para entender de una manera amplia a la sintomatología depresiva, es necesario conceptualizar lo que conforma un cuadro de depresión en sí, debido a que no existe una definición categórica propia de la sintomatología depresiva, por lo cual, para lograr un mejor entendimiento de la materia se proponen diferentes conceptualizaciones de la depresión como trastorno.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la depresión (2019):

[...] es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (s/p).

Gutiérrez *et al.* (2010) exponen que la depresión se define como “un grupo heterogéneo de trastornos afectivos cuyas características son un estado de ánimo deprimido,

disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo asociado a insomnio, anorexia e ideación suicida” (pág. 1).

Flores *et al.* (2007) agregan que: “La depresión es uno de los problemas psicológicos individuales que afectan nuestras actividades diarias ya que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda” (pág. 35).

De esta forma puede entenderse a la depresión como un conjunto de síntomas negativos presentes en algunos individuos, que pudieran afectar la vida de quien la padece, así como su relación con su entorno social.

Como principales características de la depresión pueden tomarse en consideración las expuestas por el Instituto Nacional de Salud Mental, NIMH por sus siglas en inglés (2010) en Estados Unidos que agrupa algunos de los síntomas de la depresión incluyendo los siguientes:

- Sentimientos de tristeza o "vacío"
- Sentimientos de desesperanza, irritabilidad, ansiedad o culpa
- Pérdida de interés en las actividades favoritas
- Sentirse muy cansado
- Dificultad para concentrarse o recordar detalles
- No poder dormir o dormir mucho
- Comer demasiado o no querer comer nada
- Pensamientos suicidas, intentos de suicidio
- Dolores o malestares, dolores de cabeza, retortijones en el estómago (cólicos) o problemas digestivos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición (2014) menciona que el episodio depresivo mayor debe cumplir con los siguientes criterios para ser diagnosticado:

A. Ánimo depresivo casi diario (durante la mayor parte del día), desde hace 2 o más semanas y desde un momento preciso y reconocible, junto con la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, incluido 1 de los 2 primeros:

- Estado de ánimo depresivo
- Disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas
- Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante (no relacionada con la dieta) o incremento en el peso corporal (p. Ej. $\geq 5\%$ en un mes)
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o inhibición psicomotora
- Sensación de fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado
- Disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en la toma de decisiones
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte)
- Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan suicida.

Bajo este mismo sentido debe hacerle la aclaración que los trastornos depresivos son un conjunto de padecimientos entre los cuales se incluye el trastorno depresivo mayor, mismo que es de relevancia para este apartado ya que los criterios anteriormente expuestos cuentan con una mayor relación acorde al tema investigado, lo que no puede encontrarse con los otros padecimientos pertenecientes a esta clasificación de los trastornos depresivos.

De igual manera, se toma en consideración lo que el DSM V (2014) expone que, en el curso de un episodio depresivo mayor:

Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p.ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. Muchos pacientes

refieren o presentan un aumento de la irritabilidad. [...] Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los *hobbies* o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras (pág. 163).

Así que, puede decirse en sumario que la depresión es, de acuerdo a Terroso *et al.* (2009):

Una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos 6 meses. (pág. 13).

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad en la persona, mismos que afectan sus funciones físicas, mentales y sociales, lo que dificulta su capacidad para realizar actividades diarias, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida (Berenzon, 2013). Lo mencionado se ve reflejado en el criterio B del trastorno depresivo, donde se menciona que “Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (APA, 2014, pág. 161).

Es evidente que la sintomatología depresiva afecta ampliamente la actividad diaria de la persona que la padece; sin embargo, es necesario mencionar que el desempeño académico está ligado al estado emocional de los estudiantes; es claro que el alumno que pasa por estados depresivos o cuenta con sintomatología persistente, no se encuentra en condiciones óptimas para la adquisición de nuevos conocimientos; es por esta razón que el detectar oportunamente signos de alerta contribuye al incremento de su rendimiento académico (Gutiérrez, 2010).

Identificar problemas de salud mental y factores de riesgo en población universitaria es de suma importancia para el desarrollo de su educación integral, formación como individuos y como futuros profesionales.

3.2. Comorbilidad de la ansiedad y la depresión

La ansiedad y la depresión han sido temas profundamente estudiados a lo largo de su historia por las ciencias de la salud debido a su incidencia actual así como a su similitud y relación en el aspecto clínico y sintomático. Serrano (2013), expone que: “en ciertos casos, la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que en la práctica no es extraño observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva” (pág. 49). Con ello se observa, que la ansiedad y la depresión pueden tener similitud y aparecen aunados en un cuadro clínico.

De Igual manera, Wagner *et al.* (2012) menciona que:

Una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales [...] en cuanto a diversos padecimientos comórbidos con la depresión, se incluyen enfermedades del corazón; diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, suicidio e ideación suicida y complicaciones en el tratamiento de cáncer, entre otros (pág. 5).

A esto se suman Katzman *et al.* (2014) quienes agregan: “Las comorbilidades más frecuentes observadas en pacientes con trastornos de ansiedad incluyen los trastornos por consumo de sustancias y del estado de ánimo como la depresión o la bipolaridad” (pág. 4).

Es claro señalar que los trastornos de ansiedad y los trastornos del humor, como la depresión tienen gran similitud, no solo fisiológicamente, sino también desde un punto de vista clínico. Como se ha mencionado, existen diversos estudios que buscan encontrar la comorbilidad entre ambos cuadros. Respecto a esto Arango *et al.* (2018) exponen:

En uno de los primeros análisis que se realizaron buscando la comorbilidad entre estas dos enfermedades, se encontró que el 58% de los pacientes depresivos presentaban algún tipo de ansiedad, concomitancia que se había dado en el 52,2% de los casos en el último año. A la inversa, la presencia de depresión en pacientes con ansiedad fue del 56% (pág. 48).

Vallejo (1990, citado en Serrano, 2013) menciona que: “Dado que la ansiedad psíquica y somática es el tercer síntoma por orden de frecuencia en la depresión, no debe sorprender que sea también la causa de dificultad diagnóstica en edades en las que ansiedad y depresión puedan eventualmente coexistir” (pág. 49).

De igual manera, es necesario comentar que en la mayoría de los casos, es la ansiedad que surge primero, lo que puede desencadenar diversos trastornos relacionados, como la depresión o algún trastorno afectivo. Al respecto Rohde *et al.* (1999, citados en González, 2011) mencionan que “en general, los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos” (pág. 60).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11ª edición (2018) existe el llamado Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión en el cual describe:

El trastorno mixto de ansiedad y depresión se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un periodo de dos semanas o más. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente para justificar el diagnóstico de un trastorno de episodio depresivo, distimia o relacionado con ansiedad y miedo. El estado de ánimo depresivo o el interés disminuido en las actividades debe estar presente, acompañado por síntomas depresivos adicionales así como síntomas múltiples de ansiedad. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Nunca ha habido ningún

episodio anterior de tipo maníaco, hipomaníaco, o mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar (s/p).

Es así como puede observarse la relación entre la ansiedad y la depresión, pues existe cierta similitud y comorbilidad dentro de ambos cuadros clínicos, lo que puede corroborarse a través de diversos estudios realizados en este ámbito como el de Tiller (2013) quien encontró que alrededor de 85% de los pacientes con depresión presentaban ansiedad significativa, y el 90% de los pacientes con trastorno de ansiedad, presentaban depresión, mismo que se encuentran en diversas investigaciones que exponen que ante un cuadro de ansiedad pueden presentarse síntomas depresivos (Möller, 2002; Rapaport, 2001; Risal, 2016).

3.3. Prevalencia y consecuencias de la sintomatología depresiva en jóvenes universitarios

Se ha registrado que la sintomatología depresiva es común entre los universitarios mexicanos. En el año 2000, la prevalencia de sintomatología compatible con depresión entre los y las estudiantes era del 62.7%, del cual, se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres en comparación con los varones. Además, se registró que siete de cada diez de ellas, se encuentran deprimidas (73.1%), en contraste con los hombres; cinco de cada diez presentan sintomatología depresiva (54.1%) (Cantoral *et al.*, 2000).

En otro estudio realizado en una muestra conformada por 774 estudiantes de medicina en la UNAM, el porcentaje de estudiantes con síntomas depresivos en hombres fue de 12.3%, mientras que en mujeres 28.4%, señalando que el sexo y la sintomatología depresiva resultaron ser factores relacionados con el bajo rendimiento escolar (Fouilloux *et al.*, 2013).

Con base a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), el 9.2% de los mexicanos sufrió un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% doce meses previos al estudio. Ello, sugiere que la depresión ocurre con mayor frecuencia en las mujeres (10.4%) que en los hombres (5.4%). Se concluyó que el rendimiento académico está ligado al estado emocional de los estudiantes, ya que al alterarse éste, no se encuentra en condiciones óptimas para la adquisición de nuevos aprendizajes (Martínez *et al.*, 2016).

En Perú, el 49.5% de estudiantes de odontología, presentaron sintomatología depresiva; de éstos, el 60.4% son mujeres y 37.1% hombres. Los factores asociados a dicha sintomatología son la inconformidad con la carrera y con el rendimiento académico, la situación económica actual y problemas familiares (Petkova *et al.*, 2015).

Otro estudio en adolescentes (de 14 a 19 años de edad) de escuelas públicas de México, encontró que el 27% de los estudiantes presentó sintomatología depresiva; la proporción fue mayor en mujeres (34%) que en hombres (18%) (Rivera *et al.*, 2015).

Con lo anterior, la sintomatología depresiva, es común en la población estudiantil universitaria, con mayor prevalencia en mujeres. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, señaló que los trastornos como la depresión y la ansiedad, afectan aproximadamente a una de cada tres personas y se han convertido en un serio problema de salud pública, constituyendo el 41.9% de los casos de incapacidad entre las mujeres y el 29.3% entre los hombres (Trujano, Ramos y Pérez, 2015).

Los efectos por el padecimiento de esta sintomatología pueden variar. Sobre una de ellas Berenzon (2012) señala:

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4% (pág. 74).

Por otro lado, las reacciones de ansiedad y de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, pueden producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro la salud (Cano-Vindel y Tobal, 2001, citado en Piqueras, Martínez y Ramos, 2008).

También, “el bajo rendimiento académico produce una retroalimentación negativa de los padres, compañeros de clase y maestros, y esta retroalimentación negativa puede dar lugar a autopercepciones negativas, que posteriormente pueden desencadenar problemas de depresión, que conducen a dudar de las propias capacidades y generar sentimientos negativos, una sensación de ansiedad, de falta de control, de desamparo y/o de depresión” (Galicia, Sánchez y Robles, 2013, citado en Jaureguizar, 2015, pág. 248).

Asimismo, Fouilloux *et al.* (2013) agregan al respecto:

Mientras que algunos autores consideran que el bajo rendimiento académico es el factor causal o predictor de la depresión, otros consideran que la relación es inversa, esto es que el rendimiento académico se ve afectado por el abatimiento del estado de ánimo (pág. 60).

La presencia de sintomatología depresiva, se relaciona con el desempeño del alumno. Así, respecto a la memoria de trabajo, los individuos que sufren SD presentan peor desempeño en tareas que evalúan este tipo de memoria que los sujetos saludables (Botelho, Jaimes y Conde, 2015).

Además, Rivera (2015) menciona:

Una autoestima baja se asocia fuertemente con sintomatología depresiva. Este hallazgo es consistente con los de otros estudios que han indicado que la autoestima baja se asocia con la manera en la que los individuos se perciben, no sólo emocional sino

cognitivamente, en un conjunto de creencias negativas sobre ellos mismos y sobre su medio, entre ellas desesperanza sobre sus logros actuales y sobre su proyecto de vida. Estas creencias refuerzan de manera negativa los síntomas depresivos (pág.224).

En efecto, los síntomas depresivos repercuten en varios ámbitos de la vida de las personas, especialmente en un estudiante universitario, cuya vida, tiene un alto grado de exigencia cognitiva y estabilidad emocional.

3.4. Factores de riesgo respecto al sexo

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más comunes en la población, también es uno de los problemas médicos atendidos con mayor frecuencia debido a su crecimiento respecto a años anteriores. Tan solo entre el año 2002 y 2003, el 4.5% de la población mexicana había sufrido un trastorno afectivo en su vida (Belló *et al.*, 2005), mientras que para el año 2012, 9.2% de los mexicanos han padecido esta situación en alguna etapa de su vida (Berenzon *et al.*, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (2019) considera que la depresión afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo y señala que esta es la principal causa de discapacidad para las mujeres mexicanas, ya que se ha catalogado como una enfermedad crónico-degenerativa con una detección tardía. Asimismo, se menciona que “la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (s/p)”.

Además, en el año 2015, en las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión, alrededor del 5% de la población (OMS, 2015, citado en OPS, 2017).

Ante esta realidad se ha propuesto una serie diversa de factores que pudieran estar estrechamente asociados con la presencia de algún trastorno depresivo. Ante esto, Silva (2002) expone: “Hay cuatro factores de riesgo que muestran consistencia en su

asociación con trastorno depresivo mayor y que pueden jugar un papel causal: género, eventos vitales estresantes, experiencias infantiles adversas y ciertos rasgos de personalidad” (pág. 10). Por otro lado, Zaragoza (2013), menciona que los principales factores de riesgo que pudieran intervenir en la presencia de depresión son las características biológicas, psicológicas y sociales relacionadas con el sexo y el género.

Son varios los estudios realizados en la población mexicana que exponen las altas tasas de depresión en mujeres, ya que en el país, “la depresión obtiene el primer lugar en discapacidad para mujeres y el 9º para los hombres” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2017, pág. 38), en este mismo sentido la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México indicó un 5.8% de prevalencia en mujeres con síntomas depresivos (Pedrero *et al.*, 2006); asimismo, Medina (2003) menciona “de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón” (pág. 3).

La presencia constante de sintomatología depresiva en mujeres puede verse relacionada con algunas alteraciones en estado de ánimo, y cambios en la conducta ocasionados por factores endocrinos propios del ciclo reproductivo, y a los cambios en los niveles hormonales propios de la adolescencia en la mujer (Brown *et al.*, 1997), al respecto son diversas investigaciones las que señalan que diversas alteraciones psiquiátricas, como la depresión, se encuentran relacionadas a los cambios en los niveles de esteroides sexuales (específicamente los estrógenos) los cuales modulan diversas funciones cerebrales que intervienen en el estado de ánimo y la conducta (Lethaby *et al.*, 2008; Schmidt *et al.*, 2009; Parry, 2001; Soares *et al.*, 2003). Las mujeres tienden a una mayor vulnerabilidad a padecer alguno de trastornos depresivos durante la edad reproductiva la cual oscila entre los 15 y 44 años de edad (Arbeláez y Silva, 2009).

Es así que las mujeres, pueden presentar mayor incidencia en síntomas depresivos debido a diversos factores. Uno de ellos, Vásquez (2007) señaló:

Las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres se manifiesta sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos, los cuales son producidos por efectos del maltrato; entre éstos se encuentran: ansiedad, depresión y conducta suicida (pág. 89).

En general, a medida que la violencia contra la mujer crece, las tasas de sintomatología depresiva también aumentan, por lo que actualmente se ha convertido en una situación muy frecuente en la sociedad.

El factor socioeconómico es otro de los factores relacionados al tema. En una investigación a 700 estudiantes en el año 2017, se encontró que los sujetos de estrato socioeconómico dos, presentan mayores niveles de síntomas depresivos, ubicándose en el rango de alto y muy alto (77 %). Además, el 30% de los participantes que pertenecen al tipo de familia extensiva, presentaron niveles muy altos de síntomas depresivos (Buitrago, Pulido y Güichá, 2017), debido a que el funcionamiento familiar se altera por diferentes situaciones que genera afectaciones en el estado de ánimo en los miembros de la familia (Vargas, 2014, citado en Buitrago, Pulido y Güichá, 2017).

Al respecto, Álvarez *et al.* (2009), mencionan:

En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Mientras que la exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión (pág. 206).

Sin lugar a dudas, el seno familiar es uno de los ámbitos relacionales que condicionan la presencia de síntomas depresivos. En este caso, si hay antecedentes de abuso sexual, se

constituye en un factor de riesgo para la sintomatología depresiva, siendo más común en mujeres (Gaviria, 2009).

Como parte de la formación cultural, se puede afirmar que interviene en las afectaciones emocionales, ya que en este caso, en muchas partes del mundo, se le ha enseñado al hombre que deben controlar sus expresiones, a diferencia de las mujeres, que en general, expresan más las emociones como alegría, la tristeza e ira (Pennebaker y cols., 1999, citado en Villaseñor *et al.*, 2006).

Es por ello, que Vázquez (2013) menciona:

Tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión (pág. 5).

En los hombres, es muy distinta la manifestación de la sintomatología depresiva. Al respecto, Espinosa, Ramírez e Ybarra (2013), señalan:

Los factores psicosociales predictores de riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión en los hombres, son aquéllos asociados con un mayor estrés percibido de los eventos y mayor intercambio negativo, y sólo en los síntomas de ansiedad otro factor de riesgo es la práctica de hábitos negativos de salud (pág. 5).

Ante estas razones, puede decirse que el sexo cumple como un factor de vulnerabilidad ante la presencia de síntomas depresivos en las personas.

CAPÍTULO IV. CALIDAD DEL SUEÑO

4.1. Conceptualización de sueño y su importancia

Para empezar, es importante conocer lo que significa el sueño, que algunos autores como Gala (2013), lo definen de esta forma:

El sueño se puede definir como un periodo de descanso del cuerpo y de la mente en el que hay una paralización o inhibición de la conciencia y de la mayor parte de las funciones corporales. Dormir es una función fisiológica compleja que requiere una integración cerebral completa y durante la cual se modifican todos los procesos fisiológicos (pág. 150).

Por otra parte, “el sueño es un fenómeno peculiar neurofisiológico que forma parte de la vida del ser humano, que sólo recientemente algunos de los misterios acerca de su origen, fisiología y funciones biológicas han sido esclarecidas” (Carrillo *et al.* 2013, pág. 5). Los problemas que implican en la calidad de sueño, es un tema de enfoque para su investigación, debido al impacto que tiene en la salud física y emocional y en la forma en que repercute en el rendimiento de los estudiantes universitarios. Es por ello, que a continuación, se exponen factores que son parte del proceso de sueño.

El sueño está constituido por diversos procesos neurofisiológicos y a su vez, forman parte de la necesidad física y emocional del hombre. Asimismo, considera aspectos como la relajación, el descanso o el reposo corpóreo y emocional en el que se involucran procesos fisiológicos. Se puede decir que descansar y dormir son términos distintos, ya que descansar conlleva a la idea de una inactividad o reposo físico que no necesita de los ojos cerrados para ello, y en el que el cuerpo se encuentra en estado de alerta, mientras que dormir, va más allá; las funciones corporales disminuyen, los ojos se mantienen cerrados y esto contribuye a la recuperación de energías. Como ya se mencionó, se

requiere de una colaboración total del cerebro debido a que se convierte en una necesidad para mantener la salud cognitiva, física y emocional.

Dicho proceso se define por las siguientes características (Carrillo *et al.* (2013):

1) disminución de la conciencia y reactividad a los estímulos externos, 2) se trata de proceso fácilmente reversibles (lo cual lo diferencia de otros estados patológicos como el estupor y el coma), 3) se asocia a inmovilidad y relajación muscular, 4) suele presentarse con una periodicidad circadiana (diaria), 5) durante el sueño los individuos adquieren una postura estereotipada, y 6) la ausencia de sueño (privación), induce distintas alteraciones conductuales y fisiológicas, además de que genera una “deuda” acumulativa de sueño que eventualmente deberá recuperarse (pág. 7).

Cuando la persona cuando se encuentra en este estado, se haya en la disposición de inconsciente, provocando una relajación muscular, y a su vez, que la persona recupere las energías que gastó durante sus actividades habituales. Por eso, se le debe dar la importancia ya que, “la circulación del líquido cefalorraquídeo aumenta durante el sueño, y con ello, los procesos de autorregulación y detoxificación cerebral tienen lugar de manera óptima” (Maluenda, 2013, pág. 7). Además, Calleja *et al.* (2015) mencionan:

La importancia de una buena calidad del sueño es fundamental, no solo como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, pues también incluye un buen funcionamiento diurno, es decir, un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas (pág. 104).

El rendimiento académico dependerá gran parte de la calidad de sueño que el alumno mantenga, además, de sus funciones indispensables tales como el aprendizaje, la memoria, el razonamiento, la concentración, la atención y entre otros. Existe un caso del año 2010, en el que un estudiante permaneció voluntariamente despierto cerca de diez

días. Sin embargo, sus funciones intelectuales luego de algunos días se vieron gravemente alteradas con incapacidad para concentrarse y falta de motivación; aunque permaneció aparentemente despierto, puede decirse que presentaba un bajo nivel intelectual (Soto, 2010). Por lo tanto, es importante tomarse en cuenta que el sueño es parte de la necesidad fisiológica del estudiante.

4.2. Actividad laboral, y factores incidentes sobre la calidad del sueño

Existen ciertas circunstancias que afectan el proceso de sueño, entre ellas, Calleja (2015) expone:

Uno de los efectos del ruido es la mala calidad del sueño y el cansancio percibidos después de dormir (somnolencia). Esto se puede explicar por los cambios en las fases del sueño y por el acortamiento del sueño profundo y del sueño de movimientos oculares rápidos y la prolongación de las fases de sueño no profundo (pág. 108).

Los sonidos que el estudiante perciba durante el proceso de sueño, será uno de los factores que determinen su descanso nocturno. La alteración del sueño más frecuente es el insomnio de mantenimiento, con una gran dificultad para quedarse dormidos (insomnio de conciliación o de inicio). Los sujetos que la padecen, generalmente se quejan de poca calidad de sueño y de un sueño fragmentado (Medina, 2007).

Por otro lado, otro factor que incide en la mala calidad de sueño es dormir con la luz encendida o en dormitorios con contaminación lumínica, a intensidades tan bajas como 5-10 luxes, no sólo causa un sueño más superficial y frecuentes *arousals*, sino que produce un efecto persistente sobre las ondas cerebrales asociadas al sueño profundo y a su estabilidad (Merino, 2016, pág. 5).

Otro factor que contribuye a que el estudiante no descansa como es el incremento en la demanda académica, así como de responsabilidades, tareas y actividades, además de las circunstancias sociales y personales que rodean a esta población, junto a una gran diversidad de conductas que pueden influir negativamente en su calidad del sueño (estrés, privación de sueño, horarios de sueño irregulares, periodos de ayuno, consumo de tabaco, café, bebidas energéticas, alcohol u otras drogas, etc.), contribuyen para que un alto porcentaje de esta población refiera una mala calidad del sueño (Carrillo *et al.*, 2013).

En México, se realizó un estudio en hombres y mujeres sobre el riesgo de somnolencia, en el que se obtuvo como resultado que el hombre tiene un riesgo cuatro veces mayor que la mujer de presentar somnolencia excesiva diurna (Tlatoa *et al.*, 2015), de tal forma que los riesgos en la duración y calidad de sueño son más frecuentes en las mujeres. Además, hay datos estadísticos que mencionan que las horas de trabajo es uno de los factores que repercuten en el sueño.

Entre las consecuencias a la salud asociadas, se señalan turnos rotativos y nocturnos, e incluyen enfermedad coronaria, cerebrovascular, depresión, síndrome metabólico, riesgo de cáncer, obesidad, problemas reproductivos y en el embarazo, accidentabilidad y trastornos inmunológicos (Serra, 2013).

Es por ello, que López, Cristina y de Mattia (2010) señalan: “[...] esa organización de trabajo, que básicamente considera razones técnicas y económicas, entra en conflicto con los ritmos biológicos, familiares y con los de la comunidad, originando perjuicios a la salud y a la vida social de los trabajadores” (pág.3). Así que, los trabajos que implique rotación o que afecte en el reloj biológico de la persona, contribuyen a la merma de su rendimiento laboral y de su salud. En el caso de los alumnos, cuando laboran y estudian, también son afectados, ya que sumarle las horas de actividades académicas al tiempo que laboran, tienen como resultado la afectación en el rendimiento académico, laboral y en la salud.

Por otra parte, Ceña (2017) manifiesta:

Por el contrario, un sueño inadecuado, en calidad o cantidad, puede conllevar alteraciones en la función cognoscitiva, con alteraciones del humor, concentración, memoria, aprendizaje y tiempos de reacción. Todos estos aspectos inciden negativamente en la seguridad y en el bienestar, la productividad y la seguridad en los puestos de trabajo (s/p).

Por esta razón, es imprescindible tomar importancia a la duración y calidad de sueño en los estudiantes universitarios que algunos de ellos también trabajan. Asimismo, De la Portilla *et al.* (2019) advierte:

Al respecto, se ha señalado que los estudiantes de áreas de dominio asociadas a la salud (tales como la enfermería o la medicina, quienes realizan prácticas en turnos nocturnos durante el proceso de formación) estarían en mayor riesgo de presentar alteraciones. En esos estudios se reporta que la privación del sueño desencadena una disminución de la capacidad de atención visual y ejecutiva, la velocidad y capacidad de codificación y reacción, la memoria de trabajo y la memoria visual, la fluidez verbal, las funciones ejecutivas, el pensamiento creativo, el rendimiento cognitivo general y la función motora (pág. 87).

La privación de sueño en los estudiantes universitarios, provoca que su desempeño durante la carrera no sea tan buena, ya que afecta sus funciones cognitivas que son elementos útiles para el aprendizaje del alumno. Esto conlleva a la idea también, que el trabajo contribuye a una limitada duración de sueño.

Biddle y Hamermesh (1990, citado por Trujillo e Iglesias, 2010) postularon: “[...] el sueño es un bien intensivo en tiempo que contribuye simultáneamente a la utilidad y a la productividad del individuo” (pág. 103). Por esta razón, se puede afirmar que el sueño es un factor clave que perjudica o mejora la productividad en el alumno en cualquier ámbito de su vida.

4.2.1. Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son una patología muy frecuente tanto aislada, propia como tal, o asociada a otros trastornos (Pérez *et al.*, 2007). Por eso, los trastornos se clasifican en tres; trastornos primarios del sueño, trastornos secundarios del sueño y otros.

Fernández (2007) lo describe:

Trastornos primarios del sueño. Se dividen a su vez en disomnias, que son alteraciones de la cantidad, calidad o emplazamiento temporal del sueño y las parasomnias que son sucesos patológicos que aparecen de manera brusca durante el sueño. Trastornos secundarios del sueño: Tanto los trastornos psicóticos, afectivos y ansiosos, como diferentes patologías médicas y abuso de sustancias pueden originar alteraciones marcadas del sueño (pág. 550).

Por eso, a continuación se presentan los trastornos más comunes del sueño.

- A) Insomnio. Es una alteración del sueño que dificulta para conciliarlo y se presenta con más frecuencia en las personas. Además, Pérez *et al.* (2007), define sus características:

Fatiga o sensación de malestar general, dificultad para la atención, concentración o memoria, cambios en el rendimiento socio-laboral (o escolar, en el caso de los niños), alteraciones del ánimo o del carácter, somnolencia, disminución de la energía, motivación o iniciativa, propensión a cometer errores en el trabajo o en la conducción de vehículos, síntomas somáticos como tensión muscular o cefalea, y preocupaciones, obsesiones o miedos en relación con el sueño (pág. 21).

- B) Narcolepsia. Forman parte de los trastornos primarios del sueño. Se define como una enfermedad neurológica crónica que causa hipersomnia excesiva y en la mayoría de los casos cataplejía (breves ataques de debilidad desencadenados por

emociones). Los síntomas de la narcolepsia tienen gran impacto en las relaciones sociales y laborales y en definitiva en la calidad de vida del paciente (Erro, 2007, pág. 26).

- C) Apnea del sueño. Se debe a dificultades respiratorias, tienen un gran impacto en la calidad de sueño, como es el caso del síndrome de apneas obstructivas del sueño, se produce una obstrucción al flujo del aire en la vía aérea, de manera que en presencia de movimientos respiratorios, a menudo enérgicos para intentar superar la obstrucción, hay una inadecuada ventilación (Pérez *et al.*, 2007, pág. 24).
- D) Síndrome de las Piernas Inquietas. Se caracteriza por una sensación desagradable en las extremidades inferiores, que provoca la necesidad imperiosa de mover las piernas, por lo que se considera un trastorno del movimiento. La sensación desagradable se presenta generalmente, aunque no exclusivamente, en momentos de inactividad y en periodos vespertinos. En consecuencia, interfiere con la instauración del sueño y debilita la calidad del vida del paciente, al provocar sensación desagradable, déficit de sueño y estrés (Aguilar, 2007).
- E) Sonambulismo. Cuando se presenta este fenómeno, los sujetos que lo padecen pueden levantarse del lugar donde duermen, hasta caminar, abrir puertas, ventanas, mover muebles o quitarse la ropa; sin embargo, algunos llegan a causarse algún daño físico, todo esto sin que se recuerde lo que pasó (Venebra *et al.*, 2006, s/p).

Sin duda, los trastornos del sueño influyen de gran forma en la calidad del sueño. La persona que padezca alguna de ellas, afecta su funcionamiento en las áreas sociales y cognitivas. Además, como menciona Hernán (2008):

[...] incluyen una preocupación por el número de horas de sueño, los pensamientos reiterativos sobre los efectos residuales del día, la tensión muscular

y la inquietud física general; otro punto son las consecuencias del día siguiente, que implican fatiga, alteración del estado de ánimo, irritabilidad, malestar social y disminución del rendimiento; y por último los hábitos de sueño desadaptados (pág. 226).

4.3. Afectaciones por mala calidad de sueño

Los efectos por tener una mala calidad de sueño pueden variar en aspectos físicos a emocionales. Una de las posibles consecuencias es que chicos que duermen mal o insuficientemente pueden presentar desde problemas de atención y ansiedad hasta trastornos del ánimo (Bentacur, 2015, citado en Maluenda, 2013).

Además, Talero *et al* (2013) señalan: “Los procesos de duelos normales o patológicos por pérdidas, la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, entre otros, son cuadros clínicos que se acompañan de alteración de sueño manifestándose generalmente como insomnio” (pág. 339). Otro de los efectos, Quevedo (2011, citado en Puerto *et al.*, 2015) lo manifiestan:

El rendimiento académico en adolescentes se ve afectado cuando hay falta, privación parcial del sueño y mala calidad del sueño, lo que provoca efectos en la somnolencia, el rendimiento motor y cognitivo, el estado de ánimo y el humor, entre otros (pág. 190).

Con lo anterior, no solamente el desempeño en las actividades se ve comprometido por la mala inadecuada forma de dormir, sino también, el estado emocional del alumno ya que puede estar de mal humor, triste, angustiado o sentirse de otra forma por la falta de descanso cerebral y físico. Por esta razón, Talero *et al.* (2013) señaló: “A su vez, el sueño, función fisiológica y reparadora, de gran importancia para la estabilidad afectiva y la disposición hacia las actividades de la vida diaria, el rendimiento académico y las

actividades sociales” (pág. 335). También, Calleja (2015) manifiesta: “Una mala calidad del sueño trae como consecuencia el cansancio y la tendencia al mal humor” (pág. 109).

El mecanismo mediante el cual la falta de sueño afecta a los procesos cognitivos no se conoce exactamente, aunque se ha sugerido que las hormonas de estrés que se secretan como producto de la falta de sueño pueden afectar la fisiología neuronal y contribuir así al deterioro de las funciones cognitivas (Carrillo *et al.*, 2013, pág. 11).

Por otra parte, Merino *et al.* (2016) señala:

Más allá de las consecuencias sobre las funciones cognitivas de la privación parcial continuada de sueño, resultan de especial interés sus efectos hormonales, que muestran que tras solamente seis días de privación se produce ya una elevación del cortisol nocturno, un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático y una disminución de la hormona estimulante de la tiroides, de leptinas y de la tolerancia a la glucosa. Estos cambios hormonales pueden favorecer tanto el incremento de peso y la obesidad como la hipertensión arterial (pág. 23).

La privación de sueño, provoca la disminución de funciones hormonales y daños físicos. De forma general se “puede decir que todas las alteraciones del sueño parecen afectar el rendimiento en distintas tareas cognitivas de una forma equivalente dependiendo de la cronicidad de la alteración y la cantidad de deuda de sueño” (Carrillo *et al.*, 2013, pág. 11).

4.3.1. Tiempo recomendable para dormir

La Sociedad Americana de Oncología recopiló datos sobre los hábitos de salud, el objetivo del estudio era establecer factores de riesgo de cáncer y no se exploraba especialmente el sueño. Dormir menos de 4 horas o más de 8 horas, aumenta el riesgo de muerte temprana. De hecho, dormir mucho más de 8 horas por noche es un factor

de riesgo de cáncer, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. El mayor bienestar psicológico lo obtienen los sujetos que duermen entre 7-8 horas (Miró *et al.*, 2015).

Sin embargo, Maluenda (2015) señala al respecto:

Para los adultos más jóvenes, de entre 18 y 25 años, lo recomendable es dormir entre 7 y 9 horas diarias, y no menos de 6 ni más de 10 u 11. Para adultos entre 26 y 64 años, lo ideal es dormir entre 7 y 9 horas, aunque no siempre se logra. Y para adultos mayores, es decir, más de 65 años, lo saludable es descansar entre 7 y 8 horas al día (pág. 11).

Se puede decir que la cantidad de horas que se debe dormir varía y dependerá de la edad, ya que de lo contrario es contraproducente determinar una cantidad de horas para edades tempranas a edades adultas mayores, debido a que puede desencadenar enfermedades. Al paso del tiempo, el desarrollo requiere de otras necesidades. Por eso, Adultos jóvenes (18-25 años) y adultos de edad media (26-64 años) se recomienda una duración de sueño diaria de 7-9 horas. Además, un sueño de corta duración, se relaciona con la presencia de fatiga diurna, afectación psicomotora, accidentes, deterioro de la salud física y psicológica y bajo rendimiento académico o laboral (Merino, 2016).

4.3.2. Participación del sueño en el aprendizaje y la memoria

Con la ayuda de la neurociencia, se ha comprobado el impacto que tienen la buena calidad de sueño en los aspectos cognitivos tales como en el aprendizaje y la memoria. Dichos elementos, son funciones cognoscitivas que permiten adquirir y almacenar información que son indispensable para el universitario. Es por ello, que se debe tomar en cuenta la participación del sueño en dichos componentes. Incluso, “está comprobado que el sueño tiene una relación importante con la consolidación de la memoria y, por lo tanto, tiene efectos en el aprendizaje” (Talero *et al.*, 2013, pág. 336).

Asimismo, el mecanismo mediante el cual la falta de sueño afecta a los procesos cognitivos no se conoce exactamente, aunque se ha sugerido que las hormonas de estrés que se secretan como producto de la falta de sueño pueden afectar la fisiología neuronal y contribuir así al deterioro de las funciones cognitivas (Carrillo *et al.*, 2013, pág. 11).

Merino (2016), manifestó: “El sueño REM está implicado en funciones cognitivas: aprendizaje, consolidación de la memoria y regulación emocional, funciones importantes en atletas” (pág. 19). La fase de sueño REM es importante además para los procesos de memoria; parece ser que la consolidación de la memoria y la eliminación de los datos "inútiles" se hace durante la fase REM. Precisamente en los ancianos la duración del sueño REM disminuye bastante, en cambio en el feto, la fase REM ocupa la mayor parte del tiempo de sueño. Conforme avanza la edad, el estado de vigilia va aumentando en duración; cada vez se duerme menos, y cada vez hay menos sueño REM (Velayos, 2007). Así que, con lo anterior, se puede decir que “en la actualidad diversos estudios tanto experimentales como clínicos han demostrado que el sueño tiene efectos positivos” (Carrillo *et al.*, 2013, pág. 9).

4.3.3. Beneficios de la buena calidad de sueño

Sin duda, dormir adecuadamente genera placer, pero también aporta beneficios al cuidar la calidad. Uno de ellos es lo que Puerto (2015) menciona: “El “dormir bien” es un factor que favorece la calidad de vida y el mejoramiento psicológico del sujeto” (pág. 190). En el aspecto psicológico, contribuye a la salud mental, por lo que al estudiante le favorecerá esto para su rendimiento académico.

El sueño, función fisiológica y reparadora, de gran importancia para la estabilidad afectiva y la disposición hacia las actividades de la vida diaria, el rendimiento académico y las actividades sociales, es uno de los aspectos del funcionamiento fisiológico que se ven afectados (Talero *et al.*, 2013). Dormir bien, repara y logra el equilibrio mental y físico que el estudiante necesita. Y a nivel psicológico, se dan cambios funcionales también

importantes, como la regeneración de procesos mentales, el aprendizaje y la consolidación de la memoria a largo plazo, la reprogramación de la información y el proceso de desaprendizaje de materia inútil, y la maduración y la restauración cerebral (Gala, 2013).

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1. Datos sociodemográficos

Del total de los participantes, 94 (31.3%) son estudiantes de 1er- 2do semestre, 84 (28%) corresponden a 3er-4to semestre, mientras que 71 (23.7%) pertenecen a 5to-6to semestre y 51 (17%) son de 7mo-8vo semestre (tabla 1).

Tabla 1. Escolaridad

	Estudiantes	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1er - 2do	94	31.3	31.3	31.3
3er - 4to	84	28.0	28.0	59.3
5to - 6to	71	23.7	23.7	83.0
7mo - 8vo	51	17.0	17.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

Del total de los alumnos evaluados, 149 (49.7%) tienen una edad entre 18 y 19, 106 (35.3%) tienen una edad entre 20-21, 40 (13.3%) tienen una edad entre 22-23, mientras que 5 sujetos (1.7%) tienen 24 años en adelante (tabla 2).

Tabla 2. Edad

	Estudiantes	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-19	149	49.7	49.7	49.7
20-21	106	35.3	35.3	85.0
22-23	40	13.3	13.3	98.3
24- en adelante	5	1.7	1.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

Del total de los estudiantes, 127 (42.3%) son hombres y 173 (57.7%) son mujeres (tabla 3).

Tabla 3. Sexo

	Estudiantes	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	127	42.3	42.3	42.3
Mujer	173	57.7	57.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

Del total de los participantes, 43 (14.3%) manifestaron que sí trabajan, mientras que 257 (85.7%) mencionaron que no trabajan, lo que indica que menos de la cuarta parte de los evaluados trabajan además de estudiar (Tabla 4).

Tabla 4. Variable de trabajo.

	Estudiantes	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	43	14.3	14.3	14.3
No	257	85.7	85.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

Del total de los estudiantes evaluados, 5 (1.7%) trabajan entre 1-2 horas, 17 (5.7%) laboran de 3-5 horas, 16 (5.3%) trabajan entre 6-8 horas, mientras que 4 (1.3%) manifiestan laborar más de 8 horas. (Tabla 5).

Tabla 5. ¿Cuántas horas?

	Estudiantes	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 - 2 hrs	5	1.7	1.7	1.7
3 - 5 hrs	17	5.7	5.7	7.3
6 - 8 hrs	16	5.3	5.3	12.7
8 hrs en adelante	4	1.3	1.3	14.0
No aplica	258	86.0	86.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

5.2. Niveles de ansiedad

De la muestra total de alumnos evaluados, se obtiene que 114 estudiantes presentan niveles moderados de ansiedad, y 32 se ubican en un nivel de ansiedad severo, representando un 48.66% de alumnos con presencia niveles de ansiedad; asimismo, se obtiene que las mujeres presentan niveles más altos respecto a los hombres (tabla 6)

Tabla 6. Sexo

Sexo	Nivel de ansiedad mínima	Nivel de ansiedad leve	Nivel de ansiedad moderada	Nivel de ansiedad severa	Total
Hombre	16	53	44	14	127
Mujer	21	64	70	18	173
Total	37	117	114	32	300

Respecto al semestre en curso se obtiene que, 52 alumnos de entre primer y segundo semestre (17.33%), así como 40 alumnos de entre tercer y cuarto semestre (13.33%) presentan niveles considerablemente altos de ansiedad. Mientras los grados de quinto y sexto semestre se obtiene que 34 alumnos (11.33%) y 20 alumnos (6.66%) respectivamente, presentan niveles elevados de ansiedad (Tabla 7).

Tabla 7. Semestre en curso

Semestre en curso	Nivel de ansiedad mínima	Nivel de ansiedad leve	Nivel de ansiedad moderada	Nivel de ansiedad severa	Total
1er - 2do	6	36	45	7	94
3er - 4to	13	31	27	13	84
5to - 6to	11	26	26	8	71
7mo - 8vo	7	24	16	4	51
Total	37	117	114	32	300

De acuerdo a la variable de edad puede observarse que los alumnos de entre 18 y 19 años presentan niveles de ansiedad más altos respecto al resto de los evaluados, puesto que 84 de ellos (28%) registran niveles moderados y severos de ansiedad. Los niveles de

ansiedad decrecen conforme la edad aumenta, sin embargo, es necesario mencionar que la cantidad de alumnos evaluados de 22 años en adelante representa el 15% total de la muestra (tabla 8).

Tabla 8. Edad

Edad	Nivel de ansiedad mínima	Nivel de ansiedad leve	Nivel de ansiedad moderada	Nivel de ansiedad severa	Total
18-19	12	53	66	18	149
20-21	18	46	34	8	106
22-23	6	17	12	5	40
24- en adelante	1	1	2	1	5
Total	37	117	114	32	300

Finalmente, de un total de 43 alumnos quienes trabajan (14.33%), 28 manifiestan niveles más altos de ansiedad representando un 68.11% (respecto al total de quienes sí trabajan). Por otra parte, 257 alumnos que no trabajan (85.66%), 139 de ellos (54.08% respecto al total de quienes no trabajan), presentan niveles bajos de ansiedad, mientras que 118 de ellos (45.91%) presentan niveles considerablemente altos de ansiedad (tabla 9).

Tabla 9. ¿Trabajas?

¿Trabajas?	Nivel de ansiedad mínima	Nivel de ansiedad leve	Nivel de ansiedad moderada	Nivel de ansiedad severa	Total
Sí	5	10	23	5	43
No	32	107	91	27	257
Total	37	117	114	32	300

5.3. Presencia de sintomatología depresiva

De acuerdo a los datos obtenidos en la muestra, los niveles de sintomatología depresiva se presentan en el 50.66% de los alumnos evaluados (152 personas), siendo el 32.33% mujeres, quienes mantienen mayor presencia de sintomatología depresiva respecto a los hombres (tabla 10)

Tabla 10. Sexo

Sexo	Sin sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva severa	Total
Hombre	71	22	33	126
Mujer	77	49	48	174
Total	148	71	81	300

De acuerdo al grado en curso, 25 alumnos de entre primero y segundo semestre son quienes presentan mayor incidencia de sintomatología depresiva y 27 con presencia de sintomatología depresiva severa; asimismo, se observa que la aparición de sintomatología disminuye conforme el grado aumenta (tabla 11).

Tabla 11. Semestre en curso

Semestre en curso	Sin sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva severa	Total
1er - 2do	42	25	27	94
3er - 4to	42	18	24	84
5to - 6to	39	13	18	70
7mo - 8vo	25	15	12	52
Total	148	71	81	300

La sintomatología depresiva tiene mayor frecuencia en las edades entre 18 y 19 años, la cual disminuye de acuerdo a la edad aumenta (tabla12), mismo que puede compararse con el resultado anterior (tabla 11).

Tabla 12. Edad

Edad	Sin sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva severa	Total
18-19	68	36	45	149
20-21	57	24	24	105
22-23	21	10	9	40
24+ en adelante	2	1	3	6
Total	148	71	81	300

Finalmente, respecto a la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes que trabajan se obtiene que, de los 43 alumnos que sí realizan una actividad laboral, 26 presentan sintomatología depresiva, presentando 13 de ellos un grado severo; asimismo, 126 alumnos quienes no trabajan presentan sintomatología depresiva, de los cuales 81 presenta sintomatología severa (tabla 13).

Tabla 13. ¿Trabajas?

¿Trabajas?	Sin sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva	Con sintomatología depresiva severa	Total
Sí	17	13	13	43
No	131	58	68	257
Total	148	71	81	300

5.4. Índice de calidad de sueño y duración en alumnos evaluados

De acuerdo al índice de calidad subjetiva de sueño, 137 alumnos consideran tener una bastante mala o muy mala calidad de sueño, representando el 45.66% del total de la muestra, asimismo, 114 (38%) alumnos evaluados consideraron dormir 6 o menos horas al mes, siendo las mujeres quienes frecuentemente duermen menos que los hombres, y quienes presentan una mala calidad de sueño (tabla 14).

Tabla 14. Sexo y duración del sueño

	Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala	Total
Hombre	14	56	49	8	127
Mujer	28	65	65	15	173
Total	42	121	114	23	300

Duración del sueño	>7 horas	6-7 horas	5-6 horas	<5 horas	Total
Hombre	21	50	30	26	127
Mujer	47	68	39	19	173
Total	68	118	69	45	300

Respecto al grado de estudio se obtiene que los alumnos de primer y segundo semestre son quienes cuentan con menores horas de sueño, presentándose 42 alumnos con menos de 6 horas de sueño en promedio durante el último mes, 52 cumplen con las horas de sueño necesarias, respecto a los grados tercero y cuarto, 48 de 84 alumnos cumplen con más de 6 horas de sueño, mismo caso ocurre en los grados quinto y sexto, así como séptimo y octavo semestre, quienes cumplen con más de 6 horas de sueño al mes (tabla 15)

Tabla 15. Semestre en curso

Semestre en curso	>7 horas	6-7 horas	5-6 horas	<5 horas	Total
1er - 2do	18	34	23	19	94
3er - 4to	18	30	22	14	84
5to - 6to	16	33	13	9	71
7mo - 8vo	16	21	11	3	51
Total	68	118	69	45	300

Finalmente, puede observarse que los alumnos que no cumplen con algún trabajo cuentan con mayores horas de sueño cumplidas al mes, asimismo, aquellos alumnos que sí cumplen con un trabajo 26 de 43 ellos cumplen con 6 o más horas de sueño cumplidas al mes (tabla 16).

Tabla 16. ¿Trabajas?

¿Trabajas?	>7 horas	6-7 horas	5-6 horas	<5 horas	Total
Sí	9	17	11	6	43
No	59	101	58	39	257
Total	68	118	69	45	300

5.5. Fiabilidad de los instrumentos BAI, CESD e ICSP

El análisis de Fiabilidad del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) arrojó un coeficiente de Alfa Cronbach de .888 lo que indica un muy buen nivel de consistencia interna para este instrumento. Estos resultados obtenidos son muy similares a los que Robles *et al.* (2001) obtuvo con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,84.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Espistemológicos (CES-D) en su versión de 20 reactivos obtuvo como resultado un coeficiente Alfa Cronbach de .825, lo que sugiere un muy buen nivel de consistencia interna en el instrumento, similar a lo obtenido por Lara *et al.* (2018) los cuales arrojaron un coeficiente de .83 Alfa Cronbach.

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach de .762, lo que indica un aceptable nivel de confiabilidad. El resultado es similar al expuesto por Luna (2015) donde se obtuvo un coeficiente 0.7815 (Tabla 17).

Tabla 17. Resultados obtenidos por cada instrumento.

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
BAI	.888	21
CES-D	.825	20
ICSP	.762	14

5.6. Correlación de las variables

En este apartado, en primer lugar se presentan los índices de correlación entre las sumas totales de las dimensiones de cada una de las variables. Se obtienen correlaciones positivas elevadas entre las sumas totales de las dimensiones de BAI y CESD ($r=.756$). Por otra parte, hay correlación positiva moderada entre las sumas totales del BAI y ICSP ($r=.571$). Se halla correlación positiva moderada entre las sumas totales de la dimensiones del CESD e ICSP ($r=.650$); así como, ICSP y BAI ($r=.571$), ICSP y CESD ($r=.650$). Por lo tanto, hay indicadores de correlación entre las variable que corresponde a la ansiedad, los síntomas depresivos e índice de calidad de sueño (Tabla 18)

Algunos estudios reportan resultados similares a los obtenidos de esta investigación. En

México, Reyes y Pulido (2011), aplican el Inventario de Ansiedad de Beck y obtienen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de ansiedad y depresión ($r = .687$). En España, otro estudio realizado por Carbonell *et al.*, (2012) en que evalúa el nivel de sintomatología depresiva y ansiedad mediante el CES-D e IDARE, encuentra una correlación significativamente alta ($r = .683$) entre ambas variables.

En el año 2016, se realizó una investigación sobre la salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú, en el que se encontró que el 81,1% de alumnos del primer año presentaron mala calidad de sueño. Los valores más altos de depresión, ansiedad y estrés se observaron en tercer año (39,7%), segundo año (64,9%) y tercer año (41,3%), concluyendo que efectivamente, la mala calidad de sueño se asoció con la ansiedad, depresión y estrés, siendo los estudiantes de segundo y tercer año quienes más la padecían (Vilchez *et al.*, 2016).

Puede observarse que las tres variables de estudio; ansiedad, síntomas depresivos y calidad de sueño, presentan una relación estrecha, en este sentido Benetó (2005) informa en una investigación sobre comorbilidad de insomnio y depresión la estrecha ligazón entre el insomnio, la depresión y la ansiedad. Además, la ansiedad, mantiene una estrecha relación con las alteraciones del sueño. Probablemente, ese estado mental angustiado del individuo, sea una de las causas que más pueden alterar la conciliación y el mantenimiento del sueño a tal grado de que su calidad de sueño sea afectada (Escudero, 2017).

Tabla 18. Correlación

		BAI	CESD	ICSP
BAI	Correlación de Pearson	1	.756(**)	.571(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000
	N	300	299	300
CESD	Correlación de Pearson	.756(**)	1	.650(**)

	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	299	299	299
	Correlación de Pearson	.571(**)	.650(**)	1
ICSP	Sig. (bilateral)	.000	.000	
	N	300	299	300

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

5.7. Comparación entre variables

5.7.1. Comparación de las variables; sexo, trabajo, y sus dimensiones

Se aplicó el estadístico T de Student para comparar los puntajes globales de cada uno de los instrumentos y sus dimensiones respecto de las variables sociodemográficas de edad, sexo, y trabajo. Al comparar la variable sexo respecto a la dimensión Afecto Deprimido del CESD, se obtiene para hombres una $M= 4.2520$ y para mujeres, una $M= 4.8382$, con una Significancia Bilateral de .043, lo que indica una diferencia significativa entre ambos sexos, mayor en las mujeres. Estos datos son similares a los obtenidos por González *et al* (2011), en que se observan mayores niveles de sintomatología depresiva en las mujeres, por su parte, Villalobos (2012) menciona que “las mujeres tenían mayor prevalencia (23%) de síntomas depresivos que los hombres (9.9%)” (pág. 331).

La dimensión “duración del sueño (ICSP)” muestra una $M= 1.4803$ en hombres y una $M= 1.1734$ en mujeres, con una Sig. Bilateral de .007, lo que indica que son los hombres que duermen más a diferencia de las mujeres (tabla 19). En las dimensiones restantes de los 3 diferentes instrumentos utilizados, respecto a esta variable no se encontraron diferencias significativas.

Dichos resultados, son similares a los datos obtenidos de un estudio realizado a estudiantes universitarios, del cual se utilizó una muestra conformada por 716 estudiantes (584 mujeres y 132 varones) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada,

en ella, se enfatiza la ausencia de diferencias por sexo en la calidad subjetiva, la latencia, la duración y la eficiencia del sueño, así como en las perturbaciones del sueño y la disfunción diurna, debido a que se considera que las quejas de insomnio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (Sierra, Jiménez y Martín, 2002).

Los resultados concuerdan con los hallazgos de Méndez *et al.* (2014), en el que indican que las mujeres presentaron más sintomatología depresiva, en comparación con los hombres. Mientras que, en la duración de sueño, los resultados se relacionan con las investigaciones de Monterrosa, Ulloque y Carriazo (2014) ya que se obtuvo como resultado que son las mujeres quienes duermen menos que los hombres.

Tabla 19. Prueba T para muestras independientes en sexo

Dimensión	Sexo	N	Media	DE	Sig. Bilateral (Prueba T)	T (prueba T)
Afecto Deprimido (CESD)	Hombre	127	4.2520	2.91675	.043	-2.035
	Mujer	173	4.8382	2.94076		
Duración del Sueño (ICSP)	Hombre	127	1.4803	.99881	.007	-2.698
	Mujer	173	1.1734	.95479		

A partir del estadístico t para muestras independientes, al contrastar los datos de la variable trabajo (¿trabajas?) respecto a la dimensión Neurofisiológico del BAI se obtiene una Sig. Bilateral de .000, mayor en quienes sí trabajan. Respecto a la dimensión Somatización del CES-D, se obtiene una Sig. Bilateral de .026, mayor en quienes sí trabajan. En la dimensión Interpersonal del CES-D, se obtiene una Sig. Bilateral de 0.19, mayor en quienes sí trabajan. Respecto a la dimensión Perturbaciones del sueño del ICSP, se obtiene una Sig. Bilateral de .004, menor en quienes sí trabajan. Finalmente,

respecto a la dimensión Disfunción diurna del ICSP, se obtiene una Sig. Bilateral de .031, menor en quienes sí trabajan (Tabla 20).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Peng *et al.* (2010) quienes exponen que los estudiantes universitarios que trabajan tienen mayor riesgo de padecer ansiedad y/o depresión, asimismo, Taylor *et al.* (2010) mencionan que los estudiantes que mantienen trabajos de medio tiempo mientras estudian tienden a padecer estrés, así como disminución de la calidad de sueño. Al respecto, Teixeira *et al.* (2007) exponen que los estudiantes que trabajan, en comparación a los que no, tienen a ser mayormente somnolientos durante el día.

Tabla 20. Estadístico t para subescalas

Dimensión	¿Trabajas?	N	Media	DE	Sig. Bilateral (Prueba T)	t (prueba T)																																									
Neurofisiológico (BAI)	Sí	43	7.7209	4.84191	.000	3.983																																									
	No	257	5.1362	3.76986			Somatización (CES-D)	Sí	43	6.1395	2.89154	.026	2.238	No	257	5.1133	2.76371	Interpersonal (CES-D)	Sí	43	2.0698	1.85672	.019	2.364	No	257	1.4397	1.57534	Perturbaciones del Sueño (ICSP)	Sí	43	9.1628	4.28136	.004	2.911	No	257	7.0584	4.40442	Disfunción Diurna (ICSP)	Sí	43	3.2791	1.48525	.031	2.167	No
Somatización (CES-D)	Sí	43	6.1395	2.89154	.026	2.238																																									
	No	257	5.1133	2.76371			Interpersonal (CES-D)	Sí	43	2.0698	1.85672	.019	2.364	No	257	1.4397	1.57534	Perturbaciones del Sueño (ICSP)	Sí	43	9.1628	4.28136	.004	2.911	No	257	7.0584	4.40442	Disfunción Diurna (ICSP)	Sí	43	3.2791	1.48525	.031	2.167	No	257	2.7043	1.62923								
Interpersonal (CES-D)	Sí	43	2.0698	1.85672	.019	2.364																																									
	No	257	1.4397	1.57534			Perturbaciones del Sueño (ICSP)	Sí	43	9.1628	4.28136	.004	2.911	No	257	7.0584	4.40442	Disfunción Diurna (ICSP)	Sí	43	3.2791	1.48525	.031	2.167	No	257	2.7043	1.62923																			
Perturbaciones del Sueño (ICSP)	Sí	43	9.1628	4.28136	.004	2.911																																									
	No	257	7.0584	4.40442			Disfunción Diurna (ICSP)	Sí	43	3.2791	1.48525	.031	2.167	No	257	2.7043	1.62923																														
Disfunción Diurna (ICSP)	Sí	43	3.2791	1.48525	.031	2.167																																									
	No	257	2.7043	1.62923																																											

5.7.2. ANOVA

A través de la aplicación del estadístico ANOVA, no se encontraron diferencias significativas entre las variables de escolaridad (por semestre), y edad respecto a las dimensiones de cada instrumento. Por otra parte, en la dimensión Subjetivo del Inventario de Ansiedad de Beck se obtienen diferencias significativas respecto a quienes trabajan de 3-5 hrs y aquellos que lo hacen de 6-8 hrs, con una media de 5.3529 y 10.1875 respectivamente, con una Sig. .015 (Tabla 21). Ello, sugiere que quienes trabajan de 6-8 hrs presentan mayores síntomas subjetivos.

De igual manera, en la dimensión “Neurofisiológico”, perteneciente al Inventario de Ansiedad de Beck, obtienen diferencias significativas respecto a quienes trabajan de 6-8 horas y quienes no trabajan, con medias de 9.0000 y 5.1163, respectivamente, con una Sig. .001, y en quienes trabajan 8 horas en adelante ($M= 11.7500$) respecto a quienes no trabajan ($M= 5.1163$), con una Sig.= .007 (Tabla 22) sugiriendo que, quienes trabajan de 6-8 hrs. y 8 hrs. en adelante presentan mayormente síntomas neurofisiológicos que quienes no trabajan.

Tales resultados concuerdan con los obtenidos por Zepeda (2009), quien expone que los estudiantes que trabajan jornadas largas y estudian tienden a contar con mayor propensión a mantener estados de estrés o ansiedad debido al poco tiempo libre con el que cuentan. Asimismo, coinciden con los hallazgos de Virtanem (2011) quien plantea que largas horas de trabajo puede ser un factor de riesgo para desencadenar ansiedad y/o depresión. En esta misma línea, Santos (2005) advierte que el trabajo puede afectar al estudiante ya que hace presente el desgaste físico y mental del mismo, pudiendo propiciar altos niveles del estrés, el cual, como se menciona anteriormente, puede desencadenar síntomas pertenecientes a un cuadro de ansiedad.

Tabla 21. Estadístico ANOVA horas de trabajo BAI subjetivo

Subjetivo (BAI)	Horas	Medias	Diferencia de medias (I-J)		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
(I) ¿Cuántas horas?	(J) ¿Cuántas horas?		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
3 - 5 hrs	1 - 2 hrs	5.6000	-.24706	2.23478	1.000	-6.3809	5.8868
	6 - 8 hrs	10.1875	-4.83456(*)	1.53005	.015	-9.0341	-.6350
	8 hrs en adelante	7.2500	-1.89706	2.44111	.937	-8.5972	4.8031
	No aplica	7.1240	-1.77109	1.09993	.492	-4.7901	1.2479
6 - 8 hrs	1 - 2 hrs	5.6000	4.58750	2.25060	.250	-1.5898	10.7648
	3 - 5 hrs	5.3529	4.83456(*)	1.53005	.015	.6350	9.0341
	8 hrs en adelante	7.2500	2.93750	2.45560	.754	-3.8025	9.6775
	No aplica	7.1240	3.06347	1.13172	.055	-.0428	6.1697

Tabla 22. Estadísticos descriptivos ANOVA, horas de trabajo BAI neurofisiológico

Neurofisiológico (BAI)	Horas	Medias	Diferencia de medias (I-J)		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior		Límite superior	Límite inferior
(I) ¿Cuántas horas?	(J) ¿Cuántas horas?		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
6 - 8 hrs	1 - 2 hrs	5.0000	4.00000	1.98940	.263	-1.4604	9.4604
	3 - 5 hrs	6.8235	2.17647	1.35248	.493	-1.5357	5.8887
	8 hrs en adelante	11.7500	-2.75000	2.17062	.712	-8.7077	3.2077
	No aplica	5.1163	3.88372(*)	1.00038	.001	1.1380	6.6295
8 hrs en adelante	1 - 2 hrs	5.0000	6.75000	2.60474	.075	-.3993	13.8993
	3 - 5 hrs	6.8235	4.92647	2.15781	.153	-.9961	10.8493

							1
	6 - 8 hrs	9.0000	2.75000	2.17062	.712	-3.2077	8.7077
	No aplica	5.1163	6.63372(*)	1.95645	.007	1.2638	12.003
							6
No aplica	1 - 2 hrs	5.0000	.11628	1.75324	1.000	-4.6959	4.9284
	3 - 5 hrs	6.8235	-1.70725	.97228	.402	-4.3759	.9614
	6 - 8 hrs	9.000	-3.88372(*)	1.00038	.001	-6.6295	-1.1380
	8 hrs en adelante	5.1163	-6.63372(*)	1.95645	.007	-12.0036	-1.2638

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como principal objetivo determinar los niveles de ansiedad, y el grado de relación con los niveles de sintomatología depresiva y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la licenciatura en Psicología, a través del análisis estadístico de datos por medio de la correlación de Pearson.

Una vez obtenidos los datos a través de las escalas aplicadas, se confirma la hipótesis de la cual se basa el presente trabajo. En este sentido, se indica que a mayor nivel de ansiedad, existe mayor aparición de síntomas depresivos y menor calidad de sueño en estudiantes universitarios de la licenciatura en Psicología.

De los sujetos evaluados el 12.3% de los alumnos presenta un nivel mínimo de ansiedad, el 39% niveles leves de ansiedad; el 38% niveles moderados de ansiedad y el 10.6% niveles severos de ansiedad, lo que sugiere la presencia de altos niveles de ansiedad en la comunidad universitaria en casi un 50% de la muestra.

Por otra parte, el 23.6% de los estudiantes evaluados presentan sintomatología depresiva, el 27% sintomatología depresiva severa, mientras que el resto no presenta sintomatología, esto sugiere que más de la mitad de los alumnos evaluados presenta síntomas depresivos que pueden afectar su rendimiento académico, así como su vida en general.

De acuerdo a los datos estadísticos otorgados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2017), el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, de los cuales el 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, y un 1.5% con cuadros de distimia. Respecto a al trastorno de ansiedad su frecuencia es referida en un 14.3% de la población. Estos datos, en comparación a los obtenidos en la presente investigación, sugieren la posibilidad de que el ambiente universitario sea un factor incidente en el aumento de los niveles de ansiedad y depresión

en los estudiantes puesto que las cifras obtenidas son mayores con respecto a las estadísticas nacionales.

Por otra parte, no existen diferencias significativas en relación a la edad, escolaridad y sexo, exceptuándose las dimensiones de Afecto deprimido, donde se aprecian diferencias significativas entre mujeres y hombres (Sig. .042), mismo que coincide con la investigación realizada por Mendoza *et al.* (2017), donde encuentra que las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres. De igual manera, se encuentran diferencias significativas en la duración del sueño (Sig. .007).

También se encuentran diferencias significativas respecto a quienes sí trabajan y quienes no, presentándose en las dimensiones: Neurofisiológico (Sig. .000), Somatización (Sig. 0.26) Interpersonal (Sig. .019), Perturbaciones del sueño (sig. .004) y Disfunción diurna (sig. .031), lo que sugiere que aquellos estudiantes quienes sí trabajan presentan síntomas pertenecientes a las dimensiones mencionadas respecto a quienes no. Se obtiene que aquellos quienes trabajan jornadas más largas presentan síntomas subjetivos (sig=.027) y neurofisiológicos (sig. .000) respecto a quienes trabajan jornadas largas y quienes no trabajan. Ello se relaciona con las investigaciones realizadas por Zepeda (2009), Virtanem (2011), y Santos (2005) quienes exponen que los estudiantes que realizan jornadas de trabajo más largas son mayormente propensos a padecer síntomas de ansiedad y depresión, así como afectaciones en la calidad del sueño. Teixeira (2007), quien menciona que los estudiantes que laboran tienden a presentar mayor somnolencia durante el día.

Existe correlación entre los niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y el nivel de calidad de sueño en los estudiantes de la licenciatura en Psicología. En este sentido, se aprecia que existe una correlación alta entre la aparición de ansiedad y de sintomatología depresiva ($r=.756$), y una correlación moderada entre sintomatología depresiva y calidad de sueño ($r=.650$).

El estudio en cuestión busca ser de utilidad para futuras investigaciones, así como para facilitar la creación de nuevos proyectos que incidan en el mejoramiento de la calidad de

vida académica dentro de la universidad; no obstante, el mismo cuenta con diversas limitantes, como el que la muestra obtenida evalúa a poco menos de la mitad de los alumnos pertenecientes a la licenciatura de Psicología, de igual manera, solo se toman en cuenta variables como sexo, edad, semestre, trabajo, y horas de trabajo, sin considerar otros factores relacionados como consumo de alcohol, tabaco, situación familiar, pensamiento suicida, entre otras. Asimismo, no se mantiene una evaluación longitudinal, ni se toman en cuenta a estudiantes de nuevas generaciones, ni las generaciones egresadas o en proceso de egreso.

RECOMENDACIONES

Con los datos e información obtenida de la presente investigación, se brindan las siguientes recomendaciones y sugerencias para incidir en lo que reflejan los resultados encontrados:

- Brindar mejores oportunidades de desarrollo académico a los estudiantes que realicen actividades laborales, con el fin de facilitar su desempeño en el aula.

- Facilitar a los estudiantes el acceso a atención psicológica con el fin de identificar y disminuir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva.

- Crear nuevas estrategias para la detección e intervención en aquellos estudiantes con presencia de niveles de sintomatología depresiva y ansiosa.

- Sensibilizar sobre la importancia del cuidado de la salud mental.

- Propiciar la investigación con relación al tema, para la obtención de datos que permitan explicar los factores asociados.

La ansiedad, y la sintomatología depresiva son trastornos complejos que implican problemas en el pensamiento, y en la conducta, así como con la funcionalidad de quien la padece, por esta razón sensibilizar cómo esto afecta el desarrollo de los estudiantes, tanto en lo personal, como en académico, será de utilidad para crear estrategias que propicien un mejor y pleno desarrollo del estudiante, mejorando así su desempeño en el aula y facilitando la obtención nuevos conocimientos, formando de esta manera a profesionistas altamente competitivos y capaces que aporten al desarrollo y beneficio de nuestra sociedad.

REFERENCIAS

- Adams, S., Kisler, T. (2013). Sleep quality as a mediator between technology related sleep quality, depression, and anxiety. *Revista Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 16, núm. 1, págs. 25-30. Recuperado de <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0157>.
- Adorno N., R., Gatti, P., Gómez, P., Mereles, N., Segovia, A., Castillo, A. (2016). Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la universidad católica de asunción. *Revista CIMEL*, vol. 21, núm. 1, págs. 5-8. Recuperado de: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/596>.
- Agudelo V., D. D., Casadiegos G., C. P., Sánchez O., D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Rev. International Journal of Psychological Research*, vol. 1, núm. 1, págs. 34-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503006.pdf>
- Aguilar M., L., Solange, C., Salazar., G., Loayza L., A. (2017). La importancia del sueño en el aprendizaje: visos desde la perspectiva de la neurociencia. *Revista Psicol.* vol. 25, núm. 2. págs. 129-137. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/322987928_LA_IMPORTANCIA_DEL_SUENO_EN_EL_APRENDIZAJE_VISOS_DESDE_LA_PERSPECTIVA_DE_LA_NEUROCIENCIA The_importance_of_sleep_in_learning_From_the_perspective_of_neuroscience.
- Aguilar R., F. (2007). Síndrome de piernas inquietas: clínica, manejo y estudio polisomnográfico. *Revista Plasticidad y Restauración Neurológica*, vol. 6, núm. 1-2, págs. 22-26. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=20953>.
- Alfonso, B., Águila, M., Monteagudo, R., Nieves, Z. (2015). *Estrés académico*. Editorial EduMecentro. Santa Clara. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v7n2/edu13215.pdf> Extraído el día: 22 de agosto de 2019.
- Álvarez Z., A., Ramírez, J., B., Silva, R., A., Coffin, C., N. y Jiménez, R., N. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Revista*

- International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 9, núm. 2, págs. 205-216. Recuperado de: <https://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>
- APA (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5a edición*. Editorial Medica Panamericana. México.
- Arango D., A., Hernán G., R. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista colombiana de psiquiatría*, vol. 47, núm. 1, págs. 46–55. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>
- Arbeláez S., L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 38, núm. 2, 2009, págs. 316-324. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615421008.pdf>
- Arenas, F., Andrade, V. (2013). Factores de riesgo psicosocial en una industria alimenticia de la ciudad de Cali. *Revista Pensam. Psicol.* vol. 11, Núm. 1. págs. 99-113. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n1/v11n1a07.pdf>
- Armeta, N., Pacheco, C., Pineda, E. (2008). Factores socioeconómicos que intervienen en el desempeño académico de los estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California. *Revista IIPSI*, vol. 11, núm. 1, págs. 153-165. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3888/3111>
- Arrieta V., K., Díaz C., S., González M., F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista colombiana psiquiátrica*, vol. 42, núm. 2, págs. 173-181. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a05.pdf>
- Bao, Y., Han, Y., Ma, J., Wang, R., Shi, L., Wang, T., He, J., Yue, J. (2017). Cooccurrence and bidirectional prediction of sleep disturbances and depression in older adults. *Revista Neurosci Biobehav.* vol. 75, núm. 1., págs. 257-273. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.032>
- Barrenechea L., M. B., Gómez, Z. C., Huaira P., A. J., Pregúntegui, L. I., Aguirre, G. M., Rey C., M. J. (2010). Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. *Revista Ciencia e Investigación Médica*

- Estudiantil Latinoamericana*, vol. 15, núm. 2, págs. 54-58. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/717/71721155002.pdf>.
- Barrio, J., García, M., Ruiz, I., Arce, A. (2006). El Estrés como Respuesta. *Revista International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 1 págs. 37-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Becerra G., A. M., Madalena A., C., Estanislau, C., Dias H., J. V., Bassi, A. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 39, núm. 1, págs. 75-81. Extraído de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-latinoamericana-de-psicologia/articulo/ansiedad-y-miedo-su-valor-adaptativo-y-maladaptaciones>
- Belló, M., Puentes, E., Medina, M., Lozano, P. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México Salud Pública de México. *Revista Instituto Nacional de Salud Pública* vol. 47, núm.1., págs. 4-11. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609302.pdf>.
- Berenzon S., Lara, M., A., Robles, R., Medina M., M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Revista Salud Publica Mex.* vol. 55., num. 1., págs. 74-80. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Berrió, M. (2011). Estrés académico. *Revista de psicología*, vol. 3. núm. 2. págs. 65-82. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/30794663_Estres_Academico
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Revista eureka*, vol. 8. núm. 1. págs. 80-91. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100009. Extraído el día: 4 de octubre de 2019.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., Andreski, P. (1997) Daytime sleepiness: an epidemiological study of young adults. *Revista Am J Public Health.* vol. 87., Núm. 10, págs. 1649-53. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.87.10.1649>
- Brown, G. W., Harris, T. O., Hepworth C. (1997) Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison.

- Revista Psychol Med.* Vol. 25, núm. 1., págs. 7-21. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7792364>.
- Buitrago, M., Pulido, A., Güichá M., A. (2016). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Revista Psicogente*, vol. 20, núm. 38, págs. 296-307. Recuperado de: <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2550>. Extraído el día 01 de febrero de 2020
- Buysse D., J., (1989). *The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>. Extraído el día: 12 de septiembre.
- Buysse D. J., Charles, F., Timothy, H., Monk, S. R., Berman, J., Kupfer. (1989). The Pittsburgh Sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Revista Psychiatric Research*- vol. 28, núm 2, págs. 193- 213. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0165178189900474?via%3Dihub>
- Caldera, J., Pulido, B., y Martínez, M. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista Educación y Desarrollo*, vol. 7., núm. 1. págs. 77-82. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera.pdf
- Calleja, L., Sarmiento, R., Medina, K., Sepúlveda, H., Deluque, D., Escobar C., Franklin E. (2012). Calidad del sueño en una población adulta expuesta al ruido del Aeropuerto El Dorado. *Revista Biomédica*, vol. 35, núm. 2, págs. 103-109. Recuperado de: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2465>.
- Cano, L., Fernández, E., Buela, C., G. (2003). Efectos terapéuticos de la privación de sueño en la depresión. *Revista International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 3, núm. 3, págs. 541-563. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730308.pdf>.

- Cantoral, G., Méndez, M. V., Nazar, A. (2004). Depresión en adolescentes. un análisis desde la perspectiva de género. *Revista Ecosur*, vol. 1, núm. 21, págs. 27-32. Recuperado de: <http://revistas.ecosur.mx/filesco/322.pdf>.
- Cardona, A. J., Pérez, R. S., Gómez, M. J. (2014) Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista perspectiva psicol.* vol. 11, núm. 1. págs. 79-89. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>.
- Carillo, S. (S.F.). Un Estudio Sobre la Ansiedad. Ciudad Juárez: Editorial ICOSA.
- Carmona, R., Monterrosas, R., Navarrete, M., Acosta, U., Torruca, G. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Revista Investigación en Educación Médica*, vol. 6, núm. 21, págs. 42-46. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/304192027_Ansiedad_de_los_estudiantes_de_una_facultad_de_medicina_mexicana_antes_de_iniciar_el_internado.
- Carrillo, M. P., Ramírez, P. J., Magaña, V., K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 56, núm. 4, págs. 5-15. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a2.pdf>.
- Castillo, P. C., Chacón, de la C. T., Díaz, V. G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*, vol. 5, núm. 20, págs. 230- 237. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716000491>
- Ceña, C. R. (2017). Dormir bien para vivir y trabajar mejor. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, vol. 26, núm. 2, s/p. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552017000200090.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2017) Salud y Género en Cifras.. *Revista Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. vol. 15., núm., 2., págs. 38-45. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>

- Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. *Revista emociones y Salud*, vol. 2, núm.3, págs. 159-182. Recuperado de <https://www.uv.es/=cholz/SuenoAnsiedad.pdf>
- Clínica de Trastornos de Sueño UNAM (2017) 45% de la población en México tiene mala calidad de sueño: UNAM. Recuperado de <http://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/45-de-la-poblacion-en-mexico-tiene-mala-calidad-de-sueno-unam/>
- Correia, S., Souza, L., Susser, E., Rossi, M. P. (2017). Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 41, núm. 1, págs.1-10. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34367/v41eAPHA22017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cullen, W. (1785). First lines of the practice of physic. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, vol. 13, núm. 1, págs. 135-136. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233016519010.pdf>
- De la Portilla, M. S., Dussán, L. C. y Montoya L., D. M. (2017). Caracterización de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en una muestra estudiantes del programa de medicina de la universidad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina (Col)*, vol. 17, núm. 2, s/p. recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273854673007/html/index.html>.
- DeSimone, J. (2008). The Impact of Employment During School on College Student Academic Performance. *Revista National Bureau of Economic Research*. vol. 18. núm 5., págs. 1-38. Recuperado de <https://www.nber.org/papers/w14006.pdf>
- Escudero, H. N. (2017). Depresión, ansiedad y alteraciones del sueño. *Revista el farmacéutico*, núm. 554, págs. 36-39. Recuperado de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf.
- Española, R. A. (2008). *Diccionario de la Lengua Española*. México: Enclave.
- Failoc, R., Perales, C., Díaz V., C. (2015). Trastornos del sueño-vigilia y calidad del sueño en estudiantes de medicina en Latinoamérica: una realidad preocupante. *Revista Neurología*, vol. 7., núm. 3., Págs. 199-201. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-trastornos-del-sueno-vigilia-calidad-del-S1853002815000506>.

- Fava, M., Kendler, K. S. (2000). Major depressive disorder. *Revista Neuron.* vol. 28., núm. 2., págs. 335-341. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)00112-4](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)00112-4)
- Fernández, C., Gutiérrez, A., Esperanza, M. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Revista Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, vol. 7, núm. 1, págs. 49-76. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121936004.pdf>
- Fernández, M., Rico, R. (2007). Propiedades Clinimétricas de la Versión Castellana del Cuestionario de Pittsburg. *Revista vigilia-sueño.*, vol.9., núm., 2, págs.81-94. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Angel_Royuela/publication/258705863_Propiedades_clinimetricas_de_la_version_castellana_del_cuestionario_de_Pittsburgh/links/02e7e528de0c9d6e1f000000.pdf
- Flores O., R., Jiménez E., S., Pérez S., M., Ramírez S., P., y Vega V., C. (2007). Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios. Facultad de Estudios Superiores Campus Iztacala. *Revista electrónica de Psicología Iztacala.* vol. 10. núm. 2. págs. 94-105. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6V10N2jun07.pdf>
- Fouilloux M., C., Barragán P., V., Ortiz L., S., Jaimes M., A., Urrutia A., E., Guevara G., R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Revista Salud Mental*, vol. 36, núm. 1, págs. 59-65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225671008>)
- Freud, S. (1997). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia».* Obras completas. Editorial Bibliotecanueva. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicopatologia/sc hejtman/tercer%20conjunto/Frued,%20sobre%20la%20justificacion%20de%20separar%20de%20la%20neurastenia%20un%20determinado%20sindrome%20en%20calidad%20de%20neurosis%20de%20angustia,%20Tomo%20III.pdf>
- Extraído el día:19 de septiembre de 2019

- Gala A., M. M., Fortes V., M. A. (2013). Aprender a dormir. *Revista Pediatría Atención Primaria*, vol. 15, núm. 60, págs. 145-155. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000500004.
- Galambos, L., Andrea L. (2010). Rise and fall of sleep quantity and quality with student experiences across the first year of university. *Revista Journal of Research on Adolescence*, vol. 21, núm. 2., págs. 342-349. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00679.x>
- Galindo, O. Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M., Alvarado, S. (2005) Propiedades Psicométricas de Inventariode Ansiedad de Beck. *Revista interdisciplinar*. vol. 12, núm. 1. págs. 33-55. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48903/45629>
- García, A., Ocaña, J., Hernández, S., Pérez, C., Cabrera, M. (2018) Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Revista Saude colectiva*. vol. 23, núm., 4. Págs. 23-32 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1089.pdf>
- García F., J. M., Martínez, M., Inglés, C. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, vol. 4, núm. 1. págs. 63-76. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245126428003.pdf>
- Gómez A., V., Herrera M., C., Martínez D., Y., Junyent I., E., Pedreira R., G. (2008). Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista Enfermería de Nefrología*, vol. 21, núm. 4, págs. 369-76. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000400369&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- González L., Z., González G., E., Gómez N., M., Cisneros E., M. A., Rodríguez G., K. Y., Ramos P., E. G. (2018) Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, vol. 17, núm. 4, págs. 41-47. Recuperado de: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/399/340>

- González, C., Greiff, E., Prieto, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza Psychologia. *Revista Avances de la disciplina*, vol. 5, núm. 1 págs. 59-72. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a06.pdf>
- González, F. C., (2012). Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (cesd) en México: análisis bibliométrico. *Revista Psicothema*. vol. 15. Núm. 4. págs. 524-532. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a3.pdf>
- González, R. J. (1993) Psicopatología del sueño. *Revista focus on psychiatry*. vol. 4, núm. 1. Págs 76-87. Recuperado de: http://www.psicoter.es/_arts/93_A122_08.pdf
- Gray, E., Watson, D. (2002). general and specific traits of personality and their relation to sleep and academic performance. *Revista Journal of Personality*. vol. 70, núm. 2, págs. 177-206. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/1467-6494.05002>
- Gunnarsdóttir, K. (2014) effects of poor subjective sleep quality on symptoms of depression and anxiety among adolescents. *Revista BSc in Psychology*. vol. 43. núm. 2. págs. 103-124. Recuperado de <https://skemman.is/bitstream/1946/19416/1/BSc.Thesis.QualityOfSleep..pdf>
- Gutiérrez R., J. A., Montoya V., L. P., Toro I., B. E., Briñón Z., M., Rosas, R., E., Salazar Q., L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, vol. 24, núm. 1, págs. 7-17. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261119491001.pdf>.
- Hamui-Sutton, L., Barragán, V., Fuentes, R., Monsalvo, E., Fouilloux, C. (2013) Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes. *Revista Academia Mexicana de Cirugía* vol. 81, núm. 4., págs. 317-327. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66228318009.pdf>. Extraído el día: 4 de setiembre de 2019.
- Henry E. (1895). *Tratado de Psiquiatría*. Octava edición. Editorial Masson. Barcelona, España. Recuperado de http://cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/34548_2015923.pdf
- Hernan A., M. A., Franco, A., F., Vinaccia, A., S., Tobón, S., Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina

- comportamental del sueño. *Revista Suma Psicológica*, vol. 15, núm. 1, marzo, págs. 217-239. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604009.pdf>.
- Hernández, G., Vidal, M., Gómez, A., Ibáñez, C., Pérez, J. (2009). *Ansiedad y trastornos de ansiedad. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur*. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material_docente/bajar?id_materia_l=207749
- Hernández P., M. R., Ramírez, G. N., López C., S. V., Macías, M., D. (2015). Relación entre ansiedad, desempeño y riesgo de deserción en aspirantes a bachillerato. *Revista Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 9, núm. 1, págs. 45-57. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a04.pdf>
- Hernandez S., J. F. (2006). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria..* Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.Pdf>.
- Hughes, A., Lourea, W., B., Kendall, P. (2007). Somatic complaints in children with anxiety disorders and their unique prediction of poorer academic performance. *Revista Child Psychiatry Hum Dev.*, vol. 39., núm 9., págs. 211-230. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-007-0082-5>
- Incytu. (2019). Salud Mental en México. *Revista Nota-incytu n.007*, Ciudad de México. Recuperado de https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2018). *Mujeres y hombres en México*. Inmujeres, Mexico. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf
- Instituto Nacional de la Salud. (2013). Sueño Saludable. *Revista NIH*, vol. 1., núm. 13. Recuperado de https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/Healthy_Sleep_At-A-Glance_SPANISH_Final.pdf.

- Instituto Nacional de Psiquiatría. (2017). Encuesta de epistemología. Recuperado: de [inprf.gob.mx /psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf](http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf).
- Jadue, J. G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Revista Estudios Pedagógicos*, vol. 1, núm. 27, págs. 111-118. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052001000100008>. Extraído el día: 09 de diciembre de 2019.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M. y Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Revista Psicología Conductual*, vol. 23, núm. 2, págs. 245-264. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/fb69/2d79effcc21365276ae5d1de9932b6f6765f.pdf>.
- Jiménez, G. A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Revista Gac Méd Méx.* vol. 144. núm. 6. págs. 441-496. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm086e.pdf>
- Jiménez, T. A., Wagner, F., Rivera, H. M., González, F., C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Revista Salud mental.* vol. 38, núm. 2, pág 103-107. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000200004&lng=es&tlng=es. Extraído el día 07 de diciembre de 2019
- Katzman M, Bleau P, Van-Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *Revista BMC Psychiatry.*, vol 14. Núm. 1, págs 2-83. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120194/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf>
- Leckman, J., Vaccarino, F., Lombroso, P. (2002). Development of the symptom of anxiety. *Revista Child and Adolescent Psychiatry:* vol. 3. núm. 5., págs. 223-246. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5007197/pdf/nihms790685.pdf>

Lethaby A., Hogervorst, E., Richards, M-, Yesufu, A. (2008). Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. *Revista Cochran Database Syst.* vol. 22, núm. 1. págs. 25-32. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254016>

Lira, D y Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 81, núm.1.. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100004.

Llaneza, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editoria Ciencias Médicas. La Habana, cuba. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf Extraído el día:22 de agosto de 2019

López, I., Ortega, V. C., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar Subjetividad*, vol. 3, núm. 1, págs. 10-59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

López, L. (2004). Población muestra y muestreo. *Revista punto cero*, vol. 9, núm. 8. Págs. 1-6. Recuperado de: http://www.scielo.org./scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181502762004000100012

López S., M. R., Cristina M., F., De Mattia, R., A. (2010). El trabajo en turnos alternados y sus efectos en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, vol.18, núm.6, págs. 1-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Lovell G., Nash, K., Sharman, R, Lane, R. (2015). A cross-sectional investigation of depressive, anxiety, and stress symptoms and health-behavior participation in Australian university students. *Revista Nurs Health Sci.* vol. 17, núm. 1, págs. 134–142. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/nhs.12147>

- Luigi, M., Francesca, D., Maria, D.S., Eleonora, P., Valentina, G.D. and Benedetto, V. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *Revista BMC Public Health*, vol. 347, núm. 7. s/p. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810021725>
- Luna, S. M. (2007). Manual práctico para el diseño de la Escala Likert. *Revista Xibmai*. vol. 2., núm., 4., s/p. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953744>
- Luna-, Y. R. (2015). Validación del índice de calidad de sueño de pittsburgh en una muestra peruana. *Revista Anales de Salud Mental*. vol. 31., núm. 2., págs. 22-30. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/15>
- Maluenda, J. P. (2015). Sueño y vigilia: La importancia vital de un sueño reparador. *Revista de la Sociedad Chilena de Pediatría*, vol. 1, núm. 80, págs. 1-30. Recuperado de: <https://www.sochipe.cl/subidos/revista1/docs/1439992723-EE%20N80%20-%20FINAL.pdf>.
- Marcotte, D. (2013). La dépression chez les adolescents: état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention [Depression in Adolescents: State of Knowledge, Family, School and Intervention Strategies]. Montréal, QC: PUQ. Recuperado de <https://www.puq.ca/catalogue/livres/depression-chez-les-adolescents-2352.html>
- Marín A., H. A., Franco, A. F., Vinaccia, A. S., Tobón, S., Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Revista Suma Psicológica*, vol. 15, núm. 1, págs. 217-239. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604009.pdf>.
- Martínez, M. M., López G., D. N. (2011). Trastornos de la ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, vol. 44, núm. 3, págs. 101-107. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Martínez, M. M., Muñoz, G. Z., Rojas, V. K. y Sánchez, H. A. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla,

- México, *Revista SciencyDirect*, vol. 23, núm. 4, págs. 145-149. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630150X>.
- Martínez O., P. V. (2014). Ansiedad en una muestra de alumnos de educación. *Revista INFAD Psicología*, vol. 1, núm. 1, págs. 439-449. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851780045>.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M., Passaniti, E., Genitori D'Arrigo, V., Vitiello, B. (2017). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *Revista BMC Public Health*, vol.7, núm. 347, págs. 209-244. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2228292/pdf/1471-2458-7-347.pdf>
- Medina M., M., Guilherme B., Lara M., C., Benjet, C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, págs. 24-32. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Medina O., O., Sánchez M., N., Conejo G., J., Fraguas H., D. y Arango L., C. (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 36, núm. 4, págs. 701-717. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80636410.pdf>.
- Mendoza Z., M., Veytia L., M., Guadarrama, G., Wagner F., A. (2017). Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. *Revista acta universitaria*, vol. 27, núm. 4, págs. 35-43. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/au/v27n4/2007-9621-au-27-04-35.pdf>.
- Merino A., M., Álvarez R., L. A., Madrid P., J., Martínez M., M. A., Puertas C., F. J., Asencio G., A., Santo T., O. R., Jurado L., M. J., Segarra I., F. J., Canet S., T., Giménez R., P., Terán S., J., Alonso A., M. L., Borreguero D., V. D. y Barriuso E., B. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Revista de Neurología*, vol. 63, núm. 2, págs. 1-27. Recuperado de: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>.

- Miró, E., Cano L., M. y Buela C., G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, núm. 14, págs. 11-27. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401401.pdf>.
- Miró, E., Martínez, P., Arriaza, R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Revista Salud Mental*, vol. 29, núm. 2, págs. 30-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222906.pdf>.
- Möller, H. (2002). Anxiety associated with comorbid depression. *Revista Clin Psychiatry*, vol. 63, núm. 14, págs. 22-26. Recuperado de <https://europepmc.org/abstract/med/12562115>.
- Monterrosa C., A., Ulloque C., L. y Carriazo J., S. (2014). Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Revista Duazary*, vol. 11, núm. 2, págs. 85-97. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4949416.pdf>.
- Monza, A. (2005). La duración de la jornada en el caso argentino: la calidad del empleo y el reparto del tiempo de trabajo. *Revista Refworks*, vol. 16, núm. 1, págs. 115-155. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/2465>.
- Moo-Estrella, G., Pérez, H., Solís, F., (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Revista Med Res.*, vol. 36, núm. 4, págs. 393-399. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2005.03.018>.
- Morris C., G. y Maisto A., A. (2005). Introducción a la psicología. Editorial Pearson Educación. Buenos Aires, Argentina.
- Murray C., J. (1996). Evidence-Based Health Policy--Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Revista Science*, vol. 274, núm. 5288., págs. 740-743. Recuperado de: DOI: 10.1126/science.274.5288.740.
- Naranjo P., M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, vol. 33, núm. 2, págs. 171-190. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>.
- National Institute of Mental Health. (2010). La Depresión. Recuperado de: www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml.
Extraído el día: 27 de septiembre de 2019

- Occupational Health, OH (2012). ¿En México quiénes son más propensos a sufrir ansiedad: hombres o mujeres? Recuperado de: <http://occupationalhealth.com.mx/en-mexico-quienes-son-mas-propensos-a-sufrir-ansiedad-hombres-o-mujeres/>. Extraído el día: 20 de septiembre de 2019
- Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista Neuro-psiquiatría*, vol. 41, núm. 2, págs. 95-102. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Tratamiento Farmacológico de los trastornos mentales en la Atención primaria de Salud*. Washington, D.C.: Editorial Biblioteca OPS
Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf. Extraído el día: 3 de agosto de 2019.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, CIE*. 11a. revisión. Washington, D.C.
- Otero P., V. M. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, vol. 2, núm. 29, págs. 63-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4911675.pdf>.
- Otzen T., C. M. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Revista Morphol*, vol. 3, núm. 1, págs. 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>.
- Parry, B., Newton, R. (2001). Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Revista Neuropsychopharmacology*, vol. 25, núm. 5, pág. s/p. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11682284>.
- Pedrero M., L., Mercado C., E., Cruz A., A., Sánchez M., O. (2006). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 44, núm. 5, págs. 409-414. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745535004>.

- Peltz, R., Rogge, C., Pugach, C. (2017). Bidirectional Associations Between Sleep and Anxiety Symptoms in Emerging Adults in a Residential College Setting. *Revista Sage journals*, vol. 5, núm. 3, págs. s/n. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2017-18850-005>.
- Peng, M., Hu, G., Dong, J., Zhang, L., Liu, B., Sun, Z. (2010). Employment-related anxiety and depression in senior college students in China. *Revista MedLine*, vol. 35, núm. 3, págs. 194-202. Recuperado de <http://xbyx.csu.edu.cn/xbwk/fileup/PDF/201003194.pdf>.
- Pérez L., J. G., Toledo E., J. B., Urrestarazu J., I. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Revista An. Sist. Sanit. Navar*, vol. 30, núm. 1, págs. 19-36. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11376627200700020003.
- Petkova M., G., Paredes C., G., Alvarado M., S., Jara C., M., Barra, M. (2015). Prevalencia de sintomatología depresiva y factores asociados en estudiantes de odontología de una universidad pública peruana. *Revista Odontología Sanmarquina*, vol. 18, núm. 1, págs. 7-11. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/307143907_Prevalencia_de_sintomatologia_depresiva_y_factores_asociados_en_estudiantes_de_odontologia_de_una_universidad_publica_peruana.
- Pollack, R. (2007). *Sexo, Género y Biología*. Editorial U Alicante. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/39441586_Sexo_genero_y_biologia
- Post, D., Pong, S. (2009). Los estudiantes que trabajan y su rendimiento escolar, *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 128, núm. 2, págs. 176-188. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2009.00050.x>.
- Puerto, M., Rivero, D., Sansores, L., Gamboa, L. y Sarabia, L. (2015). Somnolencia, hábitos de sueño y uso de redes sociales en estudiantes universitarios. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 20, núm. 2, págs. 189-195. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242799009.pdf>.

- Quevedo B., V. J. y Quevedo, B. R. (2011). Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *Revista International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 11, núm. 1, págs. 49-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423004>.
- Radloff L., S. (1997). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0146621677>. Extraído el día: 22 de septiembre
- Rapaport, M. (2001). Prevalence, recognition, and treatment of comorbid depression and anxiety. *Revista Clin psychiatry*, vol 62, núm. 24, págs. 6-10. Recuperado de <https://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2001/v62s24/v62s2402.aspx>.
- Reyes C., C., Monterrosas R., A., Navarrete M., A., Acosta M., E., Torruco G., U. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Revista Investigación en educación médica*, vol. 6, núm. 21, págs. 42-46. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.004>.
- Risal, A., Manandhar, K., Linde, M., Steiner, T., Holen, A. (2016). Anxiety and depression in Nepal: prevalence, comorbidity and associations. *Revista BMC Psychiatry*, vol. 16, núm. 102, págs. 2-9. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4831105/pdf/12888_2016_Article_810.pdf.
- Rivera R., L., Rivera H., P., Pérez A., B., Leyva L., A., De Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Revista Salud Publica Mex*, vol. 57, núm. 1, págs. 219-226. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300010.
- Robazzi, M., Chaves, M., Cássia de Marchi, D., Da Silva, P. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud, *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 26, núm. 1, págs. 52-64. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf09110.pdf>.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mex Psicol*, vol. 18, núm. 8, págs. 28-36. Recuperado de <https://scinapse.io/papers/1597953883>.
- Rodríguez L., J. y Leyva P., M. A. (2007). La deserción escolar universitaria. La experiencia de la UAM. Entre el déficit de la oferta educativa superior y las dificultades de la retención escolar. *Revista El cotidiano*, vol. 22, núm. 142, págs. 98-111. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32514212.pdf>.
- Rojas, E. M. (2008). *Escalas o índices para la medición de constructos: el dilema del analista de datos*. Editorial Avances en Medicina.
- Romo N., F., Tafoya S., A., Heinze, G. (2013). Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Revista Salud mental*, vol. 36, núm. 5, págs. 375-379. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500004&lng=es&tlng=es.
- Ruiz S., A. M. y Lago, P. B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf.
- Sánchez, C. F. (2011). Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico. *Revista Docplayer*, vol. 43, núm. 2, págs. 145-166. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111836.pdf>.
- Sánchez, S. E. (2019). Edad Cronológica y Edad Mental. Evaluación Psicopedagógica. Recuperado de <https://es.researchgate.com/doc/61279793/EDAD-CRONOLOGICA>.
- Saucedo, I. (S.f.). Un estudio sobre la ansiedad. *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México*. Recuperado de <http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>.
- Schmidt, P. y Rubinow, D. (2009). Sex hormones and mood in the perimenopause. *Revista Acad Sci*, vol. 2, núm. 1, págs. 70-85. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891531/>.

- Sena, W., Lowe, P. (2007). Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, vol. 4, núm. 40, págs. 360-376. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17713134>.
- Serrano B., C., Rojas G., A., y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 15, núm. 1, págs. 47-60. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>.
- Sierra, J., Virgilio, Z. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar y Subjetividades*, vol. 2, núm. 1, págs. s/n. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chil. Neuropsiquiatría*, vol. 40, núm. 1, págs. s/n. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>.
- Soares C., N., Poitras J., R., Prouty, J. (2003). Effect of reproductive hormones and selective estrogen receptor modulators on mood during menopause. *Revista Drugs Aging*, vol. 20, núm. 2, págs. 85-100. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534310>.
- Soto, E. (2010). Dormir y soñar. *Revista Elementos: Ciencia y Cultura*, vol. 17, núm. 80, págs. 3-11. Recuperado de: <https://www.revistaciencias.unam.mx/en/164-revistas/revista-ciencias-16/1445-el-sue%C3%B1o.html>.
- Spielberg, C. D. (1989). Theory and Research on Anxiety. *Revista Academic Press*, vol. 2, núm. 5, págs. 3 – 22. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.907.5377&rep=rep1&type=pdf>.
- Stein, D., y Hollander, E. (2010). Tratado de los Trastorno de Ansiedad. Barcelona, España: Lexus.
- Talero C., M., Durán, F., Pérez I., M. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista científica salud*, vol. 11, núm. 3, págs. 333-482. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v11n3/v11n3a08.pdf>.

- Talero M., D. C., Durán, F., Pérez I., M., D. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista científica salud*, vol.2, núm.3, págs. 333-348. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732013000300008.
- Taylor, M., E. (2010). Stress among part-time business students: a study in a Ghanaian university campus.. *Revista Ife Psicología*, vol. 18, núm. 1, págs. 120-145. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/269847160_Stress_among_part-time_business_students_a_study_in_a_Ghanaian_univeristy_campus.
- Teixeira, L., Lowden, A., Turte, S., Nagai, R., Moreno, C. (2007). Sleep and sleepiness among working and non-working high school evening students. *Revista Chronobiol Int.*, vol. 24, núm. 1, págs. 99-113. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07420520601139763?journalCode=icbi20>.
- Terroso, A. G. (2009). Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. Editorial Servicio Murciano de Salud., Murcia, España. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>.
- Tiller, J. (2013). Depression and anxiety. Recuperado de: <https://www.mja.com.au/journal/2013/199/6/depression-and-anxiety>.
- Tinto, V. (2006), Promoting student retention and success: lessons learned, Higher Education Academy Conference on Innovations in Student Success. *Revista Acad Bm*, vol. 32, núm. 5, págs. 34-66. Recuperado de: <http://citeserx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.133.2661&rep=rep1&type=pdf>.
- Tolentino, S. (2009). Perfil de estrés académico en alumnos de licenciatura en Psicología, de la Universidad Autónoma de Hidalgo en la Escuela Superior de Actopan. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Perfil%20de%20estres%20academico%20en%20alumnos.pdf.

- Toro J., I. D. y Parra R., R. D. (2006). Metodología de la Investigación. Universidad Eafit: editorial fondo.
- Trujano R., S., Ávila R., E. y Morales P., A. K. (2014). Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Revista Semestral Tercera Época*, vol. 18, núm. 31, págs. 45-59. Recuperado de: <https://www.alternativas.me/attachments/article/64/3.%20Depresi%C3%B3n%20y%20problemas%20de%20salud%20en%20estudiantes.pdf>.
- Trujillo L., J. C. e Iglesias P., W. (2010). Sueño y asignación de tiempo entre los estudiantes universitarios: el caso de la universidad del atlántico. *Revista Semestre Económico*, vol. 13, núm. 27, págs. 99-116. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1650/165016946005.pdf.6232rG=gfgnotsgeerrrART23Z>.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Revista Anxiety Disord*, vol. 2, núm. 4, págs. 12-25. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618502002281?via%3Dihub>.
- Vargas, I. (2016). Licenciatura con índices elevados de estrés en el país. *Revista FacMed*, vol. 9, núm. 21, pág. s/n. Recuperado de: <https://facmed.unam.mx/mi-carrera/2016/02/02/las-carreras-mas-estresantes-en-el-pais>.
- Vargas O., C., Villareal S., K., Guevara L., C. y Andrade T., M. (2014). Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento*, vol. 5, núm. 1, págs. 36-44. Recuperado de: <http://www.revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/11/pdf>.
- Vásquez M., A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 70, núm. 1-4, págs. 88-95. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039390004>.
- Vázquez C., A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Revista multimed*, vol. 17, núm. 3, págs. 1-21. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>.

- Vázquez M., A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Revista Multimed*, vol. 17, núm. 3. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>.
- Vázquez, N. (2006). El estrés académico sus causas y sus consecuencias. *Revista PsicolClin*, vol. 2, núm. 34, pág. s/n. Recuperado de: <https://Redalyc.org/articulo.oa?id=5843351963537>.
- Velásquez P., L., González G., M., y Contreras G., A. (2010). Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, vol. 2, núm. 2, 2010, págs. 60-67. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333427069007.pdf>.
- Velayos J., L., Moleres F., J., Irujo A., M., Yllanes, D. y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. *Revista Anales Sis San Navarra*, vol. 30, núm.1, pág. s/p. recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002.
- Velázquez, Y., Zamorano, B., Ruíz, L., (2014). El horario laboral como elemento de riesgo psicosocial en los profesionales de la salud. *Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente*, vol. 26, núm. 4., págs. 22-46. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4277/427739475006.pdf>.
- Venebra M., A., Santiago G., J., Gracia G., F. (2006). *Trastornos del dormir*. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, vol. 6., núm. 2, pág. s/p. Recuperado de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol6_num2/articulos/trastornos.htm.
- Villalobos G., F. H. y Ortiz D., L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en Adolescentes de San Juan de Pasto. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 30, núm. 2, págs. 328-340. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a09.pdf>.
- Villarroel P., V. M. (2014). Calidad De Sueño En Estudiantes De Las Carreras De Medicina Y Enfermería Universidad De Los Andes. Mérida-Venezuela. (Tesis doctoral) Facultad De Medicina Departamento De Psiquiatría. Recuperado de:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1.

- Villaseñor B., S. J., Rojas M., A. J., Albarrán, L., y Gonzáles S., A. (2006). Un enfoque transcultural de la depresión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 69, núm. 1-4, págs. 43-50. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039389004.pdf>.
- Virtanen, M., Ferrie, J., Singh-Manoux, A., Shipley, M. (2011) Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *Revista Psychological Medicine.*, vol. 3, núm. 1, págs. 1-10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095591/>.
- Wagner, F., González F., C., Sánchez, García, S. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Revista Salud Mental*, vol. 35, núm. 1, págs. 3-11. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>.
- Weissman M., M., 1982 citado en Chapela, I. B. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies–depression (CES–D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Revista Salud Mental*, vol. 32., núm. 4, págs. 299-307. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n4/v32n4a5.pdf>.
- Weston, G., Webb. E., Carvalho, L. (2019). Long work hours, weekend working and depressive symptoms in men and women: findings from a UK population-based study. *Revista Epidemiol community health*, vol. 73, núm. 5, págs. 465-474. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30804048>.
- Young M., A., Scheftner W., A., Fawcett, J., Klerman, G. L. (1990). Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorder. *Revista J Nerv Ment Dis*, vol. 78., núm. 3, págs. 200-227. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2307973>.
- Zaragoitia, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Revista medwave*, vol. 13, núm. 3, pág. s/p. Recuperado de: doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651.
- Zepeda. (2009). Condiciones de Salud y Educación, México. Recuperado de: <http://saludyeducación.html> Extraído el día: 17 de octubre de 2019

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CIENCIA
Y ARTES DE CHIAPAS

1. BAI
2. CES-D
3. ICSP



Tomado de Aaron T. Beck (1988); Weissman *et al* (1980); Buysse-Macías (1997)

Escolaridad (semestre en curso): () 1er – 2do; () 3er – 4to; () 5to – 6to; () 7mo – 8vo
 Edad: () 18-19; () 20-21; () 22-23; () 24 – en adelante Sexo: () Hombre ()
 Mujer ¿Trabajas? () Sí, () No ¿Cuántas horas? () 1-2 hrs () 3-5 hrs () 6-8 hrs ()
 8 hrs – en adelante

1.		Las frases a continuación intentan reflejar aspectos característicos de la ansiedad. Responda con una X en función del grado de acuerdo la opción que más se aproxime a su realidad.	Grado			
B A I	01	Hormigueo o entumecimiento	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	02	Sensación de calor	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	03	Temblor de piernas	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	04	Dificultad para relajarse	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	05	Miedo a que suceda lo peor	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	06	Mareo o aturdimiento	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	07	Palpitaciones o taquicardia	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	08	Sensación de inseguridad	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	09	Terror	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	10	Nerviosismo	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	11	Sensación de ahogo	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	12	Temblor de manos	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	13	Temblor en todo el cuerpo	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	14	Miedo a perder el control	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	15	Dificultad para respirar	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	16	Miedo a morir	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	17	Sobresaltos	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	18	Molestias digestivas o abdominales	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	19	Palidez	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	20	Rubor facial	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
	21	Sudoración (no ocasionada por el calor)	Poco o nada	Levemente	Moderadamente	Severamente

2.	Nº	Experiencias que te pudieron haber ocurrido la semana pasada. Indica el número de días (0 a 7 días) en que te sentiste así la semana pasada	Número de días			
			A	B	C	D
C E S - D	1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
	2	No tenía hambre, ni tenía apetito	0	1-2	3-4	5-7
	3	Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos(as)	0	1-2	3-4	5-7
	4	Sentía que era tan bueno(a) como los demás	0	1-2	3-4	5-7
	5	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
	6	Me sentí deprimido(a)	0	1-2	3-4	5-7
	7	Sentí que todo lo que hacía me costó mucho trabajo	0	1-2	3-4	5-7
	8	Veía el futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
	9	Pensé que mi vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
	10	Tenía miedo	0	1-2	3-4	5-7
	11	Dormía sin descansar	0	1-2	3-4	5-7
	12	Estaba feliz	0	1-2	3-4	5-7
	13	Platiqué menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
	14	Me sentía solo(a)	0	1-2	3-4	5-7
	15	Sentí que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
	16	Disfruté de la vida	0	1-2	3-4	5-7
	17	Lloraba a ratos	0	1-2	3-4	5-7
	18	Me sentía triste	0	1-2	3-4	5-7
	19	Sentía que no le caía bien a los demás	0	1-2	3-4	5-7
	20	No podía "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7

I C S P	N.	Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.				
	1	¿Cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?				
	2	¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?				
	3	¿A qué hora se ha estado levantando por la mañana?				
	4	¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes				
	Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso					
	5	Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:				
	a)	No poder conciliar el sueño en la primera media hora:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	b)	Despertarse durante la noche o de madrugada:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	c)	Tener que levantarse para ir al sanitario:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	d)	No poder respirar bien:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	e)	Toser o roncar ruidosamente:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	f)	Sentir frío:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	g)	Sentir demasiado calor:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	h)	Tener pesadillas o “malos sueños”:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	i)	Sufrir dolores:	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	j)	Otras razones (anotar):	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	6	¿Cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?	Muy buena	Bastante Buena	Bastante Mala	Muy mala
	7	¿Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
	8	¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
9	¿Ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?	Ningún problema	Un problema muy ligero	Algo de problema	Un gran problema	

¡Gracias por tu participación!