



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANIDADES
Y EDUCACIÓN**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Niveles de Estrés en estudiantes universitarios ecuatorianos
y su relación con la depresión**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Autora: Toledo Sisalima, Helen Andrea

Directora: Vaca Gallegos, Silvia Libertad

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del trabajo de titulación

Loja, 03 de octubre de 2022

Magister.

María Aranzazu Cisneros Vidal

Coordinadora de la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicología de la Salud

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Niveles de Estrés en estudiantes universitarios ecuatorianos y su relación con la depresión realizado por Helen Andrea Toledo Sisalima, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Silvia Libertad Vaca Gallegos, PhD.

Directora de Tesis

CI: 0602906869

Declaración de autoría y sesión de derechos

Yo, Helen Andrea Toledo Sisalima, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor(a) del Trabajo de Titulación denominado: Niveles de Estrés en estudiantes universitarios ecuatorianos y su relación con la depresión, de la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicología de la Salud, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología, resultados y discusión, siendo Silvia Libertad Vaya Gallegos, PhD. directora del presente trabajo; y, en tal virtud, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual. Además, ratifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.

Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Helen Andrea Toledo Sisalima

CI: 1105338055

Dedicatoria

A mis padres, Silvia y Jorge (+), que con su espíritu de entrega, dedicación y amor supieron edificar y guiar mis pasos en cada uno de mis logros y a lo largo de mi vida y formación.

A mi hermano, por el apoyo incondicional en todos los peldaños que se me han presentado para lograr mis metas.

A mi novio y todas las personas fundamentales dentro de mi crecimiento personal y profesional que con sus manifestaciones de apoyo me mostraron su cariño y apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de cumplir cada una de las metas que me he propuesto. A mi madre, hermano, novio y familia, quienes han estado conmigo en todo momento apoyándome y creyendo en mí, para así poder cumplir con los retos y sueños que tengo.

A cada uno de los docentes que fueron parte de este proceso, quien con sus conocimientos, apoyo y paciencia me supieron orientar para la realización adecuada de este trabajo de fin de titulación, agradecer por su tiempo y confianza que me dieron a lo largo de mi formación académica y profesional.

A mis amigas y cada uno de las personas que estuvieron presentes, ya que me han ayudado en cada paso que he dado en esta etapa de mi vida.

Índice de Contenido

Carátula	i
Aprobación del director del trabajo de titulación	ii
Declaración de autoría y sesión de derechos	iii
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco teórico	6
1.1 Depresión.....	6
1.1.1 Antecedentes históricos	6
1.1.3 Prevalencia internacional, regional, nacional.....	9
1.1.4 Técnicas de evaluación aplicadas al trastorno depresivo.....	11
1.2 Estrés	13
1.2.1 Conceptualización y tipos de estrés	13
1.2.2 Estrés en población joven.....	15
1.2.3 Estrés y depresión.....	18
Capítulo dos	21
Metodología.....	21
2.1 Objetivos.....	21
2.1.1 Objetivo General.....	21
2.1.2 Objetivos Específicos	21
2.2 Diseño de investigación.....	21
2.3 Población y Muestra de estudio.....	22

2.4 Instrumentos de recogida de información.....	22
2.5 Procedimiento	29
2.6 Análisis de Datos.....	30
Capítulo tres	31
Resultados.....	31
3.1 Niveles de estrés y depresión.....	31
3.2 Niveles de estrés de los universitarios - edad e indicadores de salud.	38
3.3 Correlación Niveles de estrés y depresión	39
Capítulo cuatro	41
Discusión.....	41
Conclusiones	46
Recomendaciones	48
Referencias.....	50
Apéndice	63
Apéndice A. Matriz de revisión de base Scopus.....	63
Apéndice B. Cuestionario sociodemográfico Adhoc	73
Apéndice C. Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9	78
Apéndice D. Escala de Estrés Percibido (PSS-10).....	80

Índice de tablas

Tabla 1. Historia de la depresión	6
Tabla 2. Clasificación del Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales	8
Tabla 3. Clasificación de internacional de enfermedades.....	8
Tabla 4. Cuestionario sociodemográficas medidas con la encuesta Ad hoc.	22
Tabla 5. Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9....	26
Tabla 6. Estadísticas de fiabilidad del Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9	27
Tabla 7. Escala de Estrés Percibido (PSS-10).....	27
Tabla 8 . Estadísticas de fiabilidad de la Escala de estrés percibido PSS-10.....	28
Tabla 9. Media de estrés por sexo.	32
Tabla 10. Niveles de estrés Percibido PSS-10	32
Tabla 11. Niveles de estrés Percibido PSS-10 por sexo.....	33
Tabla 12. Niveles de Depresión por diagnóstico	34
Tabla 13. Niveles de depresión por diagnóstico de acuerdo al sexo	35
Tabla 14. Niveles de depresión PHQ-9	35
Tabla 15. Niveles de depresión PHQ-9 por sexo.....	37
Tabla 16. Relación de los niveles de estrés de los universitarios con la edad e indicadores de salud.	38
Tabla 17 . Pruebas de normalidad de la Escala de estrés percibido PSS-10 y Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9	39
Tabla 18. Correlaciones entre niveles de estrés y depresión	40

Índice de Figuras

Figura 1. Histograma Media de estrés.....	31
Figura 2. Porcentajes de niveles de estrés Percibido PSS-10	32
Figura 3. Porcentajes de Niveles de depresión por diagnostico	34
Figura 4. Porcentajes de Niveles de depresión PHQ-9.....	36
Figura 5. Histograma de Niveles de depresión PHQ-9	37

Resumen

El objetivo del estudio es determinar la relación entre niveles de estrés y depresión en estudiantes universitarios ecuatorianos. La investigación es de tipo no experimental, de campo transversal, exploratoria, cuantitativa, descriptiva y correlacional.

La población se ubicó en niveles medios de estrés. Los hombres tienen una media de 15,96 y desviación estándar de 6,04. En mujeres la media fue de 18,49 y desviación estándar de 6,14.

En niveles de depresión, la mayoría se ubicó en depresión mínima con el 46,09%, seguido de depresión media (31,20%). Así mismo, hombres (50,39%) y mujeres (42,54%) se ubicaron en un nivel de depresión mínimo.

Además, se evidencia que existe una relación negativa entre edad y estrés percibido con una correlación significativa de -0.110 , así como una correlación positiva estadísticamente significativa entre horas de ocio y niveles de estrés percibido, mientras que existe una correlación negativa entre horas de actividades físicas semanales y niveles de estrés. Finalmente, se determinó una correlación positiva moderada estadísticamente significativa de 0.630 entre niveles de estrés percibido y de depresión.

Palabras claves: Estrés, depresión, universitarios, Ecuador.

Abstract

The objective of the study is to determine the relationship between stress levels and depression in Ecuadorian university students. The research is non-experimental, cross-sectional, exploratory, quantitative, descriptive and correlational.

The population was located in average levels of stress. Men have a mean of 15.96 and a standard deviation of 6.04. In women, the mean was 18.49 and a standard deviation of 6.14.

In levels of depression, the majority was located in minimal depression with 46.09%, followed by medium depression (31.20%). Likewise, men (50.39%) and women (42.54%) were located at a minimum level of depression.

In addition, it is evident that there is a negative relationship between age and perceived stress with a significant correlation of -0.110 , as well as a statistically significant positive correlation between hours of leisure and levels of perceived stress, while there is a negative correlation between hours of activities weekly physicals and stress levels. Finally, a statistically significant moderate positive correlation of 0.630 was determined between levels of perceived stress and depression.

Keywords: Stress, depression, university, Ecuador.

Introducción

Según Baum (1990), el estrés es una experiencia emocional negativa que está acompañada de distintos cambios, bioquímicos, fisiológicos y en el comportamiento que se relacionan con la adaptación y puede presentarse ante situaciones difíciles que con el tiempo pueden afectar funciones del organismo. La Asociación Americana de Psicología (2013) lo define como un malestar que genera sensación de agobio, preocupación y agotamiento tanto en lo físico como psicológico de un individuo.

En la investigación de Oro et al. (2019), en una muestra de 148 estudiantes de medicina de la Universidad de Monash, a los cuales se les aplicó el PSS-14 para evaluar la percepción de estrés, mostraron un alto nivel de estrés percibido superior al de una población de su edad, obteniendo las mujeres mayores puntajes.

En Ecuador se han realizado varios estudios donde se identifica que el 96% de la muestra de estudiantes universitarios tienen estrés, siendo mayor para los hombres (Tapia, 2020). Ruisoto et al. (2015) evaluaron el estrés en estudiantes universitarios ecuatorianos, utilizaron el Perceived Stress Scale (PSS-14) y concluyeron que la intervención debe ser dirigida a reducir el estrés lo cual disminuirá el riesgo asociado a la aparición y agravamiento de problemas de salud.

Por otro lado, en relación a la otra variable de estudio que se analiza en la presente investigación, es fundamental contextualizarla teóricamente. La depresión es definida por la Asociación Americana de Psicología (2017) como una profunda e intensa tristeza o desesperanza, cuya duración se extiende más allá de unos días, esto puede interferir con las actividades del diario vivir; además, provoca malestar tanto físico como psicológico, este trastorno psicológico es provocado por factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

La OPS (2017) señala que las características del trastorno depresivo son: sentimiento de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño, falta de apetito y concentración. Puede presentarse de manera duradera o recurrente, por

lo que deteriora la capacidad de la persona de poder hacer frente a su vida cotidiana, puede afectar en el desempeño del trabajo, estudios, relaciones interpersonales, etc.

De acuerdo a datos de la OMS (2020), la depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial, que aproximadamente afecta a 300 millones de personas. Cada año, por causa de este trastorno mental, cerca de 800.000 individuos pierden la vida, circunstancias relacionadas con la depresión se han convertido en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. La prevalencia de depresión en Europa, Estados Unidos y Brasil son elevadas debido a que más de 15% de la población ha padecido depresión y en el 6% ha durado más de un año. En Estados Unidos uno de cada cinco adultos presenta sintomatología asociada con el trastorno depresivo (National Institute of health, 2021).

Países de Latinoamérica como Paraguay (9.4%), Brasil (9.3%), Perú (8.6%), Ecuador (8.3%) y Colombia (8.2%), tienen los primeros puestos en discapacidad por dicho trastorno mental; aproximadamente 10 millones de la población en la Región de las Américas que corresponde al grupo etario de 15 a 50 años se ven afectadas por la depresión (OPS, 2018).

En el Ecuador entre los 19 y 59 años son las edades en las que hay más casos relacionados con episodio depresivos (73,5% de casos atendidos) y las mujeres ocupan el 65 % de los casos (INEC, 2017). Según Muñoz et al. (2021), la prevalencia de depresión en los jóvenes es alta con un 25.9%, y las más afectadas son las mujeres, con un 14.1%, mientras que en los hombres es de 11.8%.

En un estudio realizado en hombres y mujeres con una media de edad de 21,03 años, demostró que la prevalencia de depresión fue de 36.27%, la depresión mayor fue de 16.1% (Muñoz et al., 2016). Y Martínez-Campaña et al. (2017) reportan una prevalencia de 23,3%, siendo también mayor en las mujeres.

Por otro lado, existen varias investigaciones que asocian los niveles de depresión y estrés. Cobiellas, et al. (2020), demostraron que el nivel excesivo de estrés es el más frecuente y no hubo una diferencia estadísticamente significativa en relación al sexo y los niveles de estrés. En

cuanto a la depresión, más de la mitad de los estudiantes mostraron niveles de depresión altos, sin diferencias estadísticas significativas entre hombre y mujeres. Además, se encontró una correlación significativa de 0,05 entre el nivel de estrés y depresión.

En una muestra de 1344 jóvenes universitarios la prevalencia de depresión fue del 47,2% y una relación positiva significativa con el estrés. Así como un aumento de riesgo de padecer depresión en aquellos estudiantes que presentaron niveles altos de estrés (Gutiérrez et al., 2010).

Además mencionar, que el presente trabajo contiene apartados en el primer capítulo como marco teórico de la investigación donde se da a conocer aspectos como definiciones, antecedentes históricos, clasificación o tipología, modelos teorías y datos obtenidos en diferentes estudios tanto de la variable depresión como estrés. En el segundo capítulo se abarca la metodología (objetivos, diseño, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de recogida, y procedimiento) En el capítulo tres se da a conocer los resultados obtenidos en la investigación. Finalmente se presenta la discusión, conclusiones, recomendación, anexos y bibliografía.

Con los antecedentes antes señalados, se corrobora que la prevalencia de la depresión en la población en general es alta y en especial en la más joven; así también existiendo una relación fuerte con el estrés, lo cual es interesante e importante comprobar en nuestra población de estudio con la finalidad de aportar a la evidencia científica en Ecuador y a la creación de programas de prevención en psicología de la salud, para dotar de conocimiento y herramientas sobre la importancia de desarrollar estilos de vida más saludables que permitirán afrontar de mejor manera las dificultades y adaptarse a los retos y adversidades de la vida cotidiana. Es por ello que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre los niveles de estrés y depresión en jóvenes universitarios ecuatorianos desde una perspectiva de género.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Depresión

1.1.1 Antecedentes históricos

La depresión ha evolucionado a lo largo del tiempo, cuenta con una extensa historia y es uno de los trastornos psicológicos reconocidos a lo largo del tiempo, desde los primeros textos médicos de la antigua Grecia hasta el actual manual diagnóstico (DSM), tal como se resume en la tabla 1.

Tabla 1

Historia de la depresión

Hipócrates	En el siglo V A.C, Hipócrates y la escuela de médicos hipocráticos dieron la primera definición, denominándola melancolía. Los síntomas eran: aversión a la comida, miedo, tristeza, abatimiento, insomnio, irritabilidad, inquietud que debía extenderse en un tiempo inusualmente largo clasificándolos en síntomas: miedo y desaliento.
Galeno	Los pacientes melancólicos desarrollaban sintomatología como el miedo o desaliento.
Aristóteles	Distinguió la tristeza como estado patológico, en la depresión la bilis negra era fría, generando abatimiento infundado.
Areteo de Capadocia	Separó a los pacientes melancólicos de aquellos que experimentan ira, dolor, tristeza y abatimiento mental.
Burton	Describió tres componentes: estado de ánimo, cognición y síntomas físicos. Mencionó que los síntomas melancólicos no son evidencia suficiente del desorden. Definió al trastorno de melancolía como la presencia de una fiebre o fatiga que está acompañada de miedo y tristeza, se manifiestan sin causa ni motivo aparente.
Sydenham	Propuso que las enfermedades tenían formas naturales y se presentaban uniformemente en cada individuo, una idea diferente al pensamiento hipocrático holístico. Surgen categorías de los trastornos nerviosos y de los síntomas depresivos vistos como componentes de la sintomatología de enfermedades nerviosas.
Emil Kraepelin	Se enfocó en el tipo de depresión melancólica y concluyó que es un trastorno separado no relacionado con la psicosis maníaco-depresiva. Además, combinó los trastornos de estado

de ánimo depresivos y maniático-depresivo en una sola categoría la cual tenía la misma fisiopatología subyacente, es decir, una locura maniático-depresiva.

Es así que su perspectiva fue considerada como la fuente de conocimiento para la creación futura del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM).

Freud	Se centró en la distinción entre la normalidad el duelo y el trastorno de melancolía. Enfatizó que los síntomas asociados con el duelo son intensos y son graves desviaciones de lo normal.
Freud y Meyer	Fueron la primera influencia en el DSM I en 1952 y DSM II en 1968. En el DSM I agruparon los trastornos afectivos, los cuales se caracterizaban por alteraciones graves del estado de ánimo. La melancolía fue una de las tres categorías principales de los trastornos psicóticos, mientras las otras dos se relacionaban con la esquizofrenia y reacciones paranoides. Por otro lado, el DSM-II también agrupó la depresión psicótica con estados de manía.

Nota: Horwitz et al. (2017).

1.1.2 Definiciones y conceptualización

La depresión es definida por la American Psychological Association [APA] (2017) como un profunda e intensa tristeza o desesperanza, cuya duración se extiende más allá de unos días, puede interferir con las actividades del diario vivir, causando malestar tanto físico como psicológico; además, este trastorno psicológico es provocado por factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2017) nos dice que la depresión es un trastorno psicológico frecuente, que se caracteriza por la persistencia de tristeza y pérdida de interés en actividades que el individuo normalmente disfruta, además, puede estar acompañada de incapacidad para llevar a cabo actividades diarias, el tiempo de duración es de 14 días o más.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) presenta la siguiente clasificación: trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, depresivo mayor, depresivo persistente o distimia, disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y finalmente otro trastorno depresivo no especificado, cada uno de los

cuales tiene criterios específicos que permiten la identificación y diagnóstico (APA, 2014). Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) divide la depresión en trastorno depresivo episodio individual (6A70), trastorno depresivo recurrente (6A71), trastorno distímico (6A72), presentaciones sintomáticas y de cursos para los episodios del estado de ánimo en los trastornos del humor (6A80); sin embargo, se debe tomar en cuenta que dicha clasificación posee una subdivisión (OMS, 2022).

Tabla 2

Clasificación del Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales

DSM 5	
	Trastorno de depresión mayor
300.4 (F34.1)	Trastorno depresivo persistente (distimia)
296.99 (F34.8)	Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
625.4 (N94.3)	Trastorno disfórico premenstrual
	Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
293.83	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
11 (F32.8)	Otro trastorno depresivo especificado
311 (F32.9)	Otro trastorno depresivo no especificado

Nota: (APA, 2014).

Tabla 3

Clasificación internacional de enfermedades

CIE 11	
6A70	Trastorno depresivo episodio individual
6A71	Trastorno depresivo recurrente
6A72	Trastorno distímico
6A80	Presentaciones sintomáticas y de cursos para los episodios del estado de ánimo en los trastornos del humor

Nota: (OMS, 2022).

Es importante conocer la clasificación del trastorno depresivo para poder realizar una adecuada evaluación psicológica. El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) propone que es relevante la clasificación para identificar la presencia y ausencia de criterios diagnósticos que se presentan en los manuales como el CIE (Tabla 3) y DSM (Tabla 2). De esta forma se ejecuta un cribado diagnóstico con el fin de cuantificar la frecuencia y gravedad de sintomatología; además, ayuda a que la evaluación psicológica pueda ser direccionada adecuadamente teniendo en cuenta los tipos o sintomatología de los diferentes trastornos depresivos. Se debe recalcar que la evaluación de la depresión no solo debe enfocarse en el recuento de los síntomas, debido a que existen múltiples factores que influyen en el desarrollo, curso y gravedad de la depresión.

1.1.3 Prevalencia internacional, regional y nacional

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia (OPS, 2017). La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) menciona que el trastorno depresivo es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial, estimándose que afecta al 3,8% de la población, el 5% son adultos y el 5,7% son mayores de 60 años, es decir, aproximadamente 280 millones de individuos tienen depresión. De acuerdo a Dattani et al. (2021), la población con depresión a nivel mundial en la actualidad es del 3.4%, las mujeres con un 4.1% y los hombres con un 2.7%.

El mayor porcentaje de casos de depresión por regiones a nivel mundial se presenta en la Región de África 9%, Región Mediterráneo Oriental 16%, Región de Europa 12%, Región de las Américas 15%, Región de Asia Sudoriental 27% y la Región del Pacífico Occidental 21% (OPS, 2017).

En relación a los datos mundiales, las Américas muestran casi el doble de tasa de tratamientos relacionados con depresión moderada/grave, posee un 95,8 por cada 100.000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

El grupo etario más afectado son personas de 15 a 50 años de edad. Países de América Latina como Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia ocupan los primeros puestos de discapacidad por depresión. Países sudamericanos se encuentran en el nivel o por encima del nivel de países de sur América con el 7,7%, y del nivel global regional con 7,8% (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En el 2015 fueron atendidas en el Ecuador 2.088 personas por enfermedades depresivas en establecimientos de salud, 749 hombres y 1339 mujeres. Las edades con mayores casos de episodios depresivos atendidos son de 19 a 59 años, lo que representa un 73,5% de estos; el 64% de casos fueron mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017).

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2021), la depresión afecta en mayor magnitud a las mujeres, de acuerdo a las atenciones ambulatorias que registra el MSP, los casos de mujeres que padecen depresión triplican a los de los hombres. De acuerdo a datos que corresponden al 2015, existieron 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión, 36.631 corresponde a mujeres y 13.748 a hombres.

Existen datos desde 1990 al 2017 sobre la población con depresión en Ecuador de acuerdo a datos médicos, epidemiológicos, encuestas y modelos de metaregresión. En 1990, el 2.86% de la población ecuatoriana padecía depresión, en 1995 el 2.89%, en el 2000 el 2.91%, en el 2010 2.96% y en el 2017 2.97%. La prevalencia de depresión en mujeres ecuatorianas es del 3.47%, mientras que en los hombres es del 2.51% (Dattani et al., 2021).

Por otro lado, una investigación realizada en jóvenes universitarios ecuatorianos brinda información sobre los niveles de depresión: un 41.5% presentó depresión leve, 26,2% moderada y 11.0% grave, demostrando que existen niveles altos de depresión en este grupo de edad (Narváz & Lismory , 2019).

La prevalencia de la depresión a nivel mundial, regional y local es elevada en comparación con otros trastornos como la ansiedad, que a nivel mundial afecta a 284 millones, el trastorno por

consumo de alcohol, a 107 millones, el desorden bipolar, a 46 millones, la esquizofrenia, a 20 millones, etc. (Dattani et al., 2021).

Por otro lado, en relación a la comorbilidad de la depresión, Martínez et al. (2017) mencionan que el 55,47% de la muestra total padecía alguna comorbilidad psiquiátrica como la ansiedad generalizada, episodio maniaco y el 42,19% presentaba alguna afección médica, como por ejemplo hipertensión y diabetes mellitus. Asimismo, las personas que padecen de algún trastorno depresivo son propensas de padecer enfermedades físicas y psicológicas. Por ejemplo, las personas con depresión tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes cerebrovasculares, alzhéimer, ansiedad, abuso de sustancias, entre otros (National Institute of Mental Health [NIH], 2021).

Podemos concluir que la depresión es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública, afecta a personas de distintas edades, sexo, y nivel socioeconómico, y está asociado o tiene implicaciones con problemas de salud tanto en los aspectos físico como psicológico.

1.1.4 Técnicas de evaluación aplicadas al trastorno depresivo

Para desarrollar este apartado se ha realizado un análisis bibliográfico siguiendo un proceso de revisión sistemática, cuyo objetivo es identificar investigaciones que utilicen técnicas de evaluación psicológica dirigidas a diagnosticar depresión o sintomatología depresiva.

Se realizó una búsqueda en la base de datos Scopus (ventana de tiempo del 6 al 20 de diciembre de 2021) en la cual se obtuvo 147 artículos relacionados con la temática usando la siguiente sintaxis que corresponde a varios filtros utilizados: 1. Artículos que tengan relación con la variable depresión los cuales fueron buscados y seleccionados mediante el filtro “depression assesment” (evaluación de la depresión) 2. Luego de esto se limitó mediante la palabra “Young” (jóvenes).

En un segundo momento, se aplicaron filtros que limitaron la búsqueda por años de artículos publicados entre el 2015 hasta el 2021 también se excluyeron distintas áreas de estudio como artes y humanidades, ciencias agrícolas y biológicas, bioquímica genética, biología molecular y finalmente inmunología y microbiología. Este proceso permitió la obtención de 93 artículos. Para finalmente realizar una lectura comprensiva de los resúmenes y seleccionar aquellos que incluían la variable depresión en metodológico, resultados o conclusiones, lo que nos permite la recolección de información por tener objetivos asociados a la misma, identificando 37 artículos que se sintetizan en la matriz 1 donde consta: citación APA, técnica y nombre del instrumento de evaluación psicológica, tipo de población y otras variables de estudio (Ver anexo 1).

En los artículos se evidencia que existe la mayor utilización de escalas para el proceso de recolección de información (59,5%), siendo mayormente utilizada la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) en investigaciones con población clínica y no clínica, como, por ejemplo, el estudio realizado con pacientes adultos con cáncer en la que se estudió variables como depresión, ansiedad y estrés (Aderhold et al., 2019). El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) fue el segundo instrumento más utilizado tanto en pacientes clínicos como no clínicos, por ejemplo, en una investigación realizada con 2563 estudiantes universitarios chinos de primer año (883 mujeres, 1680 hombres; edad media, 18,27 años) se aplicó dicho instrumento para evaluar la variable depresión (Tang & Dai, 2018).

Los test psicológicos y los inventarios son usados en igual número en los artículos seleccionados (18,9 %). Se entiende por inventario a una serie de autoinformes conformados o estructurados, los cuales se encuentran resumidos o integrados en una lista. Contienen un listado de preguntas que permiten obtener información del sujeto evaluado. Por otro lado, el test psicológico hace referencia a una medida de una muestra establecida, objetiva y estandarizada del comportamiento o conducta que una persona presente (Fernández-Ballesteros, 2013).

Los inventarios con mayor presencia fueron el Inventario de depresión de Beck (85,7%) y el inventario SCL90R (14,3 %). Es importante describir el primer instrumento psicológico cuyo objetivo es evaluar la presencia y la gravedad del trastorno depresivo, está dirigido a la población en adolescentes y adulta, además, es un inventario de autoinforme de 21 ítems (Dozois et al., 1998).

Y solamente se encontró un artículo en el que se utilizaron encuestas; la muestra participante de dicha investigación era de 439 italianos- población general y tenía como objetivo identificar los cambios psicológicos como niveles de estrés, depresión y ansiedad, durante la pandemia (Roma et al., 2020).

Finalmente, es importante recalcar que, de los 37 artículos seleccionados, el 88,8% tienen como objetivo de estudio la población clínica y un 48.2% la población no clínica; entre las variables asociadas a la depresión en la revisión de las distintas investigaciones están el estrés, ansiedad, estrategias de afrontamiento, factores socioeconómicos, apoyo social, calidad de vida, autoestima, soledad, duelo, burnout, resiliencia, entre otros (Ver anexo 1).

1.2 Estrés

1.2.1 Conceptualización y tipos de estrés

El estrés en la actualidad es una problemática que afecta a la gran mayoría de la población de todo el mundo y que puede acarrear consecuencias negativas para la persona que la padece. La Real Academia Española [RAE] (2014) define al estrés como una tensión generada por situaciones agobiantes, las cuales pueden originar problemas psicosomáticos o trastornos psicológicos que pueden agravarse con el tiempo.

La American Psychological Association (2013) menciona que el estrés es un malestar que genera sensación de agobio, preocupación y agotamiento tanto en lo físico como psicológico de un individuo, puede afectar a personas de cualquier edad y sexo. Además, genera dificultades en

los ámbitos en los que se desenvuelva o desarrolle en el día a día, sean estos, académicos, familiares, sociales, laborales, etc.

Asimismo, el estrés es definido como una reacción fisiológica que nuestro organismo presenta frente a situaciones difíciles, puede llegar a afectar el funcionamiento de nuestro cuerpo. El estrés se incrementa progresivamente a nivel mundial y se ha convertido en un problema que puede afectar a cualquier persona sin importar su edad, sexo, condición social, raza, etc. (Ávila, 2014).

Selye en 1973 definió al estrés como una respuesta no específica que da nuestro cuerpo ante cualquier demanda que se pueda presentar o ejercer sobre el mismo. Una de las características específicas del estrés es el esfuerzo adaptativo frente a un problema y la reacción inespecífica (Barrio et al., 2006).

Se debe tener en cuenta que las definiciones del estrés dependen de los modelos teóricos desde los cuales es abordado. Existen tres modelos o enfoques teóricos que se relacionan con el estrés: **Teoría basada en la respuesta**, se basa en la teoría del estrés de Selye, quien fue el mayor exponente en esta área investigativa y popularizó dicho término. Es así que Selye menciona que el estrés es una respuesta no específica del organismo. La teoría de dicho autor se basa en la acción de dos tipos de fenómenos, el estresor y la respuesta de estrés. La segunda **teoría es la basada en el estímulo**, entienden al estresor como un estímulo del ambiente, el cual puede perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. En contraste con los modelos centrados en la respuesta, el estrés se convierte en un factor externo, es decir que se encuentra en el ambiente en el que se desenvuelve la persona. Finalmente, la **teoría basada en la interacción** hace referencia a la relevancia que tienen los factores psicológicos que intervienen entre los estímulos y las respuestas de estrés, es decir la perspectiva interaccional nos especifica que el estrés se origina de las relaciones particulares entre las personas y su entorno. Es así, que basado en esta idea, Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés como relaciones particulares

entre la persona y las situaciones que se puedan presentar, siendo estas percibidas como un factor que pone en peligro el bienestar personal (Belloch et al., 2009). (Belloch, Sandín, & Francisco, 2009)

Por otro lado, la American Psychological Association (2010) da a conocer que existen diferentes tipos de estrés: agudo, episódico y estrés crónico, cada uno de ellos posee sus características específicas como sintomatología y duración. **El estrés agudo** es el más común y surge de las distintas exigencias que formaron parte del pasado o se darán en un futuro, puede causar malestar significativo cuando su nivel es elevado. Dado que el estrés agudo se presenta a corto plazo, no puede generar daños importantes. Entre los síntomas que presenta están: agonía emocional, problemas musculares, problemas intestinales, sobreexcitación. Este tipo de estrés puede presentarse en cualquier persona, se debe tomar en cuenta que es tratable y manejable.

Por otro lado, el **estrés agudo episódico** se caracteriza por síntomas como agitación prolongada, dolores de cabeza persistentes, migraña, hipertensión, dolor en el pecho, enfermedades cardíacas, etc. El tratamiento del estrés agudo episódico requiere de ayuda profesional, la cual puede tomar varios meses. Y finalmente, **el estrés crónico**, que desgasta a la persona día tras día y puede durar hasta años, esto puede traer consecuencias aversivas en lo físico y psicológico, es decir, genera cambios importantes en el organismo, lo que provoca vulnerabilidad de la persona que lo padece, generando el desarrollo de enfermedades con consecuencias adversas (American Psychological Association, 2010).

1.2.2 Estrés en población joven.

El estrés se ha convertido en una de las temáticas más estudiadas en la actualidad. Autores como Muvdi et al. (2021), en su investigación con estudiantes universitarios de enfermería, se encontró niveles de estrés percibido leve en su muestra de estudio. Además, las mujeres mostraron una disminución leve de estrés percibido en comparación con los hombres.

Por otro lado, en un estudio realizado en jóvenes estudiantes universitarios en el cual se determinaba los niveles de estrés mediante el instrumento KEZKAK, se evidenció la alta percepción de estrés durante sus prácticas clínicas con un 51%, además, el 38,8% de los mismos tuvieron una percepción moderada en relación a la variable de estudio evaluada (Ruidiaz et al., 2020).

Además, en el estudio de Rivera et al. (2017), en el que participaron 252 estudiantes de psicología, 171 de estos mostraron un nivel medio de estrés, lo cual indica una frecuencia media de factores estresores que se dan en el diario vivir de los estudiantes evaluados. Asimismo, 38 estudiantes reportaron experimentar un nivel de estrés alto. Es así que concluyeron que la muestra estudiada posee estrés, dicha problemática se puede dar por los cambios en ámbitos en los que se desenvuelven sean académicos, laborales, sociales entre otros, lo que generará la presencia de estresores que interfieren en su día a día. Por otra parte, Ruisoto et al. (2015) analizaron la asociación de distintas variables con la salud mental, entre ellas el estrés, utilizando la Perceived Stress Scale (PSS-14), y propusieron que las intervenciones principalmente deben ser direccionadas a la disminución del estrés, esto reduciría el riesgo de presentar problemas en la salud mental y el agravamiento de los mismos.

Córdova & Santa María (2018) mencionan que el 23,3% de los estudiantes universitarios de odontología no presentaron estrés y el 75,7% presentó niveles elevados. En relación a los aspectos que generan mayores porcentajes de estrés, uno de ellos es la carga de trabajo académico con un 75,7%, seguido por la falta de tiempo con un 70,7%. Además, el estrés se encontró asociado con variables sociodemográficas, debido a la presencia de una relación estadísticamente significativa ($p=0,031$). Finalmente, los altos niveles de estrés también se asociaron con la edad de los participantes ($p=0,018$), observándose mayor estrés en los adultos jóvenes que en los adultos.

Del mismo modo, autores como Oro et al. (2019) han encontrado resultados relevantes en el estudio del estrés en 56 jóvenes. Aplicaron en la Perceived Stress Scale (PSS) encontrando que un 47,5% presenta puntuaciones mayores de 24. Es así, que concluyeron que los estudiantes de medicina presentaron un nivel alto de estrés percibido superior a una población de su edad. Las mujeres tuvieron una media de 24,78 (DT= 7,54), mientras que los hombres poseen una media de 20,68 (DT= 5,71), lo cual indica mayores puntajes de estrés percibido en el sexo femenino.

Ochnik et al. (2021) estudiaron la prevalencia y los factores de predictores de la salud mental en estudiantes de Polonia, Eslovenia, Chequia, Ucrania, Rusia, Alemania, Turquía, Israel y Colombia, y aplicaron el PSS-10 encontrando que más de la mitad de los encuestados (61,30%) reportaron estrés percibido alto. Los estudiantes polacos (71,10) y los turcos (70,30) indicaron la mayor prevalencia de estrés percibido, mientras que los estudiantes checos (30%) mostraron prevalencias bajas de la variable evaluada. Es así que llegaron a la conclusión que los estudiantes de los nueve países tienen un alto riesgo de estrés percibido, lo que puede ser una respuesta adaptativa o consecuencia de las distintas circunstancias que se han presentado en el transcurso de la pandemia de Covid-19.

Varma et al. (2021) utilizaron en su investigación la escala de estrés percibido (PSS) con la finalidad de evaluar el estado de estrés de los participantes durante la pandemia del Covid 19. Se observaron altas tasas de estrés percibido, con 77% de los 1653 encuestados reportando niveles moderados de estrés. Entre las conclusiones que resaltan en el estudio están que los jóvenes son más vulnerables al impacto de la pandemia en la salud mental, debido a esto los niveles de estrés son elevados en dicha población. Por otro lado, en un estudio con universitarios en tiempos de pandemia del SARS-COV-2, los estudiantes mostraron niveles graves y extremadamente graves en algunas variables, entre ellas el estrés, con un 24%. El estrés fue significativamente superior en los jóvenes que trabajaban y estudiaban (Barros et al., 2022).

También, Cadena Peñafiel et al. (2021) mencionan en los resultados de su estudio que 382 jóvenes de entre 18 y 28 obtuvieron una media de estrés percibido de 19 puntos, el 14,66% de los sujetos tienen estrés alto. Además, el sexo femenino tiene mayores niveles de estrés ($p=0,018$).

Por otro lado, la prevalencia del estrés en un estudio realizado con población de edades entre 18 y 94 años durante la pandemia del Covid 19, entre los encuestados el 77% pertenecía al grupo etario de edad de 18 a 29 años. Para la evaluación de estrés se aplicó el instrumento PSS, revelaron que la prevalencia de estrés fue alta en relación a las tres categorías. Estrés bajo con puntuaciones de 0 a 13, estrés moderado de 14 a 26 y estrés alto con puntajes de 27 a 40. Debemos tener presente que más de la mitad de los encuestados (52,7%, $N = 360$) informaron estrés moderado, mientras que el (17,1%, $N = 117$) estrés alto (Jahan et al., 2021). Además, Zhan et al. (2021), encontró que en su población de estudio los niveles de estrés de los 1586 estudiantes universitarios, fueron bajos con un 32,5%, medios con el 41,33% y altos con el 26,17%.

Podemos concluir que existen diversos estudios relacionados con el estrés en población joven, lo cual nos brinda conocimientos de que dicha variable de estudio se ha convertido en un problema que afecta a sujetos de distinta edad, sexo, condición social, etc., y puede generar consecuencias negativas en la persona que lo padece.

1.2.3 Estrés y depresión

Existen distintas investigaciones en la cuales se evidencia la asociación entre la variable estrés y depresión. Es así que una investigación evaluó la relación existente entre el estrés de los jóvenes y la depresión, para ello se utilizó el Chi² de tendencia, encontrándose un incremento en el riesgo de padecer depresión en aquellos estudiantes que mostraron niveles elevados de estrés. Debemos tener en cuenta que existen distintos factores que incrementan el riesgo de presentar estrés y depresión (Gutiérrez et al., 2010).

Moreira & Ferreira (2013) encontraron que el 69,8% de los estudiantes de enfermería no mostraron señales de depresión, el 18,2% disforia, 6.8% de las estudiantes de enfermería mostraban depresión moderada y el 5,7% severa. En relación al estrés el nivel medio fue el más frecuente con el 76,9%. Además, existió una correlación entre estrés y depresión ($r=0,755$), una relación significativa y fuerte de estas dos variables. En conclusión, los jóvenes con mayores niveles de estrés podrían generar estados de graves de depresión en los universitarios.

En un estudio trasversal donde se evaluó el estrés y su asociación con la depresión en estudiantes de medicina, se encontró que la depresión es un factor de riesgo (1.02 veces), que aumenta la probabilidad de la presencia de estrés. También, el límite inferior de intervalo de confianza mostró que esta variable se puede comportar en ciertas circunstancias como un factor protector (IC 95% 0.94- 1.09), aunque no es estadísticamente significativo ($p=0.644$) (Santo-Morocho et al., 2017).

Restrepo et al. (2018) ejecutaron su investigación en 477 universitarios colombianos de 18 a 25 años. Dicho estudio fue cuantitativo, trasversal, con un diseño no experimental de tipo correlacional. La depresión tuvo una relación estadísticamente significativa con el estrés ($\rho = 0,531$; $p < 0,01$), esta fue la asociación más alta que se encontró en el estudio. Hay que mencionar, además, que se propone que dichos resultados generan la importancia de dilucidar la correlación o establecer la causalidad entre la depresión y el estrés.

De acuerdo a Cobiellas et al. (2020), el nivel excesivo de estrés es el que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, en cuanto a la depresión los niveles fueron altos y las mujeres, superando en un 70% a los hombres. Asimismo, se encontró una relación entre los niveles de estrés y la depresión de acuerdo a los datos arrojados por su muestra participante. Se aplicó el chi cuadrado y se determinó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre niveles de estrés y depresión($p=0,05$).

También se encontró que el estrés en estudiantes de medicina de una universidad peruana no estaba relacionado estadísticamente con la depresivo ($p = 0,428$), pero el estrés podía constituir un factor de riesgo del 1,03 veces para que se pueda padecer afecciones en el ámbito psicológico como es la depresión. Adicionalmente, el intervalo de confianza mostró que en ciertas ocasiones el estrés puede comportarse como un factor protector (IC 95 % 0,93-1,78) (Obregón-Morales et al., 2020).

Por otro lado, la investigación de Varma et al. (2021), realizada con 1653 jóvenes de 63 países en tiempo de pandemia del Covid 19, encontró que los niveles de estrés percibido se asociaron fuertemente con la sintomatológica de la depresión ($r = 0,72$, $p < 0,001$). Es así que dicho estudio propone que la salud mental se ha visto afectada en la población a nivel mundial, los jóvenes son más vulnerables a la presencia de problemas psicológicos como ansiedad, estrés, depresión, entre otros.

Kostic et al. (2021) manifiestan que su investigación se encontraron diversos resultados relevantes, entre ellos un coeficiente de correlación de rangos de Spearman el cual mostró una relación positiva y elevada, estadísticamente relevante en los valores del PSS-10 los cuales evalúan la percepción del estrés y depresión ($\rho = 0,645$, $p < 0,001$). Se debe tener en cuenta que la muestra de estudio fue de 434 estudiantes de una universidad pública los cuales fueron evaluados durante el brote del Covid 19.

En consecuencia, se debe tomar en cuenta que los niveles de estrés y depresión tienen una alta probabilidad de asociación o relación entre estas dos variables de estudio. Debido a que los jóvenes universitarios están expuestos a factores que pueden generar altos niveles de estrés, lo que conlleva a que se convierta en un factor de riesgo para la presencia de patologías psicológicas como la depresión. Asimismo, se evidencia en estudios mencionados anteriormente que el estrés puede ser un factor protector.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

2.1.1 *Objetivo General*

Determinar la relación entre los niveles de estrés y la depresión en universitarios ecuatorianos.

2.1.2 *Objetivos Específicos*

- Establecer los niveles de estrés y depresión en universitarios ecuatorianos por sexo.
- Relacionar los niveles de estrés de los universitarios con la edad e indicadores de salud.
- Identificar la relación que existe entre niveles de estrés y depresión en universitarios ecuatorianos.

2.2 Diseño de investigación

La investigación se enmarca en un diseño no experimental, de campo transversal, exploratorio, cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional. Este trabajo es no experimental porque se realiza la investigación sin manipulación deliberada de las variables. Es decir, se observa y analiza el fenómeno tal como se presenta en su contexto natural (Hernández et al.,2014). Los diseños de investigación transeccional o transversal tienen como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014).

El estudio posee un enfoque cuantitativo porque se maneja datos numéricos sobre las distintas variables que están determinas previamente en el estudio; su finalidad es la descripción de las características importantes del estudio (Veiga de Cabo, De la Fuente Díez , &

Zimmermann, 2008) y correlacional porque permite establecer diversas relaciones o asociación entre las variables planteadas en un estudio (Ramos, 2015).

2.3 Población y Muestra de estudio

Los estudiantes universitarios evaluados forman parte de tres instituciones universitarias de Ecuador. La muestra está conformada por 5394 estudiantes (M= 21,8 años; DT= 3,1 años; 54,2% mujeres) que estuvo sujeta a la posibilidad de aceptación para participar de manera anónima y voluntaria, por lo que el muestreo es no probabilístico y por conveniencia.

El perfil sociodemográfico de las personas encuestadas indica que en su mayoría son ecuatorianos (99,7%), solteros (94,4%) mestizos (89,5%). El 50,7% de los participantes pertenecía a una universidad pública, y el 59,4 a instituciones privadas.

Los criterios de inclusión de los sujetos de estudio son: ser mayor de edad, tener acceso a internet, estar matriculado en alguna carrera de pregrado de una de las tres universidades participantes, consentir libre y voluntariamente participar del estudio. En cuanto a los criterios de exclusión: tener menos de 18 o más de 65 años y poseer algún tipo de discapacidad visual.

2.4 Instrumentos de recogida de información

Tabla 4

Cuestionario sociodemográficas medidas con la encuesta Ad hoc

Nombre	Niveles	Rango	Temporalidad
Sexo	1= Masculino 2= Femenino	NC	NC
Edad	NC.	17 - 64	Actual
Nacionalidad	1=Ecuatoriano 2=Extranjero	NC	NC
Identificación étnica	1= Indígena 2= Afroecuatoriano/a – Afrodescendiente 3= Negro/a 4=Mestizo/a 5=Montubio 6=M	NC	Actual

	ulato/a 7=Blanco/a 8=Otro: especifique		
Estado civil	1= Soltero 2= Casado/Unión de hecho 3= Separado/divorciado 4= Viudo	NC	Actual
Ocupación	1= Estudiante de pregrado, pregrado, 2= Estudiante y trabajador	NC	Actual
Horas laborables a la semana	1= 20 horas 2=40 horas	NC	Actual
Discapacidad	1= No 2=Si	NC	Actual
Tipo de discapacidad	1= Auditiva 2=Visual 3=Física 4=Intelectual 5=Psic osocial	NC	Actual
Alumno foráneo	1= si 2=no	NC	Actual
Con quien vive	1= Solo 2=Otros	NC	Actual
Nivel socioeconómico	1= Baja 2= Media 3=Media alta 4=Media baja 5=Alta	NC	Actual
Realiza actividad física	1= menos de 30 minutos 2= más de 30 minutos actividad moderada 3= más de 30 minutos actividad intensa	NC	Actual
Percepción de salud	1=mala 2=regular 3=buena 4= muy buena 5= excelente		
	0= no 1= si		
Antecedentes de psicofármacos			
Enfermedades	0= alguna enfermedad 1= ninguna enfermedad		
Provincia de residencia	1=Azuay 2=Bolívar 3=Cañar 4=Carchi 5=Chimborazo 6=Cotopaxi 7=El Oro 8= Esmeraldas 9=Galápagos 10=Guayas 11=Imbabura 12=Loja 13=Los Ríos 14=Manabí 15=Morona Santiago 16=Napo 17=Orellana 18=Pastaza		

19=Pichincha 20=Santa Elena 21= Santo
Domingo de los Tsáchilas 22=
Sucumbíos 23= Tungurahua 24= Zamora

Nota: **NC**= No corresponde.

En la esta investigación se presentan resultados descriptivos referentes a información recogida en la encuesta Ad hoc (Ver tabla 1) sobre aspectos personales, sociodemográficos y de salud. En relación a *indicadores personales* de los estudiantes tenemos los siguientes: edad, sexo, estado civil, discapacidad, etnia, foráneos, etc. La media de edad de los estudiantes encuestados es de 21,73; DS=3,090, la edad minina es de 17 y la máxima de 58 años.

El sexo masculino representa el 45.2% de la población (f=2439), mientras que las mujeres son el 54.8% (f= 2955). En cuanto al estado civil, el 94,5% de los estudiantes son solteros, seguido los casados o unión de hecho con un 4.7%. El 89.7% de estudiantes se identificaron como mestizos (f= 4839), el 5% como indígenas (f=270), 1.7% afroecuatorianos (f=93) y finalmente el 1,4% blancos (f=75).

Por otro lado, el número de estudiantes que no presentaron discapacidad fue de 4914 (91,1%) y 469 presentan algún tipo de discapacidad (8,7%). El 31,1% son foráneos, eso significa que son estudiantes que tuvieron que cambiar de ciudad de residencia para asistir a la universidad (f=1675), y el 68,7% se mantienen en su misma ciudad (f=3706).

Los datos descriptivos del análisis estadístico en relación a los alumnos que viven con alguien muestran que son el 85.1% (f= 4591) y el 14,8% (f= 797) solos. El nivel socioeconómico con mayor porcentaje fue el medio con 53,3%, seguido por el medio bajo con un 31,4%, y medio alto con 9.2%. Los estudiantes que trabajan y estudian son el 19,5% (f =1047), con una mayor representación de aquellos que solamente estudian 72,7% (f =3922).

Los universitarios que realizan actividad física menos de 30 minutos son el 40%, más de 30 minutos actividad moderada 39,6% y más de 30 minutos actividad intensa 20%. Por otro lado,

la percepción que tienen los estudiantes en cuanto a su salud es mala representando el 0.9% (f=49) regular con el 13,9% (f= 750), buena 51,7% (f= 2787), muy buena 27% (f=1456) y finalmente excelente 6,5% (f=348).

Los participantes que no tienen antecedentes de consumo de psicofármacos en los últimos seis meses son el 93,9% (f=5052) y los que manifestaron tener antecedentes, el 6,1% (f=331). Asimismo, el 17,3% (f=931) tiene un diagnóstico de enfermedad de alergias, ansiedad o depresión, el 2,1% (f=111) fue diagnosticado con alergias, ansiedad o depresión, otras enfermedades, el 7,5% (f=407) con ansiedad y depresión y 55,2% (f= 2975) no tiene ningún diagnóstico de enfermedades.

Además, los estudiantes que presentan alguna enfermedad son el 44,4% (f=2395) y los que no tienen ninguna enfermedad el 55.2% (f=2975). Se debe mencionar que el 13,2% (f=712) de la muestra final indica padecer ansiedad y depresión, el 7,3% (f= 393), problemas de atención y memoria, y otras enfermedades, el 10 % (f=568).

De acuerdo a las zonas de planificación el 47,54% pertenece a la zona 1 (Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbios); 25,93% a la zona 2 (Pichincha (excepto el cantón Quito), Napo, Orellana); 0.70% zona 3 (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza); 0,86% zona 4 (Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas); 3,87% zona 5 (Santa Elena, Guayas, Bolívar, Los Ríos y Galápagos); 4,19% zona 6 (Cañar, Azuay, Morona Santiago) y 16,92% (El Oro, Loja, Zamora Chinchipe).

En cuanto a los instrumentos estandarizados que permitieron recoger los indicadores psicológicos, tenemos los siguientes: Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9 (Ver tabla 2), estadísticas de fiabilidad del Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9 (Ver tabla 3), Escala de Estrés Percibido (PSS-

10) (Ver tabla 4), y finalmente Estadísticas de fiabilidad de la Escala de estrés percibido PSS-10) (Ver tabla 5).

Tabla 5.

Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9

Autor	Kroenke, Spitzer, & Willians, (2001)
Aplicación	Individual- colectivo
Tiempo	10 minutos
Objetivo	Evaluar la severidad de la depresión
Población	Adultos
Confiabilidad y validez	0.86
Ítems	Contiene 9 ítems dirigidos a evaluar la depresión que se califican a través de una escala de Likert de cuatro opciones en las que cero es igual a "ningún día", uno a "varios días", dos a "más de la mitad de los días" y tres a "casi todos los días".
Escala	Tipo Likert, la cual posea las siguientes opciones, en las que cero es igual a "ningún día", uno a "varios días", dos a "más de la mitad de los días" y tres a "casi todos los días".
Puntuaciones	Para su corrección se obtiene una puntuación total que va de 0 a 27 puntos
Puntos de corte	1-4 Depresión mínima 5-9 Depresión leve 10-14 Depresión moderada 15-19 Depresión moderada grave 20-27 Depresión grave

Nota: Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9 de

Kroenke et al. (2001).

El análisis de fiabilidad del Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9, en esta muestra de estudio, arroja un Alfa de Cronbach de 0.806, que indica una fiabilidad excelente de acuerdo a George & Mallery (2003). (Ver tabla3)

Tabla 6

Estadísticas de fiabilidad del Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,906	0,906	9

Tabla 7

Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Autor	Remor (2006)				
Aplicación	Individual o grupal, autoinforme				
Tiempo	5 min				
Objetivo(s)	Evaluar el grado en que los individuos valoran las situaciones de sus vidas como estresantes				
Población	Adultos				
N° reactivos (ítems)	10				
Escala de medición	0 Nunca	1 Casi Nunca	2 De vez en cuando	3 A menudo	4 Muy a menudo
Puntuación	Las puntuaciones se obtienen invirtiendo las puntuaciones en los cuatro ítems positivos (6, 7, 8 y 9) de la siguiente manera 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, y 4=0 y luego sumando los 10 ítems.				
Dimensiones	Dimensión	Ítems	Confiabilidad		
	Distrés general	1,2,3,6,9 y 10	Alfa y omega: 0,82		
	Capacidad de afrontamiento	4,5,7 y 8	0,83		
Interpretación de puntajes					

	Los ítems evalúan el grado en que las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada.
Confiabilidad	Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0,82- 0,83 Test-retest: 0,77 Validez concurrente
Calificación	Suma de los ítems. A mayor puntuación, mayor estrés percibido.

Nota: Escala de Estrés Percibido (PSS-10) de Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014); Remor, E. (2006).

En relación a la fiabilidad en esta muestra de estudio de la Escala de estrés percibido (PSS-10) se evidencia un Alfa de Cronbach de 0,821. Según George & Mallery (2003) es una buena confiabilidad. (Ver tabla 5)

Tabla 8

Estadísticas de fiabilidad de la Escala de estrés percibido PSS-10

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,821	0,821	10

2.5 Procedimiento

La recolección de datos se realiza en el proyecto de investigación: "Técnicas de procesamiento automático aplicadas al análisis y predicción del consumo de drogas", realizado por la Corporación Ecuatoriana para el Desarrollo de la Investigación y la Academia (CEDIA) y tres universidades del Ecuador, ejecutado desde el 08 de abril al 13 de junio del 2019 y dirigido por el PhD. Pablo Vicente Torres Carrión, Docente Investigador del grupo de investigación Inclusive Human Computer Interaction de la UTPL, quien autorizó a la Dra. Silvia Vaca, también integrante de esta investigación, para que utilice la información para el desarrollo del presente trabajo de fin de Master.

Por lo antes indicado, las fases desarrolladas surgen a partir de la matriz de datos en formato del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 23). Sin embargo, se realiza una breve explicación del proceso de recolección de información:

La fase recogida de datos tuvo una duración de dos meses cinco días, las encuestas fueron aplicadas de manera on-line mediante la herramienta Survey Monkey. Dicho enlace únicamente permitía el ingreso a la encuesta sin registrar la identificación; una vez finalizado el proceso de recolección de datos, estos se descargaron y fueron exportados a SPSS.

Es importante indicar que esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la UTPL (UTPL-CEISH, 6 de marzo de 2019; código UTPL-DIS-2019-0088-O) y cumple con los principios de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes (Ver Apéndice 1. Consentimiento informado). Los participantes podían retirarse en cualquier momento, tal información sería utilizada netamente para fines académicos y de investigación, siguiendo las normas establecidas en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [WMA], 2017) y el informe de Belmont (Ryan, et al., 1979).

2.6 Análisis de Datos

Los resultados aportados en la presente investigación tienen un carácter fundamentalmente descriptivo y correlacional lo cual nos permitieran analizar las principales características de la muestra participante. Para el análisis de datos se estableció medidas de tendencia central como media, mediana, valor mínimo y máximo, desviación estándar, además, frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas (dicotómicas y politómicas); a continuación, se analizó las diferencias de sexo entre las principales variables de estudio (niveles de estrés y depresión).

Para la correlación de variables depresión y estrés percibido se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov, evidenciando que la distribución de la población no es normal en ambas variables, por lo que se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Finalmente, se ejecutan correlaciones bivariados utilizando la correlación de Spearman (Rho) con el propósito de conocer la relación entre las diferentes variables. El nivel de confianza que se aplique será del 95%, y el paquete estadístico utilizado para los análisis antes descritos fue el SPSS (V26; SPSS, Inc., Chicago, IL).

Capítulo tres

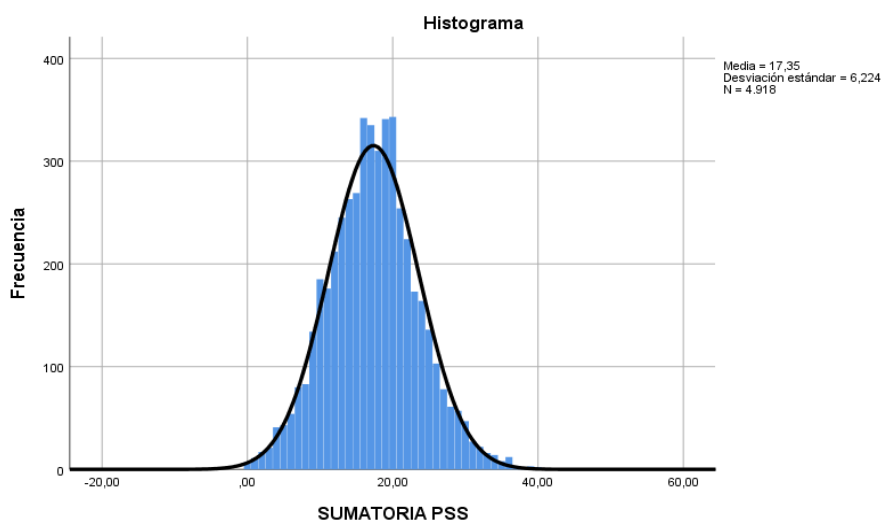
Resultados

A continuación, se presentan los resultados con base en cada uno de los objetivos específicos planteados en la investigación. Como primer aspecto, resultados referentes al estrés percibido y niveles de depresión. Luego se presentan las relaciones entre indicadores de salud, edad y estrés y, finalmente, la correlación entre las variables de estudio.

3.1 Niveles de estrés y depresión

Figura 1

Histograma Media de estrés.



De acuerdo con los datos obtenidos de los niveles de estrés (Ver figura 1), se estimó una media de 17,35, una mediana 17,00, un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 con una DT=6,22, esto indica que la población se ubica en niveles medios, de estrés lo cual es un comportamiento esperado.

Tabla 9

Media de estrés por sexo.

	Sexo	N	Media	Desv. Desviación
Sumatoria PSS	Hombre	2217	15,96	6,05
	Mujer	2701	18,49	6,14

En la tabla 9, se evidencian los niveles de estrés en relación a la aplicación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) considerando el sexo de los participantes. Los resultados mostraron una media de 15,96 en los hombres con una desviación estándar de 6,04 y en las mujeres la media fue mayor y la desviación estándar similar.

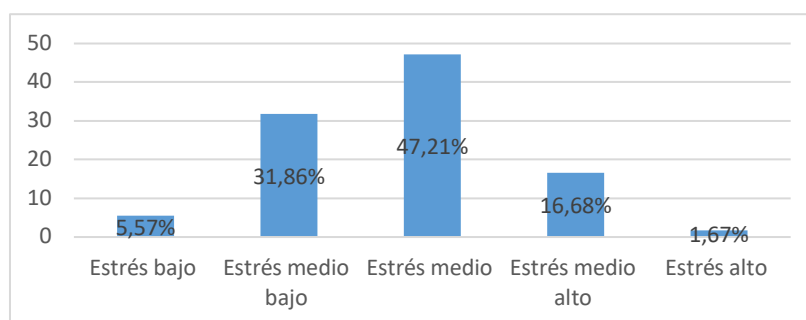
Tabla 10

Niveles de estrés Percibido PSS-10

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
0-7 Estrés bajo	274	5,57%
8-15 Estrés medio bajo	1567	31,86%
16-23 Estrés medio	2322	47,21%
24-31 Estrés medio alto	673	16,68%
32-40 Estrés alto	82	1,67%
Total	4918	100%

Figura 2

Porcentajes de niveles de estrés Percibido PSS-10



En la tabla 10 y figura 2, se muestran las frecuencias y porcentaje de los distintos niveles de estrés; la gran mayoría (47,21%) se ubica en estrés medio (2322 estudiantes universitarios, seguido de 1567 estudiantes con estrés medio bajo, es decir un 31,86%. Es necesario resaltar que 719 universitarios poseen estrés medio alto y alto, o sea el 18,38%.

Tabla 11

Niveles de estrés Percibido PSS-10 por sexo

Niveles	Sexo			
	Hombre		Mujer	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
0-7 Estrés bajo	175	7,79%	99	3,67%
8-15 Estrés medio bajo	854	38,52%	713	26,40%
16-23 Estrés medio	971	43,80%	1351	50,02%
24-31 Estrés medio alto	192	8,66%	481	17,81%
32-40 Estrés alto	25	1,13%	57	2,11%
Total	2217	100%	2701	100%

La tabla 11, nos permite evidenciar los niveles de estrés por sexo en la que los hombres se ubican con un 43,80% en estrés medio (f=971), seguido de 38,52% de estrés medio bajo (f=854).

En el caso de las mujeres, se encuentran con estrés medio con 50,02% (f=1351) seguido de estrés medio bajo con 26,40% (f=713). Es así que de manera análoga el sexo masculino y femenino tiene similitud en la ubicación de los niveles de estrés que manifiestan.

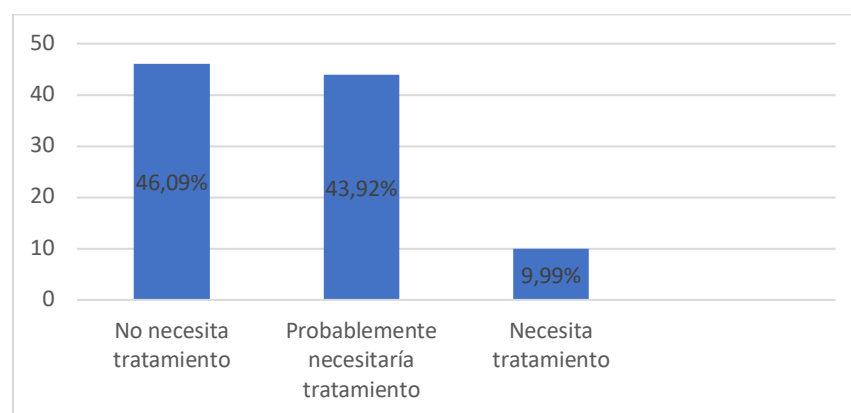
Tabla 12

Niveles de Depresión por diagnóstico

		Frecuencia (%)	Porcentaje (%)
Válido	No necesita tratamiento	2486	46,09 %
	Probablemente necesitaría tratamiento	2369	43,92 %
	Necesita tratamiento	539	9,99%
	Total	5394	100,0%

Figura 3

Porcentajes de Niveles de depresión por diagnóstico



Los niveles de depresión por diagnóstico de la muestra de estudio se presentan en la tabla 12 y figura 3, el 46,09% (f=2486) de los estudiantes universitarios no necesitan tratamiento, el 43,92% (f=2369) probablemente necesitan tratamiento, y el 9,99% (f=539) necesitan tratamiento para la depresión.

Tabla 13

Niveles de depresión por diagnóstico de acuerdo al sexo

		Sexo				Total
		Hombre		Mujer		
		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	
Depresión diagnóstica	No necesita tratamiento	1229	50,39	1257	42,54	2486
	Probablemente e necesitaría tratamiento	1021	41,86	1348	45,62	2369
	Necesita tratamiento	189	7,75	350	11,84	539
Total		2439	100%	2955	100%	5394

En cuanto a la tabla de diagnóstico de depresión por sexo (tabla 13), las mujeres presentaron un porcentaje mayor que los hombres en el grupo de la probabilidad de necesitar tratamiento 45,62% (f=1348), seguido de un 42,54% (f=1257) que no necesitan tratamiento. Por otro lado, la mitad del grupo de hombres se ubican en el grupo que no necesitan tratamiento 50,39% (1229) y el 41,86% (f=1021) en el que probablemente necesitan tratamiento.

Tabla 14

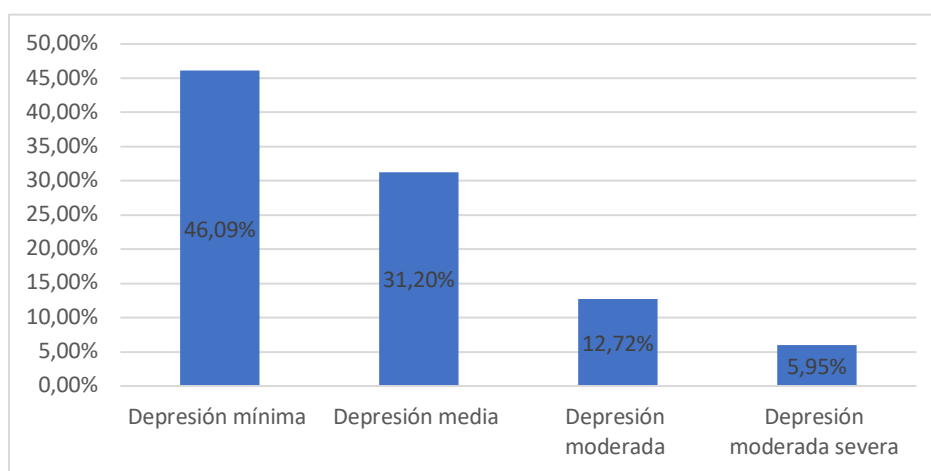
Niveles de depresión PHQ-9

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
0-4 Depresión mínima	2486	46,09
5-9 Depresión media	1683	31,20
10-14 Depresión moderada	686	12,72
15-19 Depresión moderada severa	321	5,95

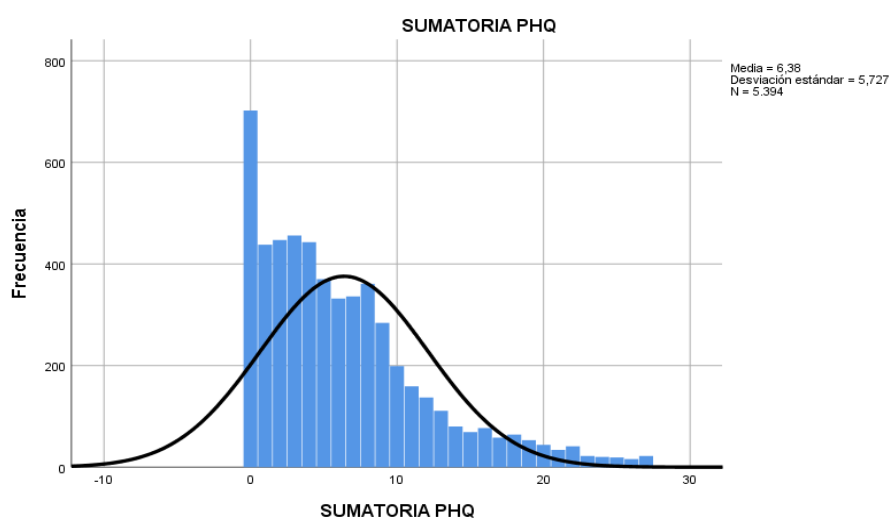
20-27 Depresión severa	218	4,04
Total	5394	100%

Figura 4

Porcentajes de Niveles de depresión PHQ-9



La tabla 13 y figura 4 brindan información de los niveles de depresión, los universitarios se ubican con un 46,09% (f=2486) en depresión mínima. La depresión media obtuvo el 31,20% (f=1683) y la moderada un 12,72% (f=686). Debemos tener presente que el 9,99% (f=539) de los estudiantes se ubicaron en el grupo de depresión moderada severa y depresión severa.

Figura 5*Histograma de Niveles de depresión PHQ-9*

Los datos obtenidos de los niveles de depresión se estimó una media de 6,38, una mediana de 5,00, un valor mínimo de 0 y un valor máximo 27 con un DT=5,72, estos valores muestran que los participantes se ubican en puntuaciones bajas de acuerdo al PHQ-9.

Tabla 15*Niveles de depresión PHQ-9 por sexo*

Niveles	Sexo			
	Hombre		Mujer	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
0-4 Depresión mínima	1229	50,39%	1257	42,54%
5-9 Depresión media	714	29,27%	969	32,79%
10-14 Depresión moderada	307	12,59%	379	12,83%
15-19 Depresión moderada severa	122	5,00%	199	6,73%
20-27 Depresión severa	67	2,75%	151	5,11%

Total	2439	100%	2955	100%
-------	------	------	------	------

En la tabla de niveles de depresión por sexo (tabla 15), existe un porcentaje mayor en depresión mínima en los hombres con 50,39% (f=1229), además el 29,27% (f=714) se situó en depresión media. De igual manera, en el sexo femenino se presentó un 42,54% (f=1257) en depresión mínima, seguido del 32,79% (f=969) en depresión media. Es de gran relevancia tener en cuenta los datos tanto de hombres y mujeres en relación a la depresión moderada severa y depresión severa.

3.2 Niveles de estrés de los universitarios - edad e indicadores de salud.

Tabla 16

Relación de los niveles de estrés de los universitarios con la edad e indicadores de salud.

		Sumatoria PSS
Edad	Coefficiente de correlación	-.110**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	4918
Horas de ocio diarias	Coefficiente de correlación	.090**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	4906
Horas de actividad física semanal	Coefficiente de correlación	-.170**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	4911
Días de ausentismo en los últimos seis meses	Coefficiente de correlación	.186**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	4911

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

La tabla 16 se observa que existe una relación negativa entre la edad y el estrés percibido de $-.110$, es decir, entre menor edad, mayores niveles de estrés percibido, por lo que se comprueba la relación negativa entre edad y estrés. Asimismo, existe una correlación débil estadísticamente significativa en las horas de ocio y los niveles de estrés percibido, lo que indica que entre mayores horas de ocio mayores niveles de estrés, se debe tener en cuenta las horas de ocio que poseen los estudiantes y el tipo de actividades que realizan en las mismas.

Por otro lado, existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre horas de actividades físicas semanales y niveles de estrés, lo que indica que entre menor actividad física más altos son los niveles de estrés en estudiantes universitarios. Finalmente, existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre días de ausentismo y los niveles de estrés de $.186^{**}$; esto puede deberse a que los estudiantes se ausentan por situaciones consecuencia de la presencia de niveles altos de estrés.

3.3 Correlación Niveles de estrés y depresión

Tabla 17

Pruebas de normalidad de la Escala de estrés percibido PSS-10 y Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9

	Estadístico	Kolmogorov-Smirnov ^a	
		gl	Sig.
Sumatoria Phq	,132	4918	,000
Sumatoria Pss	,049	4918	,000

En relación a la prueba de normalidad, se evidencia que para la variable tanto de estrés percibido como depresión la distribución de la población no es normal.

Tabla 18*Correlaciones entre niveles de estrés y depresión*

Correlaciones			SUMATORIA PHQ
Rho de Spearman	SUMATORIA PSS	Coefficiente de correlación	,630**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	4918

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

En la tabla 18, se observan los resultados de la correlación entre los niveles de estrés percibido y los de depresión, el análisis estadístico de datos arrojó una correlación moderada estadísticamente significativa de 0.630 entre la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9.

Capítulo tres

Discusión

Los resultados en relación al primer objetivo nos indican que los estudiantes universitarios se ubican en un nivel medio de estrés, comportamiento esperado en nuestra muestra de estudio considerando las características sociodemográficas de los mismos: clase social media y media alta en su mayoría, nueve de cada diez poseen estado civil solteros, la mayoría vive con su familia y no trabajan; el contexto descrito protege su desarrollo y proyecto de vida, favoreciendo su salud mental.

Sin embargo, los niveles de estrés por sexo son mayor en las mujeres, quienes obtienen media de 18,49 y los hombres 15,96, e indistintamente del sexo de los participantes ambos se ubican en el nivel medio de estrés, seguido del medio bajo. En otras investigaciones se concluye que las mujeres obtienen puntajes mayores en estrés que los hombres (López Peláez et al. 2021, Ozamiz et al. 2020).

Otros estudios como el de Zuñiga & Soto (2021) revelaron que mujeres tiene mayores niveles de estrés (59,30%) que los hombres (40,70%). Es de suma relevancia tener en cuenta que en esta investigación el 66,7% de los participantes que obtienen estrés severo pertenecen al sexo femenino en contraposición de un 33,7% para los hombres. Por otro lado, García et al. (2021) y García-Araiza et al. (2019) concluyen en sus investigaciones que más del 45% de estudiantes mostraron niveles altos de estrés.

En relación a los niveles de depresión, se encontró que casi la mitad de los estudiantes universitarios poseen depresión mínima (46,09%), seguido de la depresión media (31,20%). Tanto hombres como mujeres se ubican en estos niveles, en efecto varios estudios muestran similitudes como diferencias con los resultados del presente estudio. Por ello, es importante citar la investigación realizada por Gao et al. (2019) en población universitaria, quienes refieren que

no existen diferencias significativas en los niveles de depresión en relación al sexo de los estudiantes universitarios; también, autores como Quintero & Gil (2021) en tiempo de pandemia muestran la importancia del sexo al momento de desarrollar un cuadro depresivo, siendo las mujeres más propensas a padecer del mismo no obstante Ramón et al. (2019) indican lo contrario.

Aunque los niveles de depresión grave son bajos en esta población, si consideramos la prevalencia en la población ecuatoriana de acuerdo a los datos del 2019, el 3,51% de la población padece de trastorno depresivo (Dattani et al., 2021). Estas cifras no distan de los resultados de esta investigación en los cuales reportaron que el 4,9% se ubicaron en un nivel de depresión grave (Barrera et al., 2021). Tijerina et al. (2018) reporta que el 19,42% presentan algún nivel de depresión (bajo, moderado, severo y extremadamente severo). Finalmente, Castañeda et al. (2020) en su investigación con estudiantes universitarios de distintos semestres señala que los niveles graves de depresión (10 y 11%) pertenecen a los últimos años de estudio.

Como segundo objetivo se planteó encontrar la relación entre los niveles de estrés de los universitarios con la edad e indicadores de salud. Se evidencia una correlación negativa entre la edad y el estrés percibido, esto indica que entre menor edad mayores niveles de estrés percibido. Muvdi et al. (2021) confirma esta relación a la edad y niveles de estrés; el grupo de 15 a 29 años poseían valores mayores de niveles de estrés en comparación al grupo de 30-34 y ≥ 35 .

En un estudio referente a depresivos, ansiedad, estrés y factores asociados en estudiantes universitarios de medicina, se encontró que a medida que aumenta la edad existen menores niveles de estrés (Carbonell et al., 2019). De acuerdo a Ramón et al. (2020) en su investigación con estudiantes universitarios, concluyeron que tener menos de 21 años de edad, está asociado a la presencia de estrés. Sin embargo, existen otros estudios que no afirman esta relación (Ozamiz et al., 2020).

Referente a los niveles de estrés y su relación con indicadores de salud se obtuvieron los siguientes resultados. Las horas de ocio y el estrés presentan una relación positiva (.090**), es decir entre más horas de ocio los niveles de estrés también incrementan, posiblemente este resultado corresponde al tipo de actividades que preferentemente realicen los universitarios en su tiempo libre y de ocio, por ejemplo, uso excesivo de redes sociales, videojuegos, consumo de alcohol, etc.

En relación al ocio, Ganso (2014) concluye que los universitarios gestionan su tiempo libre para satisfacer necesidades personales que se dan en los ambientes en los que se desenvuelven, es decir, necesitan descansar, reponerse del cansancio ocasionado por actividades del día a día, divertirse o recrearse para sobrellevar de mejor forma situaciones como el estrés. El uso de sustancias psicoactivas se ve presente entre las actividades de ocio o tiempo libre y se han convertido en una alternativa para salir de la rutina o enfrentar situaciones de estrés presente en los universitarios por las distintas exigencias que poseen.

Fernández et al. (2015) en su estudio con universitarios indican que las mujeres tienen un uso de internet y horas de conexión semanales significativamente mayor que los hombres, esto se da tanto en el tiempo total como por motivos de ocio. Y los hombres realizan actividades de ocio relacionadas más con los juegos y las mujeres con aspectos de socialización como chat y redes sociales; las consecuencias del uso excesivo de los mismos generan problemáticas como niveles de estrés altos.

Aunque existe argumentos y resultados de lo anteriormente indicado, es importante señalar que otros autores mencionan que el uso de tiempo libre o de ocio contribuye positivamente en los universitarios, debido a que dicha acción permite aminorar los niveles de estrés y las tensiones que los estudiantes pueden llegar a manifestar por distintas circunstancias a las que están expuestos como por ejemplo los estudios académicos (Sandoval, 2017). Ante esto es

fundamental analizar el tipo de actividades de ocio y tiempo libre que preferentemente son realizadas por un grupo específico de estudiantes universitarios.

En esta investigación, se comprobó una relación negativa (-.170) entre niveles de estrés y horas de actividad física a la semana es decir que entre menor actividad física realizada por los estudiantes presentan niveles altos de estrés.

Melgosa (2017) menciona que el ejercicio físico es de mucha importancia en la vida de la persona debido a que es un apoyo indiscutible en la salud mental, ya que ayuda a la regulación y moderamiento como también es una estrategia preventiva para el manejo adecuado de situaciones que desencadenen malestar en lo psicológico como emocional. El ejercicio físico se ha convertido en un plan de actividad para individuos que presentan estrés, depresión, ansiedad, etc.

La actividad física es un aspecto que posee una influencia positiva tanto en la salud física como psicológica de la persona. Es así que se ha convertido en una forma de prevención en el riesgo de presentarse patologías como ansiedad depresión que pueden afectar a la salud mental de las personas, además ayuda a la disminución del estrés, mejoría en las capacidades cognitivas, habilidades sociales, resiliencia y autoconcepto (Barbosa & Urrea, 2018).

Carbonell et al. (2019) encontró relación entre mayores horas de dedicación en actividad física o deportiva existía disminución de oportunidad de poseer estrés. Ramírez et al. (2018) en sus resultados indican que existen diferencias significativas entre los estudiantes universitarios que tienen actividad física y los que no la realizan. Lo que muestra que los universitarios que tienen una vida física activan presentan menores niveles de estrés percibido; concluyendo que la actividad física trae numerosos beneficios a nivel psicológico. También en la investigación de López-Walle et al. (2020) se revela que aquellos universitarios que tienen mayor practica de actividad física muestran menores niveles de estrés y un mejor control de situaciones estresantes

que se puedan dar en su vida y Barraza et al. (2019) indica que los universitarios que no realizan alguna actividad física presentan un mayor nivel de estrés.

Finalmente, existió una correlación positiva entre los niveles de estrés, y el ausentismo.

En la investigación de Timmins (2002) muestra que los episodios de ausentismo duraron tres días o menos, las principales razones mencionadas para la presencia de dicha situación fue el estrés, compromisos personales y sociales. Resultados de estudiantes de enfermería arroja que entre los distintos factores que perjudicaron a la asistencia de actividades relacionadas con la universidad, el estrés fue uno de ellos, así como los compromisos familiares y viajes. (Doyle et al., 2007).

En base al último objetivo planteado se encontró una correlación significativamente positiva moderada de 0.630 entre los niveles de estrés percibido y los de depresión en los estudiantes universitarios.

De esta forma en el estudio de Restrepo (2018) con jóvenes universitarios colombianos encontró una correlación estadísticamente significativa (0,531) entre depresión y estrés. Esto concuerda con la información obtenida en la presente investigación, así como la reportada por Tijerina et al. (2018); Cobiellas et al. (2020) con un resultado inferior a 0,05 concluyendo la asociación entre ambas variables. Y Kostic et al. (2021) a través de la correlación de Spearman encontró una correlación alta positiva de $\rho = 0,645$, $p < 0,001$ entre el estrés percibido y depresión.

Finalmente, Lu et al. (2022) reportaron una correlación positiva significativa entre el estrés y la depresión en universitarios en la pandemia de Covid-19. ($\beta = 0,27$, $P < 0,01$).

Conclusiones

Los resultados obtenidos en la variable de estrés percibido de los estudiantes universitarios corresponden a un nivel medio, comportamiento que coincide con múltiples estudios siendo mayor para las mujeres. Considerando la homogeneidad de las características sociodemográficas y de salud de los participantes y la etapa evolutiva en el que se encuentran. Posiblemente tienen una relación y explicación de la presentación de estos resultados favorecedores para la muestra de estudio. En relación a los niveles de depresión, tanto hombres como mujeres tuvieron niveles de depresión mínima seguida por el nivel medio, una vez más es fundamental los factores exógenos de este grupo de estudio, cuyas características socioeconómicas, familiares y de salud son bastantes favorables; así como que su principal actividad en la mayoría de ellos es el estudio, es decir cumplen un único rol de desempeño en la vida, puesto que solamente unos pocos sujetos son casados. Estos factores y muchos otros que no han sido medidos podrían explicar que esta población es bastante funcional y dista de ser una población clínica.

Los niveles de estrés de los universitarios y su relación con la edad e indicadores de salud mostraron correlaciones positivas como negativas. La edad y el estrés percibido tuvo una relación negativa, es decir, entre menor edad mayores niveles de estrés percibido. Existe una correlación positiva en las horas de ocio y los niveles de estrés percibido, entre mayores horas de ocio mayores niveles de estrés, esto probablemente por el tipo de actividad que realizan en su tiempo libre los universitarios; situación que debería ser estudiada en futuras investigaciones.

Las horas de actividad física y niveles de estrés tiene correlación negativa, entre menor actividad física más altos son los niveles de estrés en estudiantes universitarios; conclusión que posee una vasta evidencia científica expuesta en el apartado teórico y de discusión Finalmente, existe una correlación positiva entre días de ausentismo y los niveles de estrés; es decir los estudiantes que poseen mayores niveles de estrés responden también con ausentismo a su

principal actividad como es el desempeño en las actividades universitarias, entre esas asistir a clases.

Finalmente, la presencia de una correlación positiva significativamente entre niveles de estrés y niveles de depresión; relación que posee múltiples fuentes de evidencia científica y que señala la comorbilidad de estas entidades, así como la alta afectación que provocan en los sujetos que padecen la una o la otra condición.

Recomendaciones

Es recomendable para un diagnóstico idóneo de la depresión complementar los resultados del análisis de instrumentos psicológicos, con una valoración complementaria que permita recabar información necesaria para un diagnóstico apropiado de esta afectación de salud mental, que contemple los factores asociados y predisponentes, así como los mecanismos protectores y de riesgo; esto fundamentalmente debe aplicarse a los sujetos que poseen niveles medios o altos de depresión

Es fundamental la ejecución de programas de intervención primaria y secundaria para los universitarios que posean niveles de estrés y depresión bajos y medios, para generar estrategias de afrontamiento, resolución de problemas, ejecución de habilidades para un mejor manejo de situaciones que puedan incrementar la problemática o incluso asociarse con una nuevas enfermedades físicas o mentales.

Realizar psicoeducación en los jóvenes universitarios para el manejo adecuado del estrés con el fin de disminuir sus niveles y aprender formas más adecuadas y eficientes de afrontarlo y sobreponerse ante el mismo, Aunque el estrés es una variable endógena natural de las personas, es fundamental sobrellevar situaciones cotidianas que desencadenan su aumento.

Es de suma relevancia abordar más a fondo estudios que ofrezcan mayor información sobre la depresión, el estrés y su comorbilidad tanto con problemáticas que afecte los aspectos fisiológicos como psicológicos en los individuos; de ahí la importancia que las poblaciones de estudio sobre todo en el ámbito de la depresión, sean clínicas y sub clínicas, porque a partir de los hallazgos que ofrezcan se podrá tener una mejor comprensión y prevenir este trastorno.

Finalmente, es recomendable corroborar los resultados de las pruebas utilizadas para el diagnóstico del estrés y de la depresión con otros test que estudian estas variables; porque existe amplia evidencia de otras formas de evaluación que no solo contemplan los test psicológicos,

sino que recogen la información a partir de otros indicadores como los fisiológicos, hormonales, neuropsicológicos, sociales, entre otros; de ahí la importancia del trabajo interdisciplinario para un mejor y mayor abordaje que se traducirá en mejores explicaciones a la problemática.

Referencias

- Aderhold, C., Morawa, E., Paslakis, G., & Erim, Y. (2019). Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(5), 616 - 635. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1631931>.
- Asociación de Psiquiatría Americana [APA]. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana
- American Psychological Association. (3 de Mayo de 2017). APA. <https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos>
- Asociación Americana de Psicología. (2013). *Apa.org*. <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico#>
- American Psychological Association. (2010). *Apa.org*. <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 2(1), 117-125. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf
- American Psychological Association. (3 de Mayo de 2017). APA. <https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos>
- Aragonès, E., Comín, E., Caveró, M., Pérez, V., Molina, C., & Palao, D. (2017). Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Atención Primaria*, 49(6), 359-367. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista CON-CIENCIA*, 2(1), 117-125. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf

- Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I., & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Barbosa, S., Urrea, A. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis*, 25, 171-186,
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Barraza, A., González, L., Garza, A., & Cázares, F. (2019). El estrés académico en alumnos de odontología. *Revista Mexicana de Estomatología*, 6(1), 12-26.
<https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/236/431>
- Barros, C., Sacau-Fontenla, A., & Fonte, C. (2022). Anxiety, Depression and Stress Among University Students: The Mediator Role of Work in Time of COVID-19: The Mediator Role of Work in Time of COVID-19. *Studies in Systems, Decision and Control*, 406.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-89617-1_48
- Basudan , S., Binanzan, N., & Alhassan, A. (2017). Depression, anxiety and stress in dental students. *International journal of medical education*, 8, 179-186.
<https://doi: 10.5116/ijme.5910.b961>
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*, 9(6), 653–675. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.9.6.653>
- Belloch, A., Sandín, B., & Francisco, R. (2009). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. SPAIN: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.
<https://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1248.%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Vol.%202.pdf>

- Cadena Peñafiel, T., Granja Loo, M., & Sandoval Jaramillo, M. (2021). Estrés en jóvenes de 18-28 años participantes y no. *Lecturas: Educación Física y Deportes.*, 26(275), 110-136. <https://doi.org/10.46642/efd.v26i275.2889>
- Castañeda , T., Porras, A., & Guzmán, E. (2020). Niveles De Depresión En Estudiantes Universitarios Durante Época De Covid-19. *Poliantea*, 15(27), 81-83. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i27.1703>
- Carbonell, D., Cedeño , S., Morales, M., Badiel , M., & Cepeda, I. (2019). Depression symptoms, anxiety, stress and related factor in medical students. *IJEPH*, 2(2), 1-7. <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.2.5497>
- Cobiellas, L., Hernández, A., & Gómez, O. (2020). Estrés académico y depresión mental en estudiantes de primer año de medicina. *Revista Cubana de Educacion Medica Superior*, 34(2), 1-14. https://www.researchgate.net/publication/342282509_Estres_academico_y_depresion_mental_en_estudiantes_de_primer_ano_de_medicina
- Córdova Sotomayor, D., & Santa Maria Carlos, F. (2018). Factores asociados al estrés en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(4), 252-258. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v28i4.3429>
- Dattani, S., Ritchie , H., & Roser, M. (2021). Mental Health. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Dozois, D., Dobson, K., & Ahnberg, J. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83>

- Doyle, L., O'Brien, F., Timmins, F., Tobin, G., O'Rourke, F., & Doherty, L. (2007). An evaluation of an attendance monitoring system for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 8, 129-139. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.09.007>
- Fernández, T., Alguacil, J., Almaraz, A., Cancela, J., Delgado, M., García, M., . . . Martín, V. (2015). Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. *Revista Adicciones*, 27(4), 265-275. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289143390004.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, metodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García-Araiza, H., Hernández-Chávez, L., Och-Castillo, J., Cocom-Rivera, S., & Travesi-Raygoza, A. (2019). Estrés universitario en estudiantes de medicina de la Universidad de Quintana Roo. *Revista Salud Quintana Roo*, 12(41), 13-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2019/sqr1941c.pdf>
- García, K., Salazar, E., & Barja, J. (2021). Resiliencia y estrés percibido en estudiantes de Obstetricia de una universidad pública de Lima, Perú. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 24(2), 95-99. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.242.1117>
- Gao, K., Su, M., Sweet, J., & Calabrese, J. R. (2019). Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 244, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.063>
- Ganso, H. (2014). Uso del tiempo libre. Indicadores psicofísicos de estrés académico en estudiantes universitarios de la UNQUI. *Acta Académica*, 69-71. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-035/501.pdf>

George, D., & Mallery, P. (2003). Interpretación del valor del coeficiente de fiabilidad de consistencia interna alfa de Cronbach (Cuarta Edición ed.). Boston, EEUU: Allyn y Bacon

Gutiérrez , J., Montoya, L., Toro, B., Briñón , M., Restrepo, E., & Salazar , L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA*, 24(1), 7-17.
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1011/735>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Biblioteca de guías de practica clínica del Systeme Nacional de Salud*. (S. S. Ministerio de Sanidad, & A. d. (avalia-t), Edits.) https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf

Gutiérrez , J., Montoya, L., Toro, B., Briñón , M., Restrepo, E., & Salazar , L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA*, 24(1), 7-17.
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1011/735>

Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. y Lorenzo-Luaces, L. (2016). History of Depression. The Oxford Handbook of Mood Disorders.
<https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199973965.001.0001/oxfordhb-9780199973965-e-2>.

Hernández, R., Fernández , C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). *Ecuadorencifras.gob.ec/*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>

- Jahan, A., Mohamed, M., Alfagieh, M., Alnawy, N., Alsabiri, M., Algazal, R., . . . Dier, A. (2021). Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic in Libya: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in psychology, 17*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.714749>
- Kostic, J., Zikić, O., Đorđević, V., & Krivoka, Ž. (2021). Perceived stress among university students in south-east Serbia during the COVID-19 outbreak. *Ann Gen Psychiatry, 20*(25), 2- <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00346-2>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine., 16*(9), 606-613. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- López Peláez, J., Chinchilla-Giraldo, N., Bermúdez Vera, I., & Álvarez Ramírez, A. (2021). Dislipidemia y estrés en estudiantes universitarios: Un enemigo silencioso. *Revista de Ciencias Sociales, 27*(3), 50-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8081755>
- López-Walle, J., Tristán, J., Tomás, I., Gallegos-Guajardo, J., Gongora, E., & Hernández-Pozo, M. (2020). Estrés percibido y felicidad auténtica a través del nivel de actividad física en jóvenes universitarios. *Cuadernos de psicología del deporte, 20*(2), 265-275. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v20n2/1578-8423-cpd-20-2-265.pdf>
- Lu, L., Wang, X., Wang, X., Guo, X., & Pan, B. (2022). Association of Covid-19 pandemic-related stress and depressive symptoms among international medical students. *BMC psychiatry,, 22*(20), 1-11. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03671-8>
- Malvaceda, E., Muvdi, Y., Barreto, M., Madero, K., Mendoza, X., & Bohórquez, C. (2021). Estrés percibido en estudiantes de enfermería durante el confinamiento obligatorio por Covid-19. *Revista Cuidarte, 12*(2), 1-10. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1330>

- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P., & Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 145(1), 25-32. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100004>
- Martínez-Campaña, R., Morales-Pérez, Á., & Morales-Pérez, D. (2017). Prevalencia de depresión en estudiantes de postgrado. *Ciencia e investigación medico estudiantil latinoamericana*, 22(2). <https://doi.org/10.23961/cimel.v22i2.951>
- Melgosa, J. (2017). Preservando la salud mental. *Apuntes Universitarios*, 7(2), 84-89. <https://doi.org/10.17162/au.v7i2.198>
- Moreira, D., & Ferreira, A. (2013). Stress and depression among students of the last semester in two nursing courses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21, 156-163. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DtffcNbKSyCqdznKRm5Lq3P/?format=pdf&lang=en>
- Muvdi, Y., Malvaceda, E., Barreto, M., Madero, K., Mendoza, X., & Bohórquez, C. (2021). Estrés percibido en estudiantes de enfermería durante el confinamiento obligatorio por Covid-19. *Revista Cuidarte*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1330>
- Muñoz, K., Arevalo, C., Tipán, J., & Morocho, M. (2021). Prevalence of depression and associated factors in adolescents. *Ecuadorian Journal of Pediatrics*, 1, 1-8. <https://doi.org/10.52011/0008>
- Muñoz, J., Burca, N., & Agredo, P. (2016). *Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Cuenca-Ecuador*. [Tesis de Pregrado, Universidad del Azuay, Cuenca]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4996/1/11434.pdf>

Ministerio de Salud Pública . (2021). *Salud.gob.ec*. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

Narváez, L., & Lismory , K. (2019). *Depresión, desesperanza y hábitos nutricionales en los estudiantes de primero y noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, período 2018*. [Tesis de Pregrado Universidad Central del Ecuador., Quito]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18515/1/T-UCE-0015-ODO-140.pdf>

Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

National Institute of Mental Health. (2021). *Nimh.nih.gov*. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/21-mh-8015s-chronicillness-mentalhealth-sp.pdf>

National Institute of health. (Febrero de 28 de 2021). *NIH*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>

National Institutes of Health. (Marzo de 2020). *NIH*. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/5-cosas-que-usted-debe-saber-sobre-el-estres/20-mh-8109s-5-things-stress.pdf>

Obregón-Morales, B., Montalván-Romero, J., Segama-Fabian, E., Dámaso-Mata, B., Panduro-Correa, V., & Arteaga-Livias, K. (2020). Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana . *Educ Med Super*, 34(2), 1-16. <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1881/1069>

Ochnik, D., Rogowska, A., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schutz, A., Held, M., . . . Cuero, Y. (2021).

Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: a cross-national study. *Scientific Reports*, 11(18644).

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-97697-3>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*.

Ginebra: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). *Who.int*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes.*

Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017.*

Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

Organización Mundial de la Salud. (20 de Enero de 2020). *Who.int*. [https://www.who.int/es/news-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

[room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

Organización Panamericana de la Salud . (2017). *Iris.paho.org*.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región*

de las Américas. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Paho.org*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depre

[sion-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depre)

[health&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depre)

- Oro, P., Esquerda, M., Viñas, J., Yuguero, O., & Pifarre, J. (2019). Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout. *Educación Médica.*, 20(51), 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.09.003>
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública* 2020, 36(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Quintero, C., & Gil, V. (2021). Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación. *Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.18270/chps.v21i1.3712>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la Investigación científica. *Unifé*, 23(1), 9-17. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Ramón, E., Martínez, B., Granada, J., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., . . . Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*, 36(6), 1339-1345. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02641>
- Ramón, E., Gea, V., Granada, J., Juárez, R., Pellicer, B., & Antón, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
- Ramírez, M., Raya, M., & Ruiz del Rio, M. (2018). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física en estudiantes universitarios. *ReiDoCrea*, 7, 79-84. <https://doi.org/10.30827/Digibug.49826>

- Restrepo, J., Sánchez, O., Calderon, G., Castañeda, T., Osorio, Y., & Diez, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health and Addictions*, 18(2), 227-239. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6546342>
- Real academia española. (2014). *Dle.rae*. <https://dle.rae.es/estr%C3%A9s>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1): 86-93 <https://www.redalyc.org/pdf/172/17290110.pdf>
- Rivera Baños, J., Alcántara Hernández, M., & de la Rosa Gómez, A. (2017). Perfil de estrés en estudiantes de psicología a distancia. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 411-414. https://www.researchgate.net/profile/Anabel-De-La-Rosa/publication/324136405_Perfil_de_estres_en_estudiantes_de_psicologia_a_distancia/links/5ac064bb45851584fa740703/Perfil-de-estres-en-estudiantes-de-psicologia-a-distancia.pdf
- Roma, P., Monaro, M., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Di Domenico, A., . . . Mazza, C. (2020). A 2-month follow-up study of psychological distress among Italian people during the COVID-19 lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218180>
- Ruisoto, P., Vaca, S., Jiménez, M., Ramírez, R., & Espinosa, J. (2015). Análisis de variables psicológicas asociadas a la salud y productividad en la universidad. *Alternativas*, 16(1), 46-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5599795>
- Ruidiaz Gómez, K., Peinado Valencia, L., & Osorio Contreras, L. (2020). Estrés en estudiantes de enfermería que realizan prácticas clínicas en una institución universitaria de Cartagena

- Colombia, 2019. *Archivos de Medicina*, 20(2), 437-450.
<https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3674>
- Santo-Morocho, J., Jaramillo-Oyervide, J., Morocho-Malla, M., Senín-Calderón, M., & Rodríguez-Testal, J. (2017). Estudio Transversal: Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes de Medicina y su Asociación con la Depresión. *Rev Med HJCA*, 9(3), 255-260.
<http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.3.ao.42>
- Sandoval, N. (2017). Diagnóstico acerca del uso del ocio y el tiempo libre entre los estudiantes de la Universidad Nacional Experimental del Táchira. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*(30), 169-188. https://doi.org/10.5209/PSRI_2017.30.12
- Tang, W., & Dai, Q. (2018). Depressive symptoms among first-year Chinese undergraduates: The roles of socio-demographics, coping style, and social support. *Psychiatry research*, 270, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.027>
- Tapia, P. (2020). *Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador*. [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador, Quito].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21134/1/T-UCE-0015-ODO-327.pdf>
- Tijerina, L., González, E., Gómez, M., Cisneros, M., Rodríguez, K., & Ramos, E. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición.*, 17(4), 41-47.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2018/spn184e.pdf>
- Timmins, F. (2002). Absenteeism among nursing students – fact or fiction? *Journal of nursing management*, 10(5), 251-264.<https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00327.x>

- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109(110236), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>
- Veiga de Cabo, J., De la Fuente Díez, E., & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>
- Zhan, H., Zheng, C., Zhang, X., Yang, M., Zhang, L., & Jia, X. (2021). Chinese College Students' Stress and Anxiety Levels Under COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12(615390), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.615390>
- Zuñiga, A., & Soto, I. (2021). Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Usode escala DASS-2. *Rev Espiritu Emprendedor TES*, 5(3), 45-61. <https://doi.org/10.33970/eetes.v5.n3.2021.263>

Apéndice

Apéndice A. Matriz de revisión bibliográfica de la base de datos Scopus

INSTRUMENTO DEPRESIÓN	TIPO POBLACIÓN/CARACTERÍSTICA	DE	OTRAS VARIABLES	CITA APA
	Clínica		No clínica	
ESCALA DASS-21	Sobrevivientes del cáncer de mama		Ansiedad y estrés	Kuswanto, C. N., Sharp, J., Stafford, L., & Schofield, P. (2020). Posttraumatic growth as a buffer and a vulnerability for psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 275, 31-37. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.013
ESCALA DE IMPACTO DE LA FATIGA, ANSIEDAD HOSPITALARIA Y DEPRESIÓN.	Pacientes con esclerosis sistémicas		Sueño y ansiedad	Cetin, S. Y., Calik, B. B., Ayan, A., & Kabul, E. G. (2020). The effectiveness of 10-Tai Chi movements in patients with ankylosing spondylitis receiving anti-tumor necrosis factor α therapy: A randomized controlled trial. <i>European Journal of Integrative Medicine</i> , 39, 101208. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101208
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)		Cuidadores de pacientes con diabetes mellitus.	de Estrategias de con afrontamiento, de depresión y ansiedad	Khemakhem, R., Dridi, Y., Hamza, M., Hamouda, A. B., Khlayfia, Z., Ouerda, H., Halioui, S., Siala, N. Belhadj, A. & Maherzi, A. (2020). How do parents of children with type 1 diabetes mellitus cope and how does this

				condition affect caregivers' mental health?. Archives de Pédiatrie, 27(5), 265-269. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.05.001 .
ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN (SDS)	Personal chino	médico	Estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad	Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W. & Xiao, S. (2020). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms in the first-line medical staff fighting against COVID-19 in Gansu. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 11, 386. https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00386
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)	Receptores de asistencia ventricular izquierda.		Estilos de afrontamiento, calidad de vida, ansiedad	Modica, M., Minotti, A., De Maria, R., Scaglione, A., Bordoni, B., Cipriani, M., Russo, C., Racca, V. & Ferratini, M. (2019). Coping, mood, quality of life, and outcomes in recipients of left ventricular assist devices: a cluster analysis. <i>Psychosomatic medicine</i> , 81(2), 192-199. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000658 .
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)	Pacientes con cáncer	adultos	Estrés postraumático, ansiedad	Aderhold, C., Morawa, E., Paslakis, G., & Erim, Y. (2019). Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis. <i>Journal of psychosocial oncology</i> , 37(5), 616-635. https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1631931 .

PHQ-9		Estudiantes universitarios chinos	Factores socioeconómicos, apoyo social y estilos de afrontamiento	Tang, W., & Dai, Q. (2018). Depressive symptoms among first-year Chinese undergraduates: The roles of socio-demographics, coping style, and social support. <i>Psychiatry research</i> , 270, 89-96. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.027
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)	Pacientes con esquizofrenia		Ansiedad, Estrés, autoestima, Problemas experimentados.	Lee, J.Y., Chung, Y.C., Song, JH, Lee, YH, Kim, JM, Shin, I.S, Shin, L. S. y Kim, SW (2018). Contribution of stress and coping strategies to problematic Internet use in patients with schizophrenia spectrum disorders. <i>Comprehensive Psychiatry</i> , 87, 89-94. https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.09.007
ESCALA DASS-21 Y K-10	Pacientes con depresión	Sujetos sanos	Calidad de vida, bienestar subjetivo	Engel, L., Chen, G., Richardson, J., & Mihalopoulos, C. (2018). The impact of depression on health-related quality of life and wellbeing: identifying important dimensions and assessing their inclusion in multi-attribute utility instruments. <i>Quality of Life Research</i> , 27(11), 2873-2884. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1936
ESCALA PARA DEPRESIÓN	Pacientes hospitalarios con lesiones en la medula espinal		Ansiedad	Van Diemen, T., van Nes, I. J., Geertzen, J. H., & Post, M. W. (2018). Coping flexibility as predictor of distress in persons with spinal cord injury. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 99(10), 2015-2021. https://doi.org/doi:10.1016/j.apmr.2018.05.032

PHQ-9	Pacientes hospitalarios		Ansiedad y adherencia al tratamiento	van Montfort, E., Kupper, N., Widdershoven, J., & Denollet, J. (2018). Person-centered analysis of psychological traits to explain heterogeneity in patient-reported outcomes of coronary artery disease—the THORESCI study. <i>Journal of affective disorders</i> , 236, 14-22. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.072
PHQ-9		Profesionales de la salud	Depresión	Holloway, E., Sturrock, B., Lamoureux, E., Hegel, M., Casten, R., Mellor, D., & Rees, G. (2018). Delivering problem-solving treatment in low-vision rehabilitation: A pilot feasibility study. <i>Rehabilitation Psychology</i> , 63(3), 349–356. https://doi.org/10.1037/rep0000217
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	Pacientes pediátricos con cáncer	con	Calidad de vida y espiritualidad	Vitorino, L. M., Lopes-Júnior, L. C., de Oliveira, G. H., Tenaglia, M., Brunheroto, A., Cortez, P. J. O., & Lucchetti, G. (2018). Spiritual and religious coping and depression among family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America. <i>Psycho-oncology</i> , 27(8), 1900-1907. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.001 .
INVENTARIO SCL90R		Padres de niños con discapacidad intelectual	Ansiedad	Jaiswal, S. V., Subramanyam, A. A., Shah, H. R., & Kamath, R. M. (2018). Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability. <i>Indian journal of psychiatry</i> , 60(3), 312. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_259_17

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CESD)	Mujeres tratadas por cáncer	Estrés, ansiedad	Seib, C., Porter-Steele, J., Ng, S. K., Turner, J., McGuire, A., McDonald, N., Balaam, S., Yates, P., McCarthy, A. & Anderson, D. (2018). Life stress and symptoms of anxiety and depression in women after cancer: the mediating effect of stress appraisal and coping. <i>Psycho-oncology</i> , 27(7), 1787-1794. https://doi.org/10.1002/pon.4728 .
ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON	Pacientes con epilepsia y esclerosis	Ansiedad y estrategias de afrontamiento	de Barros, A. C. S., Furlan, A. E. R., Marques, L. H. N., & de Araújo Filho, G. M. (2018). Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. <i>Epilepsy & Behavior</i> , 82, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.02.026 .
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)	Pacientes con cáncer avanzado	Calidad de vida y afrontamiento	Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Traeger, L., Jacobs, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Pirl, W. F., Temel, J. S. & Greer, J. A. (2018). Differential effects of early palliative care based on the age and sex of patients with advanced cancer from a randomized controlled trial. <i>Palliative medicine</i> , 32(4), 757-766. https://doi.org/10.1177/0269216317751893
ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO	Pacientes infértiles	Ansiedad y calidad de vida	Zurlo, M. C., Della Volta, M. F. C., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. <i>Quality of Life Research</i> , 27(4), 945-954. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.614887 .

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)	Mujeres postparto	Estrategias de afrontamiento	Azale, T., Fekadu, A., Medhin, G., & Hanlon, C. (2018). Coping strategies of women with postpartum depression symptoms in rural Ethiopia: a cross-sectional community study. <i>Bmc Psychiatry</i> , 18(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1624-z .
ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (GDS)	Adultos mayores en duelo	Soledad, duelo y afrontamiento del proceso dual	Tang, S., & Chow, A. Y. (2017). How do risk factors affect bereavement outcomes in later life? An exploration of the mediating role of dual process coping. <i>Psychiatry Research</i> , 255, 297-303. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.001
ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CESD)	Médicos	Apoyo social y estilos de afrontamiento	Gu, L. X., Chu, J., Qi, Z. B., & Jia, C. X. (2017). Depressive symptoms and correlates among village doctors in China. <i>Asian journal of psychiatry</i> , 28, 188-192. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.07.004
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)	Adultos expuestos a trauma	Estrés postraumático, ansiedad y estrategias de afrontamiento	Saxon, L., Makhashvili, N., Chikovani, I., Seguin, M., McKee, M., Patel, V., Bisson, J. & Roberts, B. (2017). Coping strategies and mental health outcomes of conflict-affected persons in the Republic of Georgia. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , 26(3), 276-286. https://doi.org/10.1017/S2045796016000019

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Pacientes con cáncer	Angustia psicológica, ansiedad y depresión	Xie, J., Ding, S., He, S., Duan, Y., Yi, K., & Zhou, J. (2017). A prevalence study of psychosocial distress in adolescents and young adults with cancer. <i>Cancer nursing</i> , 40(3), 217-223. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000396 .
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	Mujeres con obesidad y premenopáusicas	Estrés, depresión, actividad física y obesidad	Kim, K. W., Yoo, H. H., Cho, J. H., Yang, Y. C., Kim, J. I., Kim, S. Y., Park, H. J. & Song, M. Y. (2015). Effects of acupuncture on serum metabolic parameters in premenopausal obese women: study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> , 16(1),1-8. https://doi.org/10.1186/s13063-015-0867-y .
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)	Personal del Ejército en servicio activo	Burnout y depresión	Taghva, A., Imani, M., Kazemi, M. R., & Shiralinia, K. (2015). The role of burnout and depression in self-destructive behaviour of the Islamic Republic of Iran Army personnel. <i>Archives of Psychiatry and Psychotherapy</i> , 2, 41-47. https://doi.org/10.12740/APP/41477
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)	Pacientes con lesión cerebral traumática leve	Resiliencia y depresión	Losoi, H., Wäljas, M., Turunen, S., Brander, A., Helminen, M., Luoto, T. M., Rosti-Otajärvi, E., Julkunen, J. & Öhman, J. (2015). Resilience is associated with fatigue after mild traumatic brain injury. <i>The Journal of head trauma rehabilitation</i> , 30(3), E24-E32. https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000055

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)	Pacientes adolescentes con desfibriladores automáticos implantables o marcapasos	Ansiedad, depresión y afrontamiento	Freedenberg, V. A., Thomas, S. A., & Friedmann, E. (2015). A pilot study of a mindfulness based stress reduction program in adolescents with implantable cardioverter defibrillators or pacemakers. <i>Pediatric cardiology</i> , 36(4), 786-795. https://doi.org/10.1007/s00246-014-1081-5
ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CESD)	Adultos	La desregulación de las emociones y adversidad acumulativa de la vida	Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. <i>Journal of psychiatric research</i> , 61,89-96. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012
ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE (SDS)	Estudiantes universitarios	Depresión, suicidio y estrés	Tsujiimoto, E., Taketani, R., Yano, M., Yamamoto, A., & Ono, H. (2015). Relationship between Depression, Suicidal Ideation, and Stress Coping Strategies in Japanese Undergraduates. <i>International Medical Journal</i> , 22(4).
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)	Hombres y mujeres con epilepsia	Autoeficacia, los estilos de afrontamiento del estrés y el apoyo social	Lee, S. A., Kim, S. J., Han, N. E., Lee, S. M., & No, Y. J. (2021). Gender differences in factors associated with resilience for health-related quality of life in persons with epilepsy. <i>Epilepsy & Behavior</i> , 115, 107710. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107710
ENCUESTA DE SEGUIMIENTO EN LÍNEA	Italianos- población general	estrés y ansiedad	Roma, P., Monaro, M., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Di Domenico, A., ... & Mazza, C. (2020). A 2-month follow-up study of psychological distress among Italian

			people during the COVID-19 lockdown. International journal of environmental research and public health, 17(21), 8180. https://doi.org/10.3390/ijerph17218180
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)	Consumidores de anfetaminas	Ansiedad, religiosidad y el afrontamiento religioso	Tan, C. H., Abd Rashid, R., & Guan, N. C. (2020). Anxiety and Depression among Amphetamine-Type Stimulant Users: The Association with Religiosity and Religious Coping. The Malaysian journal of medical sciences: MJMS, 27(4), 51. http://doi.org/10.21315/mjms2020.27.4.5
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA	Pacientes adultos con cáncer	Impacto del crecimiento postraumático (PTG) y el sentido de coherencia (SOC) como factores protectores	Aderhold, C., Morawa, E., Paslakis, G., & Erim, Y. (2019). Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis. Journal of psychosocial oncology, 37(5), 616-635. https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1631931
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)	Pacientes de nefrología	Calidad de vida general (CDV), el estado de ánimo, el apoyo social percibido y el riesgo psicosocial	Simms, R. J., Thong, K. M., Dworschak, G. C., & Ong, A. C. (2016). Increased psychosocial risk, depression and reduced quality of life living with autosomal dominant polycystic kidney disease. Nephrology Dialysis Transplantation, 31(7), 1130-1140. https://doi.org/10.1093/ndt/gfv299
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)	Receptores de trasplante cardiaco	Factores psicosociales y predictores de psicopatología	Sánchez, R., Baillès, E., Peri, J. M., Bastidas, A., Pérez-Villa, F., Bulbena, A., & Pintor, L. (2016). Assessment of psychosocial factors and predictors of psychopathology in a sample of heart transplantation

ESCALA LA ANSIEDAD HOSPITALARIA Y DEPRESIÓN	Pacientes con cáncer de mama	Resiliencia	recipients: a prospective 12-month follow-up. <i>General hospital psychiatry</i> , 38, 59-64. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.10.006 . Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. <i>Psycho-oncology</i> , 24(12), 1639-164. https://doi.org/10.1002/pon.3834 .
BECK DEPRESIÓN INVENTARIO II (BDI-II)	Cuidadores frontotemporales de demencia	Estrategias de afrontamiento	Roche, DCLinPsy, L., Croot, K., MacCann, C., Cramer, B., & Diehl-Schmid, J. (2015). The role of coping strategies in psychological outcomes for frontotemporal dementia caregivers. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 28(3), 218-228. https://doi.org/10.1177/0891988715588830

Apéndice B. Cuestionario sociodemográfico Adhoc

Indica según le corresponda:

1. **Edad:** 17-50 / Carrusel **Media 21**

2. **Nacionalidad** Carrusel por defecto Ecuador

3. **Sexo**
 - Masculino

 - Femenino

4. **Estado civil**
 - Soltero

 - Divorciado

 - Casado / Pareja de hecho

 - Viudo/a

 - Separado

5. **Universidad**
 - A. Universidad técnica del norte **UTN**

 - B. Universidad Técnica particular de Loja **UTPL**

 - C. Universidad Politécnica Salesiana **UPS**

6. **¿Cómo se identifica (.....) según su cultura y costumbres?** E) Blanco/a

A) Indígena

D) Mestizo/a

B) Afroecuatoriano/a, Afrodescendiente

E) Montubio/a G) Otro:

especifique.

C) Negro/a

F) Mulato

7. **¿Posee usted**

algún tipo de discapacidad?

Sí

No

Condicional si responde "SI"

7.1 Si usted respondió sí en la pregunta anterior, ¿Qué tipo de discapacidad posee?

A) Discapacidad Auditiva D) Discapacidad intelectual

B) Discapacidad Visual D) Discapacidad psicosocial

C) Discapacidad física

8. **Es usted cuidador principal de alguna persona con discapacidad, demencia, etc**

Sí

No

Condicional si responde "SI"

8.1 ¿Desde hace cuánto tiempo cuida a esta persona?

Carrusel años

9. **¿Para estudiar la universidad usted tuvo que trasladarse de su ciudad de residencia?**

Si

No

10. **¿Está embarazada?**

Si

No

11. **¿Está viviendo solo?**

Si

No (Condicional, se abre las siguientes opciones)

10.1 Usted vive con:

Madre

Abuelo/a

Padre

Otros familiares

Hermanos/as

Amigos

Pareja

12. **¿Cómo se percibe en relación al nivel socio-económico?**

Baja Media alta

- Media Alta

13. **¿Actualmente trabaja?:**

- Si (Condicional, se abre opción de cuantas horas trabaja a la semana)
- No

12.1 ¿Cuántas horas trabaja a la semana? Carrusel horas

14. **Indique de 0 (= totalmente imposible) a 100 (= totalmente seguro) la probabilidad de perder su empleo y/o no poder acceder a una fuente regular y suficiente de ingresos [...]**

15. **En un día normal, ¿cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias? Carrusel**

16. **¿En relación con su actividad física?? la mayor parte de los días,**

- Es inferior a 30 minutos al día
- Es superior a 30 minutos al día de intensidad moderada (ej. caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas...)
- Es superior a 30 minutos al día de intensidad alta (ej. salir a correr, salir a la montaña, salidas en bicicleta, aerobio, natación, practicar deportes competitivos...)

17. **La mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?**

- Sí
- No, pero considero mi dieta, en general, saludable

No, y considero que mi dieta en general no es saludable

18. ¿Le han prescrito algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?

Sí

No

19. ¿Cuántos días se ha ausentado del trabajo o faltado a clases en el último año por motivos de salud? Carrusel

20. ¿En los últimos 3 meses ha perdido a algún familiar?

Sí

No

21. ¿Ha sido víctima de violencia o agresión en últimos 3 meses?

Sí

No

22. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?

alergias

ansiedad o depresión

problemas de atención o memoria

otras

Apéndice C. Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire PHQ-9

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
---	---	---	---	---

Apéndice D. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4