



**Universidad de Chile**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

# **“Niveles de Ansiedad, Depresión y Percepción de Apoyo Social en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile”**

## **Memoria para optar al Título de Psicólogo**

**Profesor patrocinante:** Dra. Laura Moncada Arroyo  
**Profesor colaborador:** Mg. Ps. Iris Gallardo Rayo  
**Autoras:** Lic. Ps. Araceli Dávila Figueras  
Lic. Ps. Rocío Ruiz Celis

**2010**

*Agradezco en primer lugar a Rocío,  
con quien he compartido la vivencia de elaborar esta tesis.  
En ella he encontrado no sólo a una compañera de trabajo,  
sino también a una bellísima persona y una gran amiga.  
Gracias también a mi familia, a Francisco y a mis amigos  
por haberme dado apoyo social a lo largo de este proceso,  
a Paradero, a Marcela, en fin... a tantas personas.  
Gracias a la vida por inspirarme a escribir.*

*Araceli*

*A mis padres, a mis hermanos, a mi primo Sebas, a las amigas del colegio,  
a los amigos de Bachillerato (del "E" del Humanista y de Ciencias),  
a los amigos de Psicología, a André y a los amigos de la vida  
por acompañarme en este largo y emocionante camino;  
a los buenos profesores y al apoyo  
incondicional de mi amiga Javi,  
con quien compartí desde "Bachi" tan diversas experiencias.  
Por último, agradezco a Araceli, por todo...  
y por compartir conmigo la vida del investigador.*

*Rocío*

**Agradecemos a:**

*Ps. Iris Gallardo, Ps. Laura Moncada, Ps. Leonor Villacura, Ps. Matías Ríos, Ps. Gonzalo Rojas,  
Mauricio Sánchez, Carola Rivera, funcionarios de la Universidad de Chile.  
Gracias también a nuestros compañeros tesisistas de Odontología y,  
por último, a los profesores y estudiantes de esta carrera  
que amablemente colaboraron en la recolección de los datos.*

## RESUMEN

La presente investigación tuvo el objetivo de describir las variables ansiedad, depresión y apoyo social percibido en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile en dos momentos del semestre académico, además de comprobar si las exigencias curriculares de esta carrera producen en los alumnos un aumento en sus niveles de ansiedad y depresión. Se utilizaron las escalas HADS (Snaith & Zigmond, 1983) y DUFSS (Broadhead et al., 1988). La relevancia de este estudio radica, entre otros motivos, en la escasez de investigaciones que abordan esta problemática en Chile, y en las características de esta carrera.

Se concluye que los estudiantes se encuentran considerablemente más ansiosos que deprimidos, especialmente los de género femenino y aquellos que cursan tercer y cuarto año. Las variables ansiedad y apoyo social aumentaron en el período de mayores exigencias académicas, no sucediendo lo mismo para la depresión. La HADS posee una buena confiabilidad, encontrándose una solución de dos factores que corrobora la estructura original del cuestionario. A partir de estos hallazgos, se sugiere la creación de espacios de atención psicológica y talleres al interior de la Facultad, para prevenir el aumento de ansiedad en períodos de mayor tensión.

**Palabras Clave:** Ansiedad, Depresión, Apoyo Social, Estudiantes Universitarios.

# ÍNDICE

RESUMEN.....	3
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	11
1. La Universidad actualmente: algunas características generales.....	11
2. Características de los estudiantes universitarios.....	12
3. Factores relacionados con la ansiedad y la depresión en los estudiantes universitarios.....	14
3.1 Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios.....	15
3.2 Ansiedad y Depresión en estudiantes de Odontología.....	22
4. Apoyo social como recurso para enfrentar cuadros ansioso-depresivos.....	23
4.1 Apoyo social en la carrera odontológica.....	26
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
IV. OBJETIVOS.....	29
Generales.....	29
Específicos.....	29
Hipótesis.....	30
V. METODOLOGÍA.....	33
Definición de las variables.....	33

Conceptual.....	33
Operacional.....	33
Enfoque.....	34
Muestreo.....	34
Técnicas de recolección de la información.....	35
HADS.....	35
Corrección e interpretación de los puntajes.....	37
Estudios de confiabilidad y validez de la HADS.....	37
DUFSS.....	41
Corrección e interpretación de los puntajes.....	42
Estudios de confiabilidad y validez del DUFSS.....	42
Procedimiento.....	44
VI. RESULTADOS.....	45
VII. CONCLUSIONES.....	57
VIII. PROYECCIONES Y LIMITACIONES.....	65
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
X.ANEXOS.....	77

## I. INTRODUCCIÓN

El interés mundial por la salud mental de los estudiantes universitarios ha llevado a diversos autores a investigar en esta área, estudiando aquellas características psicológicas que comparten estos jóvenes y que pueden hacerlos más vulnerables al desarrollo de ciertas patologías (Reynaldos & Saavedra, 2006; García, Joffre, Martínez & Sánchez, 2007; Guavita & Sanabria, 2006; Kamali, Lowry & Newbury-Birch, 2002). La mayoría de los estudiantes universitarios se encuentra en un período de transición de la adolescencia a la adultez, etapa en la cual pueden experimentar un mayor estrés, asociado a la formación de su identidad, exploración de la sexualidad e intimidad, independencia de los padres, elección de la carrera, entre otros (Royal College of Psychiatrists, 2003, citado en Matsudaira & Kitamura, 2006). En dicho proceso, los agentes educativos adquieren especial importancia, pues influyen en la manera de pensar, sentir y actuar de sus alumnos (Carraso & Osses, 2005).

El paso del colegio a la universidad constituye un cambio relevante para los jóvenes, ya que implica la adaptación a un nuevo estilo de vida. El sistema universitario exige de los sujetos el despliegue de variadas habilidades, tales como la toma de decisiones, adecuada distribución del tiempo personal, seguridad en sí mismo, etc. (Lange & Vio, 2006). De este modo, los estudiantes van configurando su propia personalidad, en la cual confluyen aspectos tanto biológicos como ambientales y sociales (Pervin, 1998, citado en Reynaldos y Saavedra, 2006). La población estudiantil es considerada por diversos autores como particularmente vulnerable al desarrollo de ciertas psicopatologías, por verse expuesta a una serie de factores estresantes, tales como presiones académicas, preocupaciones económicas, dificultades relacionales y falta de apoyo familiar (Audin, Barkham, Bewick, Bradley & Cooke, 2006; Mohd, 2003, citado en Alvial, Aro, Bonifetti, Cova, Hernández & Rodríguez, 2007).

Entre los desórdenes emocionales que pueden aparecer en los estudiantes universitarios, destacan los ansioso-depresivos. Existe gran cantidad de investigaciones a nivel internacional que han evaluado la sintomatología tanto ansiosa como depresiva al interior de dicha población (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004; Azzam, Chandavarkar & Mathews, 2007; Bates, Dorian, Greig, Pickard & Saint, 2000). En nuestro país no sucede lo mismo, sin embargo existe la iniciativa de promover la calidad de vida en el mundo universitario, tal como plantea la “Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior” (Lange & Vio, 2006), a la cual se encuentra adscrita la Universidad de Chile.

Es así como diversos autores han mostrado preocupación por el estudio del estrés propio de la vida universitaria, argumentando que el conjunto de actividades académicas puede influir en el bienestar psicológico y físico de los estudiantes, llegando incluso a contribuir a la aparición de cuadros ansiosos o depresivos (Aranceli, Perea & Ormeño, 2006; Guarino, Gavida, Antor & Caballero, 2000, citados en Bagés, Chacón-Puignau, De Pablo, Feldman, Goncalves & Zaragoza, 2008). Además, dentro de este contexto se ha investigado la asociación entre ansiedad y depresión (Carrillo & Castro, s/a; Baloglu, Karagozoglu & Masten, 2005), cómo varían estos cuadros a través de los años de estudio en distintas carreras universitarias (Degenhardt, Johnson, Klose & Peterson, 2007; Azzam et al., 2007) y la diferencia de su prevalencia por género (Alvial et al., 2007).

En este sentido, es bastante conocida la situación de los estudiantes de carreras como Medicina y Odontología, quienes al final de su formación serán directamente responsables de la salud de otras personas (Azzam, Chandavarkar & Mathews, 2007). Estas carreras se caracterizan por ser altamente demandantes, tanto en términos académicos como psicológicos, lo cual se ve exacerbado cuando además los estudiantes tienen una pobre relación con sus profesores (Bella et al., 2006). Junto con exigir el aprendizaje de una gran cantidad de información en períodos cortos de tiempo, contemplan dentro de su plan de estudios el trato con pacientes (González, Granadillo, Lara & Lugo, 2004). Según Bayona et al. (2005), este es un evento de intensa carga emocional que puede ir acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional, lo cual es entendido por otros como Síndrome de Burnout (Maslach, 1982, citado en Acosta, Díaz & Lartigue, 2001).

Cabe recordar que la aparición de síntomas ansiosos o depresivos se encuentra mediada por factores tanto personales como psicosociales. Dentro de estos últimos, el apoyo social ha sido ampliamente estudiado debido a su influencia en el bienestar psicológico de las personas (Barrón & Sánchez, 2001; Cornejo & Lucero, 2005; González & Landero, 2006; Bovier, Chamot & Perneger, 2004). Esto cobra mayor relevancia a la luz de la evidencia encontrada acerca del desgaste emocional propio de la labor odontológica (Dossi, Ispert, Presta, Saliba C. & Saliba O., 2006).

A partir de lo anterior, surge la siguiente interrogante: ¿Cómo se manifiesta la ansiedad y la depresión en dos momentos del semestre diferenciados por las exigencias académicas, en los estudiantes de 1º a 5º año de Odontología de la Universidad de Chile; y cómo se relacionan estas variables con el género y el apoyo social percibido? La presente investigación tiene dos objetivos generales; el primero de ellos corresponde a: “Describir las variables ansiedad, depresión y apoyo social percibido en estudiantes universitarios de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile en dos momentos del semestre diferenciados por el número de exigencias propias del currículum académico”. El segundo objetivo es: “Comprobar si las exigencias curriculares del programa de estudios de la carrera de Odontología producen en sus estudiantes un aumento en sus niveles de ansiedad y depresión”.

En este estudio interesa investigar el nivel de ansiedad y depresión que tienen los alumnos de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile, determinando si dichos niveles aumentan durante el período de mayores exigencias académicas, además de comparar estas variables por curso y género. Por otro lado, se medirá la percepción de apoyo social funcional, como recurso que puede mitigar los síntomas señalados. Se establecerán correlaciones entre las tres variables y, adicionalmente, se llevará a cabo el cálculo de la confiabilidad y validez de la HADS, escala que se utilizará para evaluar ansiedad y depresión.



El interés por este tema radica en la escasez de investigaciones que abordan esta problemática y en las características de la carrera de Odontología, particularmente al interior de esta Universidad. Entre estas se encuentra una alta carga académica, tanto en la etapa básica como clínica, junto con modos de evaluación que ponen énfasis en la parte práctica, dando mayor importancia al área psicomotora y afectiva<sup>1</sup>. La presente investigación es entonces relevante en términos institucionales, para el diseño de estrategias en el marco del Programa de Universidades Saludables, al cual pertenece la Universidad de Chile. Además, este estudio constituye un aporte para la disciplina psicológica, pues se configura en un punto de intersección entre la Psicología Clínica y la Psicología Educativa y se pretende generar un conocimiento que contribuya al bienestar de los estudiantes, ya sea a través de cambios en su plan de estudios o mediante intervenciones específicas, como la creación de un espacio de psicoterapia, actividades recreativas, etc. Asimismo, se proyectan futuros estudios que profundicen en los hallazgos encontrados y se propone que la Universidad de Chile, además de tener como foco la excelencia académica, propicie el bienestar psicológico. Cabe señalar que esta investigación nace como un proyecto interfacultades, surgiendo al interior de la misma Facultad de Odontología la necesidad de evaluar la ansiedad y depresión dentro de este contexto.

Con respecto a la metodología, el enfoque es de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental. Será transversal y longitudinal, ya que además de hacer un corte perpendicular en un momento del tiempo, se estudiará la evolución de los fenómenos en dos oportunidades (Baptista, Fernández & Hernández, 2003). En cuanto a los instrumentos, se utilizará la “Hospital Anxiety and Depression Scale” (Snaith & Zigmond, 1983), con el fin de medir los niveles de ansiedad y depresión. Para evaluar apoyo social percibido, se hará uso del cuestionario “Duke-UNC Funcional Social Support” (Broadhead et al., 1988).

Se ha optado por la utilización de instrumentos de screening, herramientas sencillas, de rápida aplicación y bajo costo, lo cual se ajusta a los objetivos de la investigación, a los recursos disponibles y al contexto universitario, en el cual hay poca disponibilidad de tiempo.

---

<sup>1</sup> Extraído en <http://odontologia.uchile.cl>

El hecho de que los cuestionarios se presenten en escala Likert permite que los sujetos evalúen su propio estado anímico, lo cual contribuye al enfoque clínico de la investigación. Por último, los instrumentos seleccionados poseen un buen índice de confiabilidad y validez probado en diferentes estudios, y si bien no fueron especialmente diseñados para ser utilizados en un contexto educacional, han sido usados en estudiantes universitarios y en la población general, replicando sus buenas propiedades psicométricas.

La población está conformada por todos los alumnos y alumnas de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile. Las unidades de análisis corresponden a los estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º, y 5º año de esta carrera. El criterio de inclusión de la muestra es estar cursando alguna de las asignaturas de estos cursos, durante el segundo semestre del año 2009. El muestreo será no probabilístico, intencionado y de sujetos voluntarios.

## II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

Existen diversas investigaciones que se han centrado en la salud mental de los estudiantes universitarios en los últimos años (García, Joffre, Martínez & Sánchez, 2007; Guavita & Sanabria, 2006; Kamali, Lowry & Newbury-Birch, 2002). Este fenómeno se ha transformado en un tema de interés por diversos motivos, entre los cuales se encuentran las características que, poco a poco, ha ido adquiriendo la Universidad como sistema educacional (Audin, Barkham, Bewick, Bradley & Cooke, 2006; Lange & Vio, 2006; Villacura, 2008) y las particularidades de quienes ingresan a esta, en términos de la etapa del ciclo vital en que se encuentran (Jerez, Rioseco, Valdivia, Vicente & Vielma, 1996; Alvial et al., 2007). Antes de exponer antecedentes empíricos en relación a la presencia de cuadros ansiosos y depresivos en los estudiantes universitarios de carreras de la salud, se explicará brevemente el lugar que ocupa la universidad en las sociedades actuales, para continuar caracterizando a los usuarios de dicho sistema educacional, como primer nivel de análisis.

### 1. La Universidad actualmente: algunas características generales

Desde hace aproximadamente tres décadas, se ha producido una considerable expansión de la educación superior a nivel mundial, lo cual hace que actualmente la obtención de un grado académico sea algo más común que antes. Sin embargo, las estructuras de apoyo estudiantil no han avanzado al mismo ritmo, lo cual se hace notar en las presiones financieras que muchos de estos jóvenes deben enfrentar (Audin et al., 2006). Además de ser un escenario de práctica e ilustración, la universidad se establece en un contexto de formación social para muchos estudiantes y, hoy en día, tiene como misión propiciar comportamientos saludables para la sociedad en general (Bermúdez et al., 2006).

En Chile, la población estudiantil actual es siete veces mayor a la que había hace veinte años y constituye un universo significativo para el crecimiento y desarrollo del país (Lange & Vio, 2006). Asimismo, algunos autores han indagado en las características que convierten a las universidades en instituciones tan importantes. Según Reig et al. (2001,

citado en Villacura, 2008), la universidad es un contexto de vida cotidiana en el que las personas pasan mucho tiempo trabajando, divirtiéndose, aprendiendo y viviendo.

El concepto de “Universidad Saludable” surge a partir de los principios de “Ciudades Saludables”, las cuales fomentan la promoción de la salud en la universidad como contexto, construyendo ambientes físicos, psíquicos y sociales que aumenten la calidad de vida de quienes allí estudian y trabajan, formándolos, a su vez, para que actúen como modelos de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general (Lange & Vio, 2006).

En el año 2006, la Ex Presidenta de la República Michelle Bachelet planteó la necesidad de concentrar esfuerzos en impulsar dichas conductas en el mundo universitario: “donde se sobreponen, de un modo u otro, el sistema educacional y la formación laboral” (pag. 6, Lange & Vio, 2006). Ya en el año 2003, el entonces Rector de la Universidad de Chile, Luis Riveros, mostró su preocupación y compromiso por la promoción de salud y bienestar de sus estudiantes (Universidad de Chile, 2003, en Villacura, 2008). A partir de entonces, la Facultad de Medicina de dicha Universidad ha demostrado un creciente interés por mejorar la calidad de vida de sus estudiantes, emprendiendo acciones concretas a través de diversas unidades académicas, con el fin de propiciar en ellos un desarrollo integral (Villacura, 2009).

## 2. Características de los estudiantes universitarios

Debido a la preocupación existente en torno a la calidad de la educación y de los servicios brindados a los estudiantes universitarios, se hace necesario, tanto a nivel nacional como local, conocer las características particulares de los “clientes” o “usuarios” de estos servicios, en términos de sus atributos psicológicos (Neira, 2004; Lemaitre, 2004, citados en Reynaldos & Saavedra, 2006). Según Jerez et al. (1996), los estudiantes universitarios corresponden a un grupo bien delimitado que tiene como principal actividad estudiar, y comparten una serie de características, como la edad, un mínimo de nivel intelectual y una misma escolaridad; este es además un grupo de individuos que en el futuro ejercerán roles importantes en la sociedad.

En términos evolutivos, muchos de los estudiantes de pregrado se encuentran en la adolescencia tardía, etapa de transición de la adolescencia a la edad adulta. Según Erickson (1959 citado en Almonte, Correa & Montt, 2003), este período de moratoria

psicosocial que ofrece la sociedad al joven (de acuerdo a la cultura y subcultura), prolonga la adolescencia, permitiéndole al sujeto ubicarse paulatinamente dentro de la sociedad. Es por ello que las exigencias de estudio y perfeccionamiento, en algunos niveles sociales, contribuyen a extender dicho período (Irribarne, s/a, citado en Almonte, et al., 2003). Además, el adolescente va definiendo, mediante la adopción de valores, la orientación que mantendrá en su vida en relación a metas, fines y proyectos. En este proceso, los agentes educativos adquieren especial importancia, ya que contribuyen a configurar la forma de pensar y actuar de los estudiantes (Carrasco & Osses, 2005). De este modo, ellos van adquiriendo su propia personalidad, o comportamiento habitual de cada sujeto, donde interactúan aspectos tanto biológicos como ambientales-sociales para su formación (Pervin, 1998, citado en Reynaldos & Saavedra, 2006). Entre estos últimos, son la familia y los ambientes académicos los que entregan elementos fundamentales. La personalidad representa un patrón incorporado de rasgos cognitivos, afectivos, y conductuales, estables en el tiempo, pero modificables mediante intervenciones adecuadas (Alonso, 1998, citado en Reynaldos & Saavedra, 2006). Según Alonso (1998): “Los niveles de satisfacción, adaptación y rendimiento expresados por un sujeto dependerán de variables como la personalidad, los estilos cognitivos, las expectativas y las tensiones ambientales” (Alonso 1998, citado en Reynaldos & Saavedra, 2006).

El paso del colegio a la Universidad constituye un cambio muy importante para los jóvenes, tanto en términos sociales como académicos. El sistema universitario requiere de ellos una mayor autonomía, adecuada distribución del tiempo personal, seguridad en la toma de decisiones y adaptación a la nueva cultura organizacional, lo cual afecta su estilo de vida (Lange & Vio, 2006).

Según Llanos et al. (2009), los estudiantes de primer año de enfermería de la Universidad Santo Tomás tienen algunas características de personalidad que pueden entorpecer su funcionamiento, tales como una actitud crítica hacia sí mismos y hacia los demás; preocupación por el pasado, donde pueden estar perturbando las culpas, resentimientos y recuerdos de vivencias, y/o preocupación por el futuro, donde están presentes la ansiedad anticipatoria, las predicciones y los temores, entre otras. Por otro lado, Reynaldos & Saavedra (2006) relacionaron las características de personalidad de los estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Católica del Maule, con el curso en el que se encontraban, concluyendo que existían diferencias entre los alumnos de 1º y

los de 5º. Los estudiantes de primer año presentaron con mayor frecuencia las variables: Intracepción, Afiliación, Degradación y Deferencia. Respecto a esto, los autores plantean que los estudiantes al ingresar a la educación superior deben acatar nuevas normas, establecer nuevos vínculos y redes de colaboración, y auto-observarse con la finalidad de tener un buen rendimiento. En cambio, los alumnos de 5º año presentaron características como: Tendencia al Orden, Dominio, Persistencia y Logro; lo que puede relacionarse con el hecho de que ellos necesitan culminar el proceso de formación universitaria y poner en práctica habilidades que favorezcan su inserción en el mundo laboral (Reynaldos & Saavedra, 2006).

Es así como, en esta fase de transición a la vida adulta, los individuos pueden experimentar mayor estrés, pues se encuentran en un periodo de formación de la identidad, exploración de la sexualidad e intimidad, independencia de los padres y elección de la carrera, todo lo cual, eventualmente, podría resultar en un pobre estado de salud mental (Royal College of Psychiatrists, 2003, citado en Matsudaira & Kitamura, 2006).

### 3. Factores relacionados con la ansiedad y la depresión en los estudiantes universitarios

En relación a lo anterior, existen múltiples factores, tanto personales como situacionales, que participan en la aparición de cuadros ansiosos y/o depresivos. Entre estos factores se encuentran sentirse bajo presión por los exámenes y profesores, junto con la falta de apoyo familiar (Mohd, 2003, citado en Alvial et al., 2007). Al respecto, se ha encontrado que el hecho de que algunos jóvenes dejen sus hogares para poder realizar sus estudios superiores, puede favorecer la aparición de manifestaciones depresivas (García et al., 2007). La depresión se asocia a antecedentes familiares de trastornos afectivos, experiencias infantiles y eventos vitales negativos como ausencia de confidente, pobre apoyo social y ambiente disruptivo (Arrivillaga et al., 2004). Esto coincide, en parte, con el planteamiento de Barrón & Sánchez (2001), quienes señalan la necesidad de incluir los fundamentos estructurales del deterioro psicológico y explican la depresión por medio de dos niveles: uno ambiental y social donde se recogen las influencias del estrés, alienación e integración comunitaria; y otro psicosocial, que incluiría el apoyo social y ciertos factores psicológicos, como autoestima y estilos de afrontamiento.

Como ha sido señalado, el estrés propio de la vida universitaria podría constituir una variable interviniente en el fenómeno de la ansiedad y la depresión. En el año 2002, el Ministerio de Salud de nuestro país definió el estrés como: “Un conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales de nuestro organismo ante estímulos o situaciones que percibimos e interpretamos como una amenaza o peligro para nuestra integridad física o psicológica” (p.25, citado en Lange & Vio, 2006). Lazarus & Folkman (1984, citados en González & Landero 2008) afirman que el estrés puede considerarse como una respuesta del individuo (ira, ansiedad, activación simpática, etc.), un fenómeno del entorno (ruido, discusión, etc.) y una transacción entre el sujeto y el medio. Según Dossi et al. (2006), la respuesta psicológica para el estrés comprende depresión, ansiedad, irritabilidad e insatisfacción. En cuanto al estrés estudiantil, la Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (2006) indica que este, en muchas ocasiones, tiene que ver con las condiciones físicas, psíquicas y sociales del estudiante, su calidad de vida, la satisfacción con la carrera escogida, el desarrollo curricular y las relaciones interpersonales (Lange & Vio, 2006). El estrés se configura a partir de la interacción entre el individuo y su entorno, pues depende de la valoración que hace el sujeto de sí mismo (autoestima y autoeficacia), del apoyo social que percibe y de la evaluación de la situación como amenazante respecto de sus propios recursos (González & Landero, 2008).

### 3.1 Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios

Entre los estudiantes universitarios ocurren frecuentemente múltiples trastornos psicológicos, como desórdenes alimenticios, trastornos de personalidad, lesiones autoinfligidas, suicidio, depresión y ansiedad (Mkize, L.P., Mkize, D.L. & Nonkelela, 1998; Association for University and College Counselling [AUCC], 2001; Royal College of Psychiatrists, 2003, citados en Matsudaira & Kitamura, 2006). Tienden a emerger entonces, problemas de salud mental que no habían sido reconocidos anteriormente, como los trastornos del ánimo y de ansiedad (Alvial et al., 2007). El diagnóstico de este último se ve obstaculizado, a causa de la naturaleza encubierta de muchos síntomas ansiosos y la creencia de que la ansiedad es una parte normal del desarrollo. No obstante lo anterior, es de suma importancia identificarlos de manera oportuna, pues la presencia de síntomas ansiosos en esta etapa puede ir asociada a un sustancial deterioro y riesgo de futuras patologías psiquiátricas (Haller, Puskar & Sereika, 2003). A esto se suman

otras problemáticas vividas por los adolescentes, como falta de seguridad en sí mismo y temor a no poder responder a las exigencias académicas (Cornejo & Lucero, 2005), lo cual se acentúa una vez que ellos ingresan al primer año de Universidad (Audin et al., 2006).

Dentro de este contexto, autores provenientes de diversos países se han preocupado por estudiar la presencia de síntomas emocionales al interior de esta población, específicamente la sintomatología ansiosa y depresiva (Alvial et al., 2007). Al respecto, algunas investigaciones concluyen que: “El conjunto de actividades académicas propias de la universidad constituye una importante fuente de estrés y ansiedad para los estudiantes y puede influir sobre su bienestar físico y psicológico” (Aranceli, Perea & Ormeño, 2006; Guarino, Gavidia, Antor & Caballero 2000, citado en Bagés et al., 2008, p.740; Bermúdez et al., 2006; González et al., 2004; González et al., 2008). Además, argumentan que la relación entre la cantidad de información por aprender y el tiempo del que se dispone para ello constituye la verdadera causa de estrés en los universitarios y se encuentra asociada a variados problemas psicológicos, tales como la ansiedad y la depresión.

Por ello, se han hecho múltiples estudios que miden la manifestación de estos cuadros al interior de la población universitaria. Una investigación realizada en el Reino Unido (Bates, Dorian, Greig, Pickard & Saint, 2000) midió ansiedad y depresión en estudiantes de 2º año de Medicina a través de la escala HAD. La prevalencia de ansiedad clínicamente significativa fue de 41,2% (37% en los hombres y 43,3% en las mujeres), y la prevalencia de depresión clínicamente significativa fue de 9,5% (9% en los hombres y 10% en las mujeres). Estos altos niveles reflejaron la presión para tener éxito, el trabajo arduo, la competencia y las presiones financieras experimentadas por muchos estudiantes hoy en día (Bates et al., 2000).

Otros autores han comparado la medición de la ansiedad y de la depresión entre distintos instrumentos, como es el caso de Andrews, Hejdenberg & Wilding (2006), quienes aplicaron la escala HAD y la entrevista estructurada para el DSM IV (SCID) en estudiantes de la Universidad de Londres. Se obtuvo un porcentaje de casos de ansiedad evaluada con la HAD de un 58%, en contraste con un 27% en el SCID. Por otra parte, los casos de depresión fueron 11%, bastante parecidos a los obtenidos en la SCID, que fue de 12%. Se concluyó que los estudiantes universitarios presentan una mayor prevalencia



de sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con la población general. Al respecto, Campo-Cabal & Gutiérrez (2001, citado en Villalobos, 2010) señalan: “En la población universitaria se han encontrado tasas de depresión mayores que en los jóvenes que no estudian y en la población general” (p.111). Sin embargo, esto no necesariamente implica una condición más seria de salud mental, sino que puede responder a situaciones problemáticas transitorias propias de su contexto, en el que habrían más probabilidades de informar sentimientos de ansiedad asociados a la educación superior (Andrews et al., 2006).

En este sentido, los estudiantes universitarios podrían eventualmente ser más vulnerables a presentar cuadros ansiosos o depresivos que otros grupos de jóvenes dedicados a otras actividades. Por ejemplo, la Universidad de Valencia (Salavert & Soriano, 1996) llevó a cabo un estudio en el cual se analizaron las variables depresión y ansiedad en jóvenes que se encontraban en diferentes situaciones. Se usó la HADS en una muestra de 621 sujetos divididos en 4 grupos: 2 grupos de soldados, uno de ellos en situación de combate y el otro en el servicio militar. Los otros dos grupos fueron compuestos por 51 hombres estudiantes (de edad promedio igual a 24,5 años) y 129 mujeres estudiantes (de edad promedio igual a 23,8 años) de tercer y cuarto año de Psicología, quienes estaban yendo a rendir un examen a la Universidad. Las mujeres estudiantes obtuvieron los puntajes más altos en ansiedad (45,4%), mientras que el 21,7% de los hombres estudiantes presentó sintomatología ansiosa. Lo anterior constituye un importante antecedente de género, pues resulta sorprendente que la ansiedad de las mujeres estudiantes sea mayor a la vivida por los hombres en una situación de guerra, cuya vida se encontraba en peligro. Una posible explicación que propone el autor es la dificultad que tienen los hombres para reconocer el miedo y la ansiedad. De este artículo se desprende que toda medición de ansiedad y depresión debería considerar no sólo las variables sociodemográficas, como género y edad de los individuos sino también la situación en la cual es llevada a cabo la evaluación (Salavert & Soriano, 1996).

Por otro lado, los resultados de un estudio realizado en Colombia (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004) arrojan presencia significativa de depresión (30% según el Inventario de Depresión de Beck y 25% según la Escala Autoaplicada de Zung) en 218 jóvenes estudiantes de todas las carreras de pregrado, con un rango de edad de 16 a 35 años. Esto se encuentra asociado a eventos estresores desencadenantes y a un

déficit en las estrategias de afrontamiento como factor de predisposición. Las dificultades académicas están relacionadas con la depresión moderada y severa, lo cual puede estar asociado a la falta de interés en dichas actividades. Se observó también una relación entre depresión y género femenino, encontrándose en este grupo un porcentaje de 17,9% y 21% según la Escala de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Beck respectivamente (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004). En otro estudio (Hernández, Rivera & Riveros, 2007), en el cual se utilizó la escala HAD para medir depresión en estudiantes de una Universidad peruana, se encontró también una relación entre depresión y género femenino, señalando que la depresión leve se manifiesta con mayor intensidad en mujeres (15,35%) que en varones (5,30%)

En otra investigación colombiana (Guavita et al., 2006), llevada a cabo en 295 estudiantes de Medicina de edades entre 17 y 28 años, al aplicar la Escala Autoaplicada de Zung para evaluar depresión, se encontró una prevalencia global de 53,2%, distinguiéndose síntomas leves (26,1%), moderados (21,7%) y severos (5,4%). Hubo mayor presencia de sintomatología depresiva en mujeres y en los niveles semestrales bajos. García et al. (2007) en Argentina encontraron también que un alto porcentaje de estudiantes de Medicina (26,9% de primer año y 27,2% de cuarto año) presentaba manifestaciones depresivas, evaluadas a través del Inventario de Depresión de Beck (García et al., 2007). Si bien la relación entre género femenino y presencia de síntomas depresivos ha sido informada en varios estudios, algunos plantean que no queda claro si el mayor riesgo de padecer depresión de las mujeres respecto de los hombres se debe estrictamente a una mayor frecuencia del trastorno en este género, o al hecho de que ellas informan síntomas depresivos con más regularidad (Villalobos, 2010). Por otro lado, las cifras anteriormente señaladas sugieren una alta vulnerabilidad de los estudiantes de Medicina a presentar trastornos afectivos de tipo depresivo.

Los hallazgos de una investigación estadounidense en la que Azzam, Chandavarkar & Mathews (2007) evaluaron a aproximadamente 1.050 estudiantes de Medicina de la Universidad de California, la mayoría de edades cercanas a los 25 años, concluyeron que los alumnos de tercer año pueden ser algo más propensos a experimentar síntomas ansiosos y depresivos, con respecto a los de los otros años. En esta muestra, el 5% de los estudiantes cumplieron el criterio para la depresión moderada y el 11,5% para el trastorno de ansiedad. El género femenino nuevamente aparece

asociado a mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva (Azzam, Chandavarkar & Mathews, 2007). Estos resultados difieren de los obtenidos a través de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (EDAS) en un estudio venezolano que evaluó a 196 estudiantes de 2º año (área básica) y 5º año (área clínica) de Medicina de edad promedio igual a 21,8 años (González, Granadillo, Lara & Lugo, 2004), el cual plantea que la mayoría de ellos presentan valores normales para las tres variables, sin embargo, predominan los sujetos con ansiedad moderada sobre las otras variables, especialmente en el 2º año de la carrera y en el género femenino.

Asimismo, diversas investigaciones han estudiado la posible asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes universitarios (Carrillo & Castro, s/a; Baloglu, Karagozoglu & Masten, 2005). En México (Carrillo et al., s/a) se aplicó el GHQ (Goldberg, 1996) a 13.342 alumnos de 19,8 años de edad promedio, y a una prevalencia de un 3,8% de sintomatología ansiosa y un 2,1% de sintomatología depresiva, se agrega una correlación significativa, directa y moderada ( $r=0.651$   $p<0.01$ ) entre ambas variables. El 65% de los casos con ansiedad reportaron también sintomatología depresiva con manifestaciones de alteraciones del sueño, ingesta, tristeza y melancolía (Carrillo et al., s/a). Por otra parte, un estudio de Turquía que utilizó el BDI y la STAI (Baloglu et al., 2005) hizo la distinción entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad en estudiantes universitarios (edad promedio igual a 20,8 años), demostrando que, si bien ambos revelan correlaciones significativas con la depresión, el primero de ellos se relaciona más con esta última que el segundo. Los coeficientes de determinación fueron 0,27 entre depresión y estado de ansiedad, y 0,41 entre depresión y rasgo de ansiedad (Baloglu et al., 2005).

En nuestro país, según la encuesta de Calidad de Vida y Salud (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2006), un 13,4% de la población manifiesta estar siempre nervioso, mientras que un 14,3% expresa sentirse ansioso casi siempre. Por otro lado, un 22,3% del total de encuestados señalan haber tenido depresión, angustia o neurosis en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta. Un estudio realizado en la Universidad de Concepción (Jerez et al., 1996) en 357 estudiantes de pregrado, con igual presencia de hombres y mujeres en la muestra y la gran mayoría de ellos, con menos de 25 años de edad; encontró –al aplicar los instrumentos CIDI, SRQ y el APGAR Familiar- que un 53% de los estudiantes tenía una altísima probabilidad de presentar un trastorno ansioso-depresivo. La presencia de esta sintomatología era más acentuada en aquellos que

cursaban primer año, estabilizándose en quinto y disminuyendo considerablemente en el último año (Jerez et al., 1996). En una investigación más reciente (Alvial et al., 2007), efectuada en la mayoría de las facultades de la misma Universidad (632 estudiantes de ambos sexos, con una edad promedio de 21 años), se obtuvo mediante el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck una prevalencia de un 16,4% para el síndrome depresivo (22% en las mujeres y 10,6% en los hombres) y un 23,7% para el síndrome ansioso (23,8% en las mujeres y 10,7% en los hombres), no existiendo diferencias significativas en función de la edad y el nivel de estudios (Alvial et al., 2007).

Ante este panorama, no es de extrañar que los índices de ansiedad y de depresión adquieran niveles mayores una vez que los jóvenes ingresan a la Universidad, en especial cuando se trata de carreras que implican altas demandas para ellos, como las del área de la salud. Degenhardt, Johnson, Klose & Peterson (2007) midieron depresión y ansiedad con el BDI y el BAI, en alumnos recién matriculados en una escuela de Medicina de Estados Unidos, concluyendo que su condición emocional se parecía a la de la población general, sin embargo, antes de iniciar su plan de estudios, ya reportaban preocupaciones de índole económica, cotidiana, académica y de manejo del tiempo.

Según Azzam et al. (2007), los estudiantes de Medicina representan una población que ha sido educada bajo presiones extraordinarias y múltiples factores estresantes, como la necesidad de aprender una gran cantidad de información en períodos cortos de tiempo, y el conocimiento de que al final de su formación serán directamente responsables de la salud y bienestar de los demás. El estilo cognitivo de la mayoría de ellos se centra en la percepción de la información concreta y en el uso práctico de esta, con un discernimiento lógico y objetivo, que se traduce en una actitud estructurada y ejecutiva ante la vida (Bitrán, Lafuente, Mena, Viviani & Zúñiga, 2004).

Por otra parte, García et al. (2007) señalan que la población universitaria - especialmente los estudiantes de la carrera de Medicina -es altamente susceptible de desarrollar trastornos afectivos de tipo depresivo, si las circunstancias psicosociales y biológicas lo favorecen. Para González et al. (2004), una de las causas principales del aumento en la tensión de estos jóvenes es el agotamiento nervioso y mental a lo largo de la carrera, agregando que al exceso de trabajo se añaden elementos emotivos, por lo que la posibilidad de enfrentarlos varía según cada individuo.

En Nigeria se ha encontrado la evidencia de que la falta de vacaciones, las huelgas recurrentes de la Facultad y la pobre relación con los profesores, constituyen importantes factores estresores para los estudiantes de Medicina y Odontología. Además, se ha reportado la existencia de una “cultura del abuso” que se encuentra profundamente arraigada en las carreras de la salud, y se basa en la falsa creencia de los profesores de que esto ayuda al aprendizaje de los alumnos. A su vez, se ha hablado de la necesidad de fortalecer el apoyo hacia los alumnos de estas carreras, especialmente durante los períodos de transición, con el fin de reducir la morbilidad psicológica (Bella et al., 2006).

En Chile, al medir estrés en varias carreras de la salud de la Universidad de Los Andes, se encontró que aquellas que obtuvieron mayores tasas fueron Medicina y Odontología, siendo el primer año de Medicina el que presentaba un mayor nivel de estrés (Cruz, Figueroa, Larraín, Lavín & Marty, 2005). Por otro lado, un estudio que centró su atención en la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile concluyó que existía una relación inversa entre las exigencias académicas y los niveles de estrés. Sin embargo, estos alumnos, por su alta capacidad intelectual, presentarían altas expectativas frente a sus planes de estudios, por lo cual niveles de exigencia muy bajos también podrían ser un factor estresante para ellos (Huaquín & Loaiza, 2004).

En cuanto al curso de los trastornos ansiosos y depresivos a lo largo de la carrera de Medicina, existen diversas opiniones, algunas de las cuales presentan divergencias entre sí. En un estudio de Estados Unidos se concluye que el desgaste es mayor en el primer año, bajando de manera gradual en los años siguientes (Degenhardt et al., 2007). No obstante lo anterior, otra investigación del mismo país afirma el potencial patogénico que supone la transición del aprendizaje de ciencias básicas a clínicas, argumentando que, cuando los alumnos empiezan a cuidar de pacientes enfermos, pueden experimentar un crecimiento de los síntomas de ansiedad y depresión (Azzam et al., 2007).

Según Bayona et al. (2005), las relaciones que establecen los profesionales del sector salud con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis, son eventos de intensa carga emocional, y en muchos casos tienen un desenlace negativo o fatal, que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional. En su investigación, llevada a cabo en Colombia, Bayona señaló que el personal de enfermería de un servicio de salud colombiano presentaba altos niveles de ansiedad. Además, el mantenimiento y

calidad de las relaciones afectivas correlacionó negativamente con el desarrollo del síndrome de estrés asistencial, también llamado Síndrome de Burnout.

### 3.2 Ansiedad y Depresión en estudiantes de Odontología

Algo similar ocurre en el caso de los estudiantes de Odontología, profesión altamente desgastante tanto física como psicológicamente. Entre los factores desencadenantes de estrés en la práctica odontológica se encuentra la rutina, la administración del consultorio, la soledad y los pacientes ansiosos y poco colaboradores, lo cual acarrea diversos daños a la salud del profesional, tales como cansancio, irritación, impaciencia, dificultad en la concentración y desánimo (Dossi et al., 2006).

También constituyen estresores las relaciones tensas entre los compañeros de trabajo y con el equipo auxiliar, los atrasos de los pacientes y la presión social para trabajar rápido y sin errores, situaciones que, si se prolongan en el tiempo, pueden aumentar la ansiedad y generar patologías como el Síndrome de Burnout (Díaz et al., 2001, en Dossi, 2006). Este último es descrito por Maslach (1982, citado en Acosta, Díaz & Lartigue, 2001) como: "Síndrome de fatiga emocional, de despersonalización, y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre personas que trabajan en contacto directo con pacientes o clientes" (p. 66). El mismo autor sostiene que surge a raíz de la tensión originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos, particularmente cuando tienen problemas, y que se manifiesta en la pérdida de tacto e interés y una actitud deshumanizada por parte del que ofrece la ayuda. Este síndrome tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales, entre los cuales algunos síntomas son la ansiedad y la depresión.

Un estudio longitudinal del Reino Unido (Kamali, Lowry & Newbury-Birch, 2002) revela que la prevalencia de ansiedad patológica en los estudiantes de Odontología fue más alta durante el último año de estudios. En esta investigación se utilizó la escala HAD para medir ansiedad y depresión en estudiantes de Odontología y Medicina, obteniéndose los siguientes resultados: con respecto a la ansiedad patológica, un porcentaje de 47% (2° año), 67% (5° año) y 16% (como dentistas titulados), comparado con un 47%, 26% y 30% respectivamente en la carrera de Medicina. Los índices de depresión en los estudiantes de Odontología fueron disminuyendo progresivamente (15%, 14% y 2%) en contraposición a los de medicina (4%, 5% y 10% respectivamente).

En estudios similares realizados en nuestro país, ambas carreras destacaron por su baja proporción de casos propensos a presentar un cuadro del área ansioso-depresiva, en una investigación realizada el año 1996 (17% en Odontología y 10% en Medicina), resultados que no habían sido esperados por los investigadores (Jerez et al., 1996). Una de las conclusiones de este estudio es la fuerte asociación entre la desestructuración y la disfunción familiar, y el riesgo de enfermar psíquicamente.

#### 4. Apoyo social como recurso para enfrentar cuadros ansioso-depresivos

Para esta investigación, resulta relevante indagar en el rol que juega el apoyo social en la salud mental de los estudiantes universitarios, transformándose en una de las variables a evaluar, debido a la evidencia encontrada respecto a la influencia que puede ejercer en el bienestar psicológico de las personas. Según Bagés et al. (2008): “El apoyo social puede darse a través de todos aquellos que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual proporciona un soporte emocional tangible” (p.740). La dimensión subjetiva de este fenómeno, como percepción y significado otorgado por el individuo a la presencia de dichos elementos, constituye un factor protector de la salud mental que ha sido ampliamente estudiado (Bagés et al., 2008). Por ejemplo, Carballeira et al. (2002) encontraron que los síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión grave correlacionan significativamente con un bajo apoyo social. Además, el grupo de estudiantes evaluados en esta investigación reportaron uno de los índices más bajos de percepción de apoyo social, en comparación con grupos que tenían otras ocupaciones.

Por otro lado, González et al. (2006) plantean: “Estudios científicos recientes han mostrado una asociación entre las relaciones sociales y la salud, y se ha encontrado que las personas más aisladas, tienen menor salud psicológica” (p.18). Existe evidencia de que la posibilidad de compartir un problema con otros y lograr ayuda para resolverlo promueve estados más satisfactorios de bienestar (Cornejo & Lucero, 2005). Debido a las relaciones existentes entre el apoyo social y la salud, es substancial conocer el apoyo social, ya que su manejo posibilita la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de diferentes problemas de salud, por ejemplo, fortaleciendo las relaciones intrafamiliares o potenciando grupos de autoayuda (Bellón et al., 1996).

Existen distintas posturas respecto del efecto que tiene el apoyo social en el bienestar de una persona. Algunos autores señalan que este tiene un efecto directo en la salud, actuando sobre el sistema inmunológico, neuroendocrino, o en algunas conductas específicas, como dejar de fumar, realizar ejercicio físico, entre otras. Otros afirman que ejerce un efecto indirecto en la salud mental, ya que su influencia estaría mediada por la promoción de recursos personales y habilidades de afrontamiento (Bovier, Chamot & Perneger, 2004). También hay quienes defienden el modelo amortiguador o moderador del apoyo social, argumentando que, ante circunstancias vitales percibidas como adversas, la suficiencia de apoyo puede contribuir a la salud mental, asegurando una autoevaluación positiva y amortiguando los síntomas depresivos (García, Martínez & Maya, 2001).

En este sentido, los resultados de una investigación llevada a cabo en China revelan que sólo en momentos de alto estrés el apoyo social es útil para reducir la depresión en un grupo de adolescentes (Cheng, 1997). Por último, diversos autores sugieren que su ausencia puede actuar como un estresor en sí mismo, influyendo de ese modo directamente sobre el estado de salud (Bellón et al., 1996). La ocurrencia y frecuencia de problemas de salud en los adolescentes se relaciona con el número de eventos estresantes, con el impacto de tales eventos, con el estrés percibido y con el ánimo depresivo.

En nuestro país, una investigación que examinó a estudiantes adolescentes de 14 a 18 años reportó que las situaciones amenazantes impactan más en las mujeres que en los hombres, lo cual podría deberse a la socialización diferencial entre ambos sexos, pues para las mujeres es más aceptable admitir que se han visto sobrepasadas emocionalmente por algún acontecimiento vital (Barra et al., 2006). Otro estudio también chileno realizado en adolescentes estudiantes de dos Liceos de Santiago, de 16 años como promedio de edad, señala esta diferencia de género, argumentando que los estilos de socialización influyen asimismo en la tendencia de las adolescentes a hablar más de sus síntomas depresivos que los hombres (Cumsille & Martínez, 1997). En el apartado “Uso de redes de apoyo social” de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (INE, 2006), el 11,2% de los sujetos informaron que rara vez o nunca tenían alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos. De este total, el 12,3% eran mujeres y el 10% eran hombres.



Así, el apoyo social funcional se refiere a un conjunto de aspectos cualitativos del apoyo, siendo estas funciones desempeñadas por lo que se conoce como red de apoyo, la cual corresponde a los aspectos estructurales o cuantitativos (tamaño, densidad, dispersión). Es por ello que no se debe confundir la red de apoyo con el apoyo social, ya que son dos conceptos distintos, y la existencia del primero no garantiza el segundo. Por ejemplo, conocer una gran cantidad de personas no significa necesariamente que se cuenta con la posibilidad real de compartir aquellos asuntos personales que son importantes para uno (Bellón, Delgado, Lardelli & Luna, 1996). Además, los hallazgos empíricos sostienen que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo social recibido (Carballeira, Ibáñez, López, Marrero & Matad, 2002), ya que la existencia de relaciones no es suficiente para observar los efectos positivos del apoyo, pues lo importante es la calidad de estas relaciones (Broadhead et al., 1988). Ahora bien, tanto la recepción como la percepción del apoyo social pueden verse afectadas por el estado emocional del sujeto (Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006), pues en Estados Unidos se ha encontrado que las personas deprimidas suelen ser más rechazadas en la interacción que las personas no deprimidas (Ragan, Randall & Stice, 2004).

Las fuentes de apoyo que más contribuyen a mitigar la depresión en situaciones de estrés son la familia (Jerez et al., 1996; Bermúdez et al., 2006) y los compañeros (Cheng, 1997). Por ejemplo, una investigación que evaluó mujeres adolescentes concluyó que el inicio de síntomas depresivos y depresiones mayores erosionaba el apoyo social percibido de los pares. Al intentar predecir la depresión a partir del apoyo social, en cambio, cobró especial relevancia el déficit en el apoyo parental percibido durante la adolescencia temprana, como factor de riesgo (Ragan et al, 2004). A partir de lo anterior, es posible suponer que la depresión y el apoyo social establecen una relación recíproca, ya que, como menciona Cheng (1997), los adolescentes con depresión pueden tener una mayor necesidad de dependencia interpersonal, debido a su percepción de desaprobación de sí mismos.

En el ámbito académico, el apoyo social podría además actuar como un potenciador en el logro de un desempeño satisfactorio de los estudiantes (Bagés et al., 2008). Una investigación realizada en Venezuela en 321 estudiantes de diversas carreras universitarias (de 20 años aproximadamente) concluye que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico.

También se encontró que los universitarios consideran a la familia como su principal apoyo y que existen diferencias de género en la percepción del apoyo social, ya que para las mujeres el apoyo de amigos se vuelve más relevante que para los hombres (Bagés et al., 2008).

Los resultados de una investigación realizada en estudiantes universitarios suizos, la mayoría menores de 25 años (Bovier et al., 2004), apoyan la hipótesis de que el apoyo social ejerce su efecto beneficioso mediante el fortalecimiento de los recursos internos y/o disminución de la percepción del estrés. La escala utilizada (Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11) exploró dos áreas del apoyo social: apoyo confidencial - disposición de información, consejo o guía o personas con quienes compartir problemas- y apoyo afectivo -amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos-, estando esta última más correlacionada con la salud mental (Bovier et al., 2004). Un estudio que analizó la validez y confiabilidad del mismo instrumento en España (Bellón et al., 1996), encontró que un bajo apoyo social estaba significativamente relacionado con la percepción de mala salud, la morbilidad crónica, desórdenes de la salud mental, vivir solo y tener un pobre funcionamiento familiar (medido a través de la escala familiar APGAR).

Un estudio que evaluó el perfil valórico de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera de Temuco en el año 2005 encontró que los alumnos valoraban en gran medida a su familia y a sus pares, priorizando el valor “Seguridad Familiar”; además sentían que pertenecían a una familia que les otorgaba apoyo en todo momento. Respecto a los dominios motivacionales que incluyen los diferentes valores, el que obtiene mayor puntuación fue el dominio de “Benevolencia” que comprende los valores de: sentido de pertenencia, amor maduro y amistad verdadera, confiable y honesta (Carrasco & Osses, 2005).

#### 4.1 Apoyo social en la carrera Odontológica

En el ambiente laboral, el apoyo social percibido de los compañeros de trabajo y empleadores es un importante recurso, ya que ayuda a las personas a tener una sensación de pertenencia e intimidad, a sentirse más valoradas y a tener mayores niveles de productividad (Berthelsen, Hjalmsen & Söderfeldt, 2008). Ahora bien, la Odontología fácilmente se convierte en un trabajo solitario, pese a que el dentista está rodeado de

gente durante todo el día. Por un lado, la relación con los pacientes es bastante compleja y, según Berthelsen et al (2008), no invita a la familiaridad. Además, estos últimos han ido adquiriendo un rol cada vez más activo en dicha relación, por lo cual los odontólogos han tenido que ir desarrollando habilidades para enfrentar situaciones conflictivas, tales como atender pacientes manipuladores, que manifiestan quejas, etc. Por otro lado, los asuntos propios del quehacer odontológico pueden ser de difícil entendimiento para la gente que no se dedica a esta área, lo cual hace esperable que la discusión acerca de estos temas se dé solamente con otros dentistas. Se ha reportado que los dentistas que trabajan solos son más propensos a altos niveles de agotamiento emocional y bajos niveles de logro personal (Berthelsen et al., 2008).

Una investigación que evaluó apoyo social percibido en 300 dentistas daneses (Berthelsen et al., 2008) señala que se percibe una disponibilidad de apoyo, ya que el 75% reportaron en alto grado tener un colega a quien ellos elegirían para conversar de una potencial queja. Sin embargo, sólo el 58% declaró que en muy bajo grado colaboraban con colegas cuando estaban atrasados. Por otra parte, se encontró que era más frecuente discutir sobre tratamientos difíciles que hablar acerca de la relación con los pacientes (58% v/s 40% respectivamente). También se evidenció que las mujeres percibían considerablemente más apoyo emocional que sus colegas hombres, lo cual indica una diferencia de género en cuanto a la profundidad con que se experimenta la percepción del apoyo de pares en el lugar de trabajo (Berthelsen et al., 2008).

En síntesis, se han expuesto antecedentes, en su mayoría de estudios empíricos, a partir de los cuales se puede afirmar que la preocupación por la salud mental de los estudiantes universitarios constituye un tema de interés, tanto en Chile como en otros países.

Las cifras presentadas dan cuenta de que los alumnos que estudian carreras del área de la salud son propensos a experimentar altas tasas de ansiedad y de depresión, producto de las excesivas demandas de sus planes de estudios y de otros factores personales que estarían interviniendo en el desarrollo de dichas psicopatologías. Se puede concluir también que las mujeres suelen puntuar más alto en la medición de ambos cuadros, lo cual pone en evidencia una importante diferencia de género. Con respecto a los cursos, existen divergencias, pues si bien algunos afirman que el potencial patogénico se encuentra en los primeros años de la carrera (Audin et al., 2006; Guavita et al., 2006;

Cruz et al, 2005; Degenhardt et al., 2007), otros se inclinan por la idea de que la atención de pacientes introduce un difícil desafío en términos emocionales (Azzam et al., 2007).

Por último, se vuelve fundamental indagar en posibles formas de abordaje, siendo la percepción de apoyo social un importante recurso que ha mostrado actuar como un factor protector de la salud mental en los momentos de mayor estrés, tanto a nivel académico como laboral.

### **III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo se manifiesta la ansiedad y la depresión en dos momentos del semestre diferenciados por las exigencias académicas, en los estudiantes de 1º a 5º año de Odontología de la Universidad de Chile; y cómo se relacionan estas variables con el género y el apoyo social percibido?

### **IV. OBJETIVOS**

#### **GENERALES**

- 1) Describir las variables ansiedad, depresión y apoyo social percibido en estudiantes universitarios de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile en dos momentos del semestre diferenciados por el número de exigencias propias del currículum académico.
- 2) Comprobar si las exigencias curriculares del programa de estudios de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile producen en sus estudiantes un aumento en los niveles de ansiedad y depresión.

#### **ESPECÍFICOS**

- 1) Medir las variables ansiedad y depresión en los cinco cursos de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile, en dos momentos del tiempo diferenciados por el número de exigencias académicas.
- 2) Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile de 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año en ambos momentos del semestre.

- 3) Determinar si el género femenino presenta un nivel mayor de sintomatología ansiosa y depresiva que el género masculino en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile en dos momentos distintos del semestre.
- 4) Establecer la correlación entre sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile en cada uno de los momentos del tiempo diferenciados por las exigencias curriculares.
- 5) Medir la variable percepción de apoyo social en los cinco cursos de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile en dos momentos distintos del semestre.
- 6) Determinar si la percepción de apoyo social de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile varía en el segundo momento de evaluación.
- 7) Establecer la correlación entre las variables ansiedad, depresión y apoyo social en los dos momentos de evaluación, controlando la influencia de cada una de ellas.
- 8) Aportar a la confiabilidad y validez de constructo del instrumento HADS.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis 1:**

La medición realizada en período de evaluación de conocimientos arrojará puntajes significativamente superiores en la escala de ansiedad a los puntajes obtenidos en la medición realizada a inicios del semestre en esta escala, en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile.

### **Hipótesis 2:**

La medición realizada en período de evaluación de conocimientos arrojará puntajes significativamente superiores en la escala de depresión a los puntajes obtenidos en la medición realizada a inicios del semestre en esta escala, en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile.

**Hipótesis 3:**

Existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad de los estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile en cada uno de los momentos de evaluación.

**Hipótesis 4:**

Existen diferencias significativas en el nivel de depresión de los estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile en cada uno de los momentos de evaluación.

**Hipótesis 5:**

El género femenino presenta un mayor nivel de sintomatología ansiosa respecto del género masculino en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, en ambos momentos de evaluación.

**Hipótesis 6:**

El género femenino presenta un mayor nivel de sintomatología depresiva respecto del género masculino en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, en ambos momentos de evaluación.

**Hipótesis 7:**

Las variables sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva se encuentran correlacionadas de manera directa y significativa en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile.

**Hipótesis 8:**

La percepción de apoyo social no varía significativamente en los dos momentos del semestre en que los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile se ven expuestos a distinta presión académica.

**Hipótesis 9:**

Las variables depresión y apoyo social se encuentran relacionadas de manera inversa y significativa al controlar la influencia de la variable ansiedad, en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile.



## V. METODOLOGÍA

### DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

#### CONCEPTUAL

**Ansiedad:** Arrolladora sensación de intranquilidad, aprensión o preocupación. Se presenta como una reacción normal al estrés, o también puede ser parte de un problema mayor (C. Berne, comunicación personal, 15 de Diciembre de 2009). La subescala de ansiedad de la HADS se centra en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, angustia).

**Depresión:** Estado mental persistente y generalizado, caracterizado por sentimientos de tristeza o desesperanza (C. Berne, comunicación personal, 15 de Diciembre de 2009). La subescala de depresión de la HADS se centra en la anhedonia, o pérdida de la capacidad para experimentar placer (disfrute, risa, alegría, ilusión), torpeza, desinterés por el aspecto personal.

**Apoyo Social:** En esta investigación se entenderá apoyo social como “apoyo social funcional percibido”, es decir, los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social. Se ha demostrado que la calidad del apoyo social es un mejor predictor de la salud y bienestar que el número de amigos o la frecuencia de visitas, las llamadas “medidas estructurales” (Broadhead et al., 1988). Según los autores del cuestionario DUFSS, luego de llevar a cabo su validación, el apoyo social incluye dos dimensiones: Apoyo Confidencial y Apoyo Afectivo. La primera consiste en la disposición de información, consejo o guía, o personas con quienes compartir problemas; y la segunda corresponde al amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos (Broadhead et al., 1988).

#### OPERACIONAL

**Ansiedad:** Puntaje obtenido en la subescala de ansiedad de la HADS.

**Depresión:** Puntaje obtenido en la subescala de depresión de la HADS.

**Apoyo social:** Puntaje obtenido en el cuestionario DUFSS.

## **ENFOQUE**

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental. Es cuantitativa, porque se centra en los aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de los fenómenos (Wenk, 2007). Es descriptiva, debido a que busca especificar las propiedades relevantes de este grupo, midiendo de manera precisa el fenómeno de la ansiedad, la depresión y el apoyo social. Además es correlacional, pues se pretende también evaluar el grado de relación que existe entre dichas variables, en este contexto particular.

Por último, corresponde a un estudio transversal y longitudinal, ya que si bien la mayoría de los objetivos se responderán a partir de la medición en un punto determinado del tiempo, interesa también caracterizar y comparar los datos recolectados en dos momentos distintos. Esta información será extraída del mismo grupo de personas que coincidan en ambas oportunidades (muestra PRE-POST), por lo que será un estudio longitudinal de tipo panel (Baptista, Fernández y Hernández, 2003).

## **MUESTREO**

La población está conformada por todos los alumnos y alumnas de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile. Las unidades de análisis corresponden a los estudiantes de 1º, 2º, 3º, 4º, y 5º año de esta carrera. El criterio de inclusión de la muestra fue estar cursando alguna de las asignaturas de estos cursos, durante el segundo semestre del año 2009.

El muestreo es de tipo no probabilístico, accidental o errático. El número de la muestra se obtuvo a partir de los estudiantes que quisieran participar voluntariamente de esta investigación al momento de asistir a los cursos, y fue igual a 440 sujetos, correspondientes al 76,16% del total de alumnos matriculados de 1º a 5º año (579

sujetos). Cabe destacar que en cada uno de los cursos, se contó con más del 60% de los alumnos para incluir la muestra, por lo cual se puede afirmar que la muestra es representativa del colectivo.

## **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **HADS**

La “Hospital Anxiety and Depression Scale” es una herramienta simple, breve y eficaz que fue creada por Snaith & Zigmond (1983) ante la necesidad de evaluar el papel que tiene lo psíquico en la práctica de medicina general. Ellos diseñaron esta escala como un instrumento que busca clasificar el modo en que la neurosis contribuye al sufrimiento del paciente, ya que algunas veces el desorden emocional es resultado del estrés causado por una enfermedad física, o bien los síntomas somáticos que conducen a los individuos a consultar pueden ser una manifestación de estados ansiosos o depresivos sin base en una patología orgánica. Fue construida a partir de los datos suministrados por cien pacientes ambulatorios de ambos sexos con edades entre 16 y 65 años que estaban esperando para ser atendidos en el Hospital St. James (Leeds, Yorkshire, Inglaterra) y complementada con la información obtenida a partir de entrevistas psiquiátricas.

Snaith & Zigmond (1983) decidieron que esta escala podía ser limitada a los dos aspectos más comunes de la neurosis presentados en la práctica hospitalaria no psiquiátrica: ansiedad y depresión. Es así como la HADS se centra en la detección de síntomas de dichos cuadros, además de ser una medición válida de la severidad del desorden emocional. Los autores de este instrumento quisieron que los puntajes de los sujetos en cada subescala no fueran afectados por las condiciones médicas generales coexistentes, por lo que los ítems que indagaban en síntomas como mareos, pérdida de peso, insomnio y dolores de cabeza, fueron eliminados, quedando solamente aquellos ítems que estuvieran basados en los síntomas psíquicos de la neurosis (Snaith & Zigmond, 1983). Snaith (1992) señala que, pese a ser una escala “hospitalaria”, puede ser usado también en trabajo comunitario, entregando una distinción entre el concepto de depresión y el de ansiedad.

El objetivo de los creadores de esta escala fue que el sujeto evaluara su estado actual de ánimo, no obstante, para prevenir que el paciente tomara esta instrucción de manera demasiado literal y su estado, especialmente el ansioso, se elevara durante la aplicación, el paciente era instruido para contestar de acuerdo a cómo se había estado sintiendo durante la semana anterior a la evaluación (Snaith & Zigmond, 1983). Para efectos del presente estudio, esto fue modificado al “último mes”, debido a que la primera medición se efectuó después de que los alumnos tuvieran dos semanas de vacaciones, lo cual podía alterar los resultados de la investigación.

La Hospital Anxiety and Depression Scale corresponde a un instrumento autoaplicado, constituido por 14 ítems, que posee una subescala de ansiedad de 7 ítems (HAD-A) y una subescala de depresión de 7 ítems (HAD-D). Esta última se centra en evaluar la pérdida de respuesta al placer (anhedonia), pues según los autores es la característica psicopatológica central de la depresión, como un estado a menudo de origen biológico y, por tanto, susceptible de responder a la medicación antidepresiva (Snaith & Zigmond, 1983; Snaith, 1992). Por otro lado, los ítems que componen la HAD-A fueron elegidos a partir de un estudio acerca de la medición y caracterización de los síntomas psiquiátricos (Cooper, Sartorius & Wing, 1974, en Snaith & Zigmond, 1983) y de la investigación de los mismos autores en torno a las manifestaciones psíquicas de la neurosis de ansiedad (Snaith & Zigmond, 1983).

El sujeto contesta a cada ítem utilizando una escala tipo Likert -él mismo evalúa sus síntomas – en la que algunas veces se hace referencia a la intensidad del síntoma y otras veces a la frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso) (Snaith & Zigmond, 1983). La opción de 4 respuestas para cada ítem fue adaptada, con el fin de evitar que el sujeto optara por un grado medio para todos los ítems (Snaith & Zigmond, 1983). Algunas afirmaciones tienen una dirección favorable o positiva hacia la ansiedad o depresión (A1, A2, A3, D4, A5, D5, A6, A7), mientras otros ítems califican desfavorablemente a la ansiedad o depresión (D1, D2, D3, A4, D6, D7) (Baptista, Fernández & Hernández, 2003; Snaith & Zigmond, 1983).

La versión original de la HADS es de una sola hoja y con un dispositivo incorporado de puntuación. El tiempo requerido para completar el cuestionario es de 2 a 5 minutos aproximadamente (Snaith, 2003). El cuestionario ha sido traducido a una

variedad de idiomas como: Español, Francés, Alemán, Neerlandés, Noruego, Sueco, Italiano, Cantonés, Árabe, Israelí, Urdu, Chino y Japonés (Snaith & Zigmond, 1983; Snaith, 1992).

#### Corrección e Interpretación de los Puntajes:

Se utilizará la interpretación recomendada por los autores de la HADS, quienes, a partir de los puntajes brutos en ambas escalas, establecen las siguientes categorías (Snaith & Zigmond, 1983, citado en Bascarán, Bobes, Bousoño, García-Portilla, Parellada & Sáiz, 2008):

0-7=Normalidad

8-10=Caso Probable

11-21=Caso de Ansiedad o de Depresión

Tanto para la subescala de ansiedad como para la subescala de depresión, la puntuación se obtiene sumando los puntajes obtenidos por los sujetos en cada uno de los ítems que las conforman. Cabe señalar que dichos puntajes de corte entregan información fidedigna, debido a que, por tratarse de una escala Likert, los sujetos respondían la HADS de acuerdo a su propia apreciación con respecto a las variables, por lo que pusieron en evidencia sus propios estados anímicos.

#### **ESTUDIOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA HADS**

Si bien la HADS fue diseñada para ser usada en contextos hospitalarios, estudios realizados en todo el mundo han confirmado que también es válida cuando se utiliza en ambientes comunitarios y muestras de la población general (Bjelland et al, 2002, citado en Andrews, Hejdenberg & Wilding, 2006; Arostegui, Bilbao, Esteban, Padierna, Quintana & Ruiz, 2003; Crawford, Crombie, Henry & Taylor, 2001; Dahl, Mykletun & Stordal, 2001), además de haber sido validada para su uso en adultos mayores y adolescentes (Snaith, 1992, 2003). Según Snaith (2003), además de confirmarse la validez de la HADS en el contexto para el cual fue diseñada, se ha demostrado que es un instrumento útil en otras áreas de la práctica clínica.

A partir de los cien pacientes evaluados por Snaith & Zigmond (1983), los puntajes de corte establecidos por los autores (usados también en el presente estudio)

demonstraron distinguir de manera precisa entre los casos, probables casos y no casos de ambos cuadros. Estas tres clasificaciones producían los mejores resultados, arrojando para la subescala de depresión un 1% de falsos positivos y un 1% de falsos negativos, mientras que para la subescala de ansiedad arrojaron un 5% de falsos positivos y un 1% de falsos negativos (Snaith & Zigmond, 1983).

La consistencia interna de las dos subescalas, obtenida a partir de las correlaciones Spearman entre cada ítem y el puntaje total de los ítems restantes en la subescala osciló entre  $r=0,76$  y  $r=0,41$  para ansiedad ( $p<0,01$ ) y entre  $r=0,60$  y  $r=0,30$  para la depresión ( $p<0,02$ ), con un ítem débil ( $r=0,11$ ), que fue sacado. Para equilibrar ambas escalas, el ítem más débil de la subescala de ansiedad también fue removido (Snaith & Zigmond, 1983).

Para determinar si los puntajes de ambas subescalas podían ser usados como indicadores de la severidad de la depresión y ansiedad, se calcularon correlaciones Spearman entre los resultados de la subescala y las puntuaciones en entrevistas psiquiátricas. Los resultados para la depresión fueron  $r=0,70$  y para la ansiedad  $r=0,74$ . Ambas cifras son significativas ( $p<0.001$ ) y se concluyó que los resultados de la subescala podían justificadamente ser usados como mediciones de la severidad. Por lo tanto, la repetida administración de la escala en posteriores visitas a la clínica darán útil información al médico acerca del progreso del paciente (Snaith & Zigmond, 1983).

Los autores también encontraron que las dos subescalas efectivamente miden diferentes aspectos del desorden del ánimo y que las puntuaciones en la escala no se ven influidas por la salud física. Así, los pacientes con enfermedades somáticas, que no eran evaluados con un trastorno de ánimo, tenían puntuaciones similares a las de la submuestra constituida por aquellos que no presentaban ni ansiedad ni depresión clínicamente significativa, lo cual indica que sus puntuaciones no se veían afectadas por la enfermedad física (Snaith & Zigmond, 1983).

Crawford et al. (2001) encontraron una correlación moderada entre las escalas de ansiedad y depresión ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ), además de demostrar que ambas tenían una buena validez discriminante y una confiabilidad evaluada con Alfa de Cronbach de 0,82 y 0,77 respectivamente. Por otro lado, Dahl et al. (2001) proponen una solución de dos factores que explica el 57% de la varianza, señalando que ambas escalas son

internamente consistentes, con un Alfa de Cronbach de 0,80 en ansiedad y 0,76 en depresión.

Una investigación que realizó la validación española del instrumento (Blanch, Bulbena, De Pablo, Herrero, Peri & Pintor, 2003) estableció que la escala HADS es un instrumento confiable y válido para detectar trastornos psiquiátricos en pacientes ambulatorios. Se determinó que el cuestionario posee una buena consistencia interna, medida por Alfa de Cronbach, con puntajes de 0,90 para la escala total, 0,84 para la subescala de depresión y 0,85 para la subescala de ansiedad. Los valores son superiores a 0,80, lo que sugiere que los ítems son interdependientes y homogéneos en términos del constructo medido. La correlación entre las dos subescalas, evaluada mediante el Coeficiente de Pearson, fue de  $r=0,68$  ( $p<0,001$ ). Cada subescala mostró una correlación significativa con la escala total (ansiedad  $r=0,92$ , depresión  $r=0,91$ ). Tras hacer un análisis que exploraba sus principales componentes, se encontró evidencia para una solución de dos factores, los cuales explican el 53,2% de la varianza total, porcentaje esperable en los cuestionarios de este tipo. El Factor I corresponde a la subescala de ansiedad y el Factor II al de depresión. Por tanto, la estructura teórica del cuestionario se confirma. Además, posee una buena validez externa, con una sensibilidad y especificidad favorables, con estadísticas similares o mejores que en estudios anteriores que usaron la versión original en inglés de la HADS (Blanch et al., 2003).

Con respecto a las validaciones españolas, Tejero et al. (1986) aplicaron la HADS a una muestra de 66 pacientes psiquiátricos, obteniendo una correlación de 0,59 entre las subescalas de ansiedad y depresión. Respecto a la validez, algunos autores (Caci, Bayle, Dossios, Robert & Boyer, 2003 citados en Karagozoglu, 2005; Beck y Steer 1993, citados en Karagozoglu, 2005; Arapaslan, Soykan & Kumbasar 2004, citados en Karagozoglu, 2005) han encontrado correlaciones significativas entre los puntajes de la HADS y la STAI (escala que mide estado y rasgo de ansiedad). Además, Karagozoglu et al. (2005) encontraron que la depresión correlacionaba en mayor grado con la escala rasgo de ansiedad (0,64) que con la escala estado de ansiedad (0,52) de la STAI.

Por otro lado, un estudio llevó a cabo la evaluación de las características psicométricas de la versión española de la HADS, aplicándola a una muestra de pacientes externos con distintos diagnósticos de un hospital de Bizkaia, España, y a un grupo control. Las diferencias entre los puntajes en el HADS de los grupos de diagnóstico y

grupos controles fueron estadísticamente significativas para todos los grupos en el área de la depresión, y sólo para algunos en el área de la ansiedad. El grupo control mostró un alto nivel de ansiedad, lo cual según los autores puede ser atribuido a que este grupo estuvo compuesto mayormente por estudiantes, y parte del estudio fue realizado en el semestre de evaluaciones (Arostegui et al., 2003).

Además, en esta investigación hispana se estableció que la confiabilidad test-retest de este instrumento era superior a 0,85 y la consistencia interna, evaluada con el Alfa de Cronbach, también era alta (0,86 para cada subescala en todos los grupos). Por grupo, todos los valores de Alfa de Cronbach fluctuaron entre 0,80 y 0,86, excepto el grupo control de depresión (0,74). A partir del análisis factorial, se encontró una clara estructura de dos factores para todos los grupos, y también una alta validez concurrente, pues la HADS presentaba correlaciones significativas y directas con el Inventario de Depresión de Beck, con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger y con el SF-36 (Short Form Health Survey). La validez de constructo evaluada a partir de la correlación ítem-subescala mostró en todos los ítems mayor correlación con su factor que con el opuesto (en los de ansiedad fue sobre 0,46 con su factor y en los de depresión fue sobre 0,61). La varianza explicada osciló entre 47,2 y 54,5 (en dos de los grupos) y 55,4 para el grupo entero. La correlación del Factor 1 (ansiedad) con el Factor 2 (depresión) fue entre 0,42 y 0,57 en algunos grupos, y 0,59 para la muestra entera. La relación entre el factor de ansiedad de la HADS y la STAI fue de 0,68, y entre el factor de depresión de la HADS y el BDI fue de 0,71. Tanto la ansiedad como la depresión tuvieron mayor correlación con los componentes psíquicos que físicos del SF-36 (vitalidad, funciones sociales, rol emocional) y con la escala sumativa mental, con un coeficiente de correlación de Pearson sobre 0,77 (Arostegui et al., 2003).

Los autores de esta investigación señalan que el cuestionario provee información sobre la situación psicológica de los pacientes, discrimina entre los síntomas de ansiedad y depresión, y efectivamente no mide síntomas físicos.

En cuanto a la aplicación de la HADS en poblaciones de estudiantes, Andrews, Hejdenberg & Wilding (2006) compararon los resultados de esta escala con entrevistas estructuradas del DSM IV (SCID), concluyendo que la subescala de depresión es un indicador exacto de condiciones depresivas en estudiantes universitarios en el puntaje de corte recomendado por los autores, no obstante, la subescala de ansiedad sobreestimaría



el grado de ansiedad clínica. La consistencia interna, usando el Alfa de Cronbach, para la subescala de ansiedad fue de 0,82 en ambas muestras de encuestas y entrevistas; y para la subescala de depresión, 0,74 y 0,73 para las respectivas muestras (Andrews et al., 2006).

## **DUFSS**

El Duke University North Carolina Functional Social Support Questionnaire fue diseñado por Broadhead, De Gruy, Gehlbach y Kaplan (1988) con el propósito de medir de manera breve, confiable y válida el Apoyo Social Funcional, a raíz de la evidencia encontrada acerca de que la calidad, más que la cantidad de apoyo, ejerce un efecto beneficioso sobre la salud. Dicha dimensión del apoyo incluye el establecimiento de vínculos confiables, junto con recibir expresiones positivas de afecto, elogios y ayuda concreta (Broadhead et al., 1988). Los autores extrajeron aquellos ítems que se referían a sexo, estado civil, tamaño de la familia, edad, raza, empleo, domicilio y actividades comunitarias, para evitar confusiones. Esta escala fue validada en pacientes de un Centro de Medicina Familiar de Durham, en Carolina del Norte (EEUU).

Corresponde a un instrumento autoaplicado que originalmente pretendía realizar una evaluación multidimensional del Apoyo Social, por lo que sus 14 ítems se encontraban agrupados en 4 subescalas: Cantidad de Apoyo, Apoyo Confidencial, Apoyo Afectivo y Apoyo Instrumental (Broadhead et al., 1988). No obstante, tras la validación del instrumento, este quedó reducido a 8 ítems, distribuidos en dos dimensiones: Apoyo Confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y Apoyo Afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Sin embargo, dos validaciones españolas han optado por la versión de 11 ítems, la misma que es utilizada en el presente estudio (Bellón, Delgado, Lardelli y Luna, 1996).

El sujeto contesta el instrumento usando una escala tipo Likert, en la cual las opciones de respuesta están en una escala de 5 puntos, que van de 1 (mucho menos de lo que quisiera) a 5 (tanto como quisiera) (Broadhead et al., 1988). Los 11 ítems que componen este cuestionario tienen una dirección favorable o positiva hacia el apoyo social percibido (Fernández et al., 2003). El método de administración del cuestionario puede ser a través de entrevista o autoaplicado, y el tiempo de administración es de aproximadamente 5 minutos.

### Corrección e Interpretación de los Puntajes:

En este estudio se ha optado por utilizar el puntaje de corte sugerido por la validación española de este instrumento, según la cual los sujetos con un puntaje  $\leq 32$  presentan un apoyo social bajo y quienes obtengan un puntaje superior a 32 presentarán un apoyo social normal (Bellón et al., 1996). Los resultados del cuestionario son un reflejo del apoyo social percibido, por lo tanto, a menor puntuación, menor percepción de apoyo social.

### **ESTUDIOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL DUFSS**

El DUFSS fue construido a partir de los datos suministrados por 401 pacientes de un servicio de cuidado primario seleccionados al azar, en su mayoría de sexo femenino, de raza blanca, profesionales, casados, que trabajaban y que vivían con otras personas (Broadhead, et al. 1988).

Los 14 ítems originales del instrumento fueron derivados de un gran cuestionario que estuvo basado en la revisión de la literatura para la validez de contenido y había sido pretestado en otros centros de medicina familiar (Broadhead, et al. 1988, 1989). Las puntuaciones promedio para los 14 ítems de apoyo social fluctuaron entre 3.54 y 4.34 en una escala de 5 puntos. A partir del cálculo de la confiabilidad test-retest en 22 de los 401 sujetos participantes, con un intervalo promedio de 13,1 días, el cuestionario quedó reducido a 11 ítems, los cuales tuvieron una correlación promedio test-retest (evaluada mediante el coeficiente de Pearson) de 0,66 (Broadhead, et al. 1988, 1989).

Además, otros tres ítems (los tres primeros de la versión utilizada en este estudio) fueron eliminados por ser ítems únicos y no poder incluirse en las dos dimensiones principales de la escala (apoyo afectivo y apoyo confidencial). A partir del análisis factorial y las correlaciones con otras mediciones de apoyo social, los autores plantean que estos ítems (visitas, apoyo instrumental y elogios) son entidades distintas que pueden requerir estudios adicionales. Por ello, desaconsejan la versión de 11 ítems y sugieren ser muy cuidadoso en caso de usarla (Broadhead et al., 1988).

Las dimensiones apoyo afectivo (tres ítems) y apoyo confidencial (cinco ítems) cumplen los criterios para la validez aparente, la validez concurrente, la validez de contenido, la validez discriminante y la validez de constructo. La consistencia interna fue

evaluada a través de las correlaciones ítem-test, obteniéndose para el apoyo confidencial y el apoyo afectivo un promedio de 0,62 y 0,64 respectivamente. Para el análisis factorial, se determinó un puntaje de corte de 0,50 como criterio de inclusión de cualquier variable en un determinado factor. Los ítems de apoyo instrumental tuvieron la consistencia interna más pobre y no se configuraron juntos en un único factor (Broadhead et al. 1988).

La validez de constructo se demostró mediante la relación con las dimensiones del estado de salud general, medida a través de la Duke-UNC Health Profile. La mayor parte de los ítems obtuvieron correlaciones significativas con tres de las cuatro subescalas de este cuestionario. Con respecto a la relación del DUFSS con otras mediciones de apoyo social, el apoyo afectivo y el apoyo confidencial están significativamente correlacionados con la subescala de contactos sociales del Cuestionario Rand Social Activities, y dos mediciones de la función social a partir del Duke-UNC Health Profile. El ítem único referido a los elogios está significativamente correlacionado con las mismas tres mediciones y la subescala “Participación en grupos” del Rand Questionnaire. El ítem que indaga en recibir visitas correlaciona bien con “Contactos Sociales” y “Socializar con otra gente”. El apoyo instrumental está correlacionado sólo con “Socializar con otra gente”. Por otra parte, las bajas correlaciones del apoyo afectivo y confidencial con “Participación en grupos” sugieren una buena validez discriminante, pues ambos tipos de apoyo son entendidos como mediciones funcionales o cualitativas, por lo cual se asocian más fuertemente con escalas que tienen componentes cualitativos más que cuantitativos (Broadhead et al., 1988).

Por último, la confiabilidad y validez de la escala de 11 ítems son respaldadas por Bellón et al. (1996), quienes tras aplicar este cuestionario en 656 pacientes de un centro médico de España, concluyen que este es válido y confiable en poblaciones urbanas de ese país, y el bajo costo en tiempo de administración aumenta la eficiencia del instrumento. La consistencia interna, medida a través del Alfa de Cronbach, fue de 0,90 para la escala total, 0,88 para la subescala de apoyo confidencial y 0,79 para la subescala de apoyo afectivo. El análisis factorial replicó los resultados de Broadhead et al. (1988), al agruparse los ítems en dos factores: Apoyo Confidencial (7 ítems) y Apoyo Afectivo (4 ítems), los cuales explicaron el 60,9% de la variabilidad.

## PROCEDIMIENTO

Para recolectar los datos, se seleccionaron las herramientas para cumplir con los objetivos del estudio. Se administró una batería de instrumentos (ver Anexo n°1, página 77), que contenía los cuestionarios HADS y DUFSS, los cuales fueron aplicados en dos oportunidades durante el segundo semestre académico del año 2009.

La primera medición se llevó a cabo durante la última semana de Julio y la primera semana de Agosto del 2009, correspondientes al inicio del segundo semestre, período sin mayores exigencias académicas para los estudiantes. La segunda medición se realizó durante las dos primeras semanas de Octubre del mismo año, momento en el cual los alumnos se encontraban en pleno período de evaluación de conocimientos.

En ambas ocasiones se ingresó a las salas de clases, laboratorios y clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, contando con la aprobación de los docentes que estuvieran a cargo de cada curso en ese horario de clases. Previamente, se había contactado a dichos profesores para manifestarles las razones del estudio, quienes facilitaron el acceso a la muestra.

Luego de explicar a los estudiantes el motivo de la investigación, se les hizo entrega de ambos cuestionarios, acompañados de un Consentimiento Informado, en el cual se expresaban en mayor detalle aspectos relacionados con la confidencialidad del estudio y el carácter voluntario de su participación. Los sujetos tardaron aproximadamente 15 minutos en leer el Consentimiento Informado y responder la batería de instrumentos. Posteriormente, se les agradeció por haber colaborado en el estudio, subrayando que su aporte era muy valioso.

El análisis de datos se llevó a cabo entre enero y abril del año 2010. Para efectuar el análisis, se utilizó la versión 15.0 del programa SPSS, a través de estadísticos descriptivos, coeficientes de correlación y pruebas no paramétricas. Por último, se llevó a cabo un estudio de confiabilidad y validez del instrumento HADS, calculado a partir del alfa de Cronbach y análisis factorial respectivamente.

## VI. RESULTADOS

Antes de presentar los hallazgos obtenidos, se expondrán los estadísticos descriptivos correspondientes a las cuatro muestras que se extrajeron para llevar a cabo los análisis. El total de personas evaluadas fue de 440 sujetos (muestra TOTAL). Hubo 293 sujetos en la primera medición, que serán llamados muestra PRE, y 344 sujetos en la segunda medición (período de mayores exigencias académicas), que serán llamados muestra POST. Hubo pérdida de casos entre la primera y la segunda medición, ya que no todos los sujetos evaluados en la muestra PRE fueron evaluados en la muestra POST. Por lo tanto, el total de sujetos que coincidieron en ambas oportunidades es de 197 (muestra PRE-POST).

Las edades de los sujetos, en todas las muestras, fluctuaron entre 18 y 34 años. En la muestra TOTAL la edad promedio fue 21,64 años, con una DS=2,70; en la muestra PRE, la edad promedio fue 21,42, con una DS=2,66; en la muestra POST, la edad promedio fue 21,73, con una DS=2,76. Por último, en la muestra PRE-POST, la edad promedio fue 21,47, con una DS=2,76. La distribución por género y curso en cada una de las muestras es presentada en las Tablas nº 1 y nº 2. Las frecuencias y porcentajes de cada curso separadas por género, en la muestra PRE y en la muestra POST, aparecen en las Tablas nº 17 y nº 18 del apartado Anexos (pág. 82).

Tabla nº 1

### Frecuencias y Porcentajes por Género

Género	Muestra TOTAL		Muestra PRE		Muestra POST		Muestra PRE-POST	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Masculino</b>	186	42,3	118	40,3	141	41	73	37,1
<b>Femenino</b>	254	57,7	175	59,7	203	59	124	62,9
<b>Total</b>	440	100,0	293	100,0	344	100,0	197	100,0

Tabla nº 2

**Frecuencias y Porcentajes por curso**

Curso	Muestra TOTAL		Muestra PRE		Muestra POST		Muestra PRE-POST	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1°	106	24,1	80	27,3	88	25,6	62	31,5
2°	65	14,8	43	14,7	40	11,6	18	9,1
3°	86	19,5	59	20,1	76	22,1	49	24,9
4°	112	25,5	62	21,2	90	26,2	40	20,3
5°	71	16,1	49	16,7	50	14,5	28	14,2
<b>Total</b>	440	100,0	293	100,0	344	100,0	197	100,0

A continuación se darán a conocer los resultados obtenidos por los estudiantes de todos los cursos en las variables ansiedad y depresión en cada uno de los momentos en que fueron evaluados (muestra PRE y muestra POST). Posteriormente, se relacionarán estos hallazgos con otras variables, tales como curso, género y apoyo social. Todos los resultados correspondientes a ansiedad y depresión se entregarán en función de las categorías “casos de ansiedad” y “casos de depresión” propuestas por los autores del HADS<sup>2</sup>. Para ver los porcentajes de las otras categorías, ir a la Tabla nº 19 del apartado Anexos (pág. 82). En relación al Objetivo General 1, la medición del nivel de ansiedad reportado por los alumnos en la primera oportunidad fue de 37,5%, mientras que en la segunda oportunidad este correspondió al 45,9%. Por otro lado, el nivel de depresión informado por los estudiantes en la primera evaluación fue de 7,8%, mientras que en la segunda evaluación fue de 9,9%. Se puede observar un incremento en el porcentaje de casos en ambas variables, como se esperaba.

Para probar empíricamente si las presiones académicas producen un aumento en el nivel de ansiedad y depresión (Objetivo General 2), se consideró a los sujetos que coincidieron en ambos momentos de evaluación (muestra PRE-POST). Se utilizó la Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, para realizar comparaciones entre la primera y la segunda medición en estas variables. A partir de este cálculo y con un  $\alpha = 0,05$  se puede afirmar que existen diferencias significativas para la ansiedad ( $z = -3,205$ ;  $p = -0,001$ ),

<sup>2</sup> Ver Corrección e Interpretación de los Puntajes, página 30.

sin embargo, no se aprecian diferencias significativas para la variable depresión ( $z=-0,435$ ;  $p=0,664$ ). Por lo tanto, se acepta la Hipótesis 1 y se rechaza la Hipótesis 2, ya que en el segundo momento de evaluación se presentó un aumento en los niveles de ansiedad, no ocurriendo lo mismo en el caso de la depresión (Ver Tabla nº 20 y Tabla nº 21 en Anexos, pág. 83).

En las siguientes tablas (Tabla nº 3, Tabla nº 4, Tabla nº 5 y Tabla nº 6) se presenta la distribución de las dos variables medidas en los cinco cursos en ambos momentos, comenzando con la ansiedad y continuando con la depresión, lo cual está dando cuenta del Objetivo Específico 1 de este estudio. Se detalla el rango en que estas variables se presentan, destacándose los dos cursos en los cuales se observa una mayor proporción de casos de ansiedad o de depresión.

Tabla nº 3

**Frecuencias y Porcentajes de Ansiedad PRE**

Categorías	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Normalidad</b>	21	26,3	24	55,8	20	33,9	16	25,8	17	34,7
<b>Caso Probable</b>	31	38,8	10	23,3	15	25,4	12	19,4	17	34,7
<b>Caso de Ansiedad</b>	28	35,0	9	20,9	24	<b>40,7</b>	34	<b>54,8</b>	15	30,6
<b>Total Válidos</b>	80	100,0	43	100,0	59	100,0	62	100,0	49	100,0

Tabla nº 4

**Frecuencias y Porcentajes de Ansiedad POST**

Categorías	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Normalidad</b>	33	37,5	14	35,0	20	26,3	13	14,4	14	28,0
<b>Caso Probable</b>	26	29,5	16	40,0	14	18,4	22	24,4	14	28,0
<b>Caso de Ansiedad</b>	29	33,0	10	25,0	42	<b>55,3</b>	55	<b>61,1</b>	22	44,0
<b>Total Válidos</b>	88	100,0	40	100,0	76	100	90	100,0	50	100,0

Tabla nº 5

## Frecuencias y Porcentajes de Depresión PRE

Categorías	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Normalidad</b>	60	75,0	36	83,7	38	64,4	31	50,0	36	73,5
<b>Caso Probable</b>	12	15,0	2	4,7	17	28,8	28	45,2	10	20,4
<b>Caso de Ansiedad</b>	8	<b>10,0</b>	5	<b>11,6</b>	4	6,8	3	4,8	3	6,1
<b>Total Válidos</b>	80	100,0	43	100,0	59	100,0	62	100,0	49	100,0

Tabla nº 6

## Frecuencias y Porcentajes de Depresión POST

Categorías	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Normalidad</b>	66	75,0	32	80,0	43	56,6	54	60,0	36	72,0
<b>Caso Probable</b>	15	17,0	5	12,5	23	30,3	27	30,0	9	18,0
<b>Caso de Ansiedad</b>	7	8,0	3	7,5	10	<b>13,2</b>	9	<b>10,0</b>	5	<b>10,0</b>
<b>Total Válidos</b>	88	100,0	40	100,0	76	100,0	90	100,0	50	100,0

Cabe destacar que los cursos que reportaron mayores niveles de ansiedad en ambas oportunidades fueron 3º y 4º año.

En relación al Objetivo Específico 2, se llevaron a cabo dos procedimientos estadísticos; por una parte, se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis para comparar la sintomatología ansiosa y depresiva entre los cinco cursos de manera global ( $\alpha=0,05$ ), y por otra, la Prueba U de Mann-Whitney, con el fin de realizar una comparación más acabada entre los cursos y conocer entre cuáles de ellos existen diferencias significativas. En primer lugar se expondrán los resultados para la variable ansiedad, y en segundo lugar, aquellos correspondientes a la variable depresión.

Al comparar la ansiedad de manera global entre los cursos, con la Prueba de Kruskal-Wallis, se encuentran diferencias significativas, tanto en la muestra PRE (chi cuadrado=10,274 y  $p=0,036$ ) como en la muestra POST (chi cuadrado=17,625 y  $p=0,001$ ), confirmando la Hipótesis 3 de nuestro estudio. La comparación por pares de



muestras, efectuada por medio de la Prueba U de Mann-Whitney es presentada en las siguientes tablas ( $\alpha=0,05$ ).

Tabla nº 7

**Comparación específica de Ansiedad PRE por cursos**

	1°	2°	3°	4°
1°				
2°	<b>z=-2,867; p=0,004</b>			
3°	z=-0,084; p=0,933	<b>z=-2,399; p=0,016</b>		
4°	z=-1,630; p=0,103	<b>z=-3,611; p=0,000</b>	z=-1,455; p=0,146	
5°	z=-0,882; p=0,378	z=-1,856; p=0,063	z=-0,675; p=0,500	<b>z=-2,127; p=0,033</b>

Tal como se muestra, se presentan diferencias significativas entre primero y segundo año (rango promedio mayor en primer año); entre segundo y tercer año (rango promedio mayor en tercer año); entre segundo y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año) y entre cuarto y quinto (rango promedio mayor en cuarto año). De lo anterior se puede deducir que el segundo año no sólo se diferencia de los otros cursos, sino que también exhibe un nivel más bajo de ansiedad en relación a los otros con los que fue comparado. Esto complementa lo encontrado respecto al Objetivo Específico 1, pues 2° año aparece como el curso que presentó un menor nivel de ansiedad (20,9% en la muestra PRE y 25,0% en la muestra POST). Si bien esta cifra aumenta en el segundo momento, sigue teniendo el porcentaje más bajo en comparación a lo observado en otros cursos, en ambas oportunidades de evaluación.

Tabla nº 8

**Comparación específica de Ansiedad POST por cursos**

	1°	2°	3°	4°
1°				
2°	z=-0,317; p=0,752			
3°	<b>z=-2,534; p=0,011</b>	<b>z=-2,482; p=0,013</b>		
4°	<b>z=-4,111; p=0,000</b>	<b>z=-3,850; p=0,000</b>	z=-1,206; p=0,228	
5°	z=-1,374; p=0,169	z=-1,517; p=0,129	z=-0,937; p=0,349	<b>z=-2,165; p=0,030</b>

Al contrastar detalladamente dicha variable en la muestra POST, con la Prueba U de Mann-Whitney, con un  $\alpha=0,05$  se presentan diferencias significativas entre primero y tercer año (rango promedio mayor en tercer año); entre primero y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año); entre segundo y tercer año (rango promedio mayor en tercer año); entre segundo y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año); y entre cuarto y quinto año (rango promedio mayor en cuarto año). Nuevamente, la comparación específica de la ansiedad por cursos concuerda con los hallazgos anteriormente expuestos, en los cuales apareció un nivel significativamente mayor de esta psicopatología en el tercer y cuarto año.

Por otro lado, al comparar la depresión entre los cinco cursos de manera global, con la Prueba de Kruskal-Wallis, no se encuentran diferencias significativas ni en la muestra PRE (chi cuadrado=7,210 y  $p=0,125$ ) ni en la muestra POST (chi cuadrado=5,902 y  $p=0,207$ ), lo cual rechaza la Hipótesis 4 de este estudio. La comparación detallada realizada con la Prueba U de Mann-Whitney se puede apreciar en las siguientes tablas, separando la Depresión PRE de la Depresión POST, ambas con un  $\alpha=0,05$ .

Tabla nº 9

**Comparación específica de Depresión PRE por cursos**

	1°	2°	3°	4°
1°				
2°	$z=-0,940$ ; $p=0,347$			
3°	$z=-1,097$ ; $p=0,272$	$z=-1,790$ ; $p=0,073$		
4°	<b><math>z=-2,560</math>; <math>p=0,010</math></b>	<b><math>z=-2,945</math>; <math>p=0,003</math></b>	$z=-1,383$ ; $p=0,167$	
5°	$z=-0,051$ ; $p=0,959$	$z=-0,935$ ; $p=0,350$	$z=-0,952$ ; $p=0,341$	<b><math>z=-2,275</math>; <math>p=0,023</math></b>

En la Tabla nº 9 se advierte que existen diferencias significativas entre primero y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año); entre segundo y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año); y entre cuarto y quinto año (rango promedio mayor en cuarto año).

Tabla nº 10

**Comparación específica de Depresión POST por cursos**

	1°	2°	3°	4°
1°				
2°	z=-0,577; p=0,564			
3°	<b>z=-2,419; p=0,016</b>	<b>z=-2,381; p=0,017</b>		
4°	<b>z=-2,001; p=0,045</b>	<b>z=-2,070; p=0,038</b>	z=-0,548; p=0,584	
5°	z=-0,415; p=0,678	z=-0,854; p=0,393	z=-1,631; p=0,103	z=-1,249; p=0,212

Como se muestra en la tabla nº 10, hay diferencias significativas entre primero y tercer año (rango promedio mayor en tercer año); entre primero y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año); entre segundo y tercer año (rango promedio mayor en tercer año); y entre segundo y cuarto año (rango promedio mayor en cuarto año). A partir de lo anterior, los estudiantes de tercer y cuarto año se distinguen del resto por mostrar una tasa mayor de depresión en el primer y segundo momento de evaluación.

En cuanto al Objetivo Específico 3, al determinar si existen diferencias entre el género femenino y el género masculino en el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva, con la Prueba U de Mann-Whitney, se puede concluir con un  $\alpha=0,05$  que esto sólo se cumple en el segundo momento de evaluación. Debido a lo anterior, se rechazan las Hipótesis 5 y 6 pues, como indican las Tablas nº 11 y nº 12, se observa que el género femenino presenta un mayor nivel de ansiedad y depresión respecto del género masculino en la muestra POST, no así en la muestra PRE.

Tabla nº 11

**Comparación por Género entre Ansiedad PRE, Depresión PRE, Ansiedad POST y Depresión POST**

Género	Rango promedio					
	N Pre	Ans PRE	Dep PRE	N Post	Ans POST	Dep POST
<b>Masculino</b>	118	137,45	139,56	141	146,78	156,98
<b>Femenino</b>	175	153,44	152,02	203	190,37	183,28
<b>Total</b>	293			344		

Tabla nº 12

**Estadísticos de contraste(a)**

	<b>Ansiedad PRE</b>	<b>Depresión PRE</b>	<b>Ansiedad POST</b>	<b>Depresión POST</b>
<b>Z</b>	-1,683	-1,515	-4,302	-2,916
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	0,092	0,130	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>

Respecto al Objetivo Específico 4, se estima que, a partir de la Prueba Rho de Spearman, existe una correlación directa, moderada y significativa entre las variables ansiedad y depresión, tanto en la muestra PRE (Rho de Spearman=0,631;  $p=0,000$ ;  $\alpha=0,01$ ), como en la muestra POST (Rho de Spearman=0,630  $p=0,000$ ;  $\alpha=0,01$ ), lo cual confirma lo planteado en la Hipótesis 7 del presente estudio. Cabe señalar que, para efectos de las correlaciones, se llevaron a cabo los cálculos a partir de los puntajes brutos obtenidos por los sujetos de la muestra, a diferencia de los demás resultados, en los cuales se ha optado por el uso de las categorías de ambos instrumentos.

A continuación se presenta el análisis correspondiente al Objetivo Específico 5, el cual pretendía medir la variable Apoyo Social en ambos momentos de evaluación, tanto a nivel de carrera como por cursos. Cabe recordar que en esta investigación se ha considerado relevante incluir la medición del apoyo social percibido, como uno de los posibles caminos a través de los cuales se podría evitar la morbilidad psiquiátrica de estos estudiantes y prepararlos para su futuro como dentistas.

Tabla nº 13

**Frecuencias y Porcentajes Apoyo Social**

<b>Categorías</b>	<b>Apoyo Social PRE</b>		<b>Apoyo Social POST</b>	
	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	23	7,8	17	5,0
<b>Normal</b>	270	92,2	322	95,0
<b>Total Válidos</b>	293	100,0	339	100,0

Tabla nº 14

**Frecuencias y Porcentajes de Apoyo Social PRE por cursos**

Categorías	1º		2º		3º		4º		5º	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Bajo</b>	5	6,3	4	<b>9,3</b>	6	<b>10,2</b>	4	6,5	4	8,2
<b>Normal</b>	75	93,8	39	90,7	53	89,8	58	93,5	45	91,8
<b>Total Válidos</b>	80	100,0	43	100,0	59	100,0	62	100,0	49	100,0

Tabla nº 15

**Frecuencias y Porcentajes de Apoyo Social POST por cursos**

Categorías	1º		2º		3º		4º		5º	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Bajo</b>	4	4,5	3	<b>7,5</b>	3	4,1	5	<b>5,6</b>	2	4,1
<b>Normal</b>	84	95,5	37	92,5	70	95,9	84	94,4	47	95,9
<b>Total Válidos</b>	88	100,0	40	100,0	73	100,0	89	100,0	49	100,0

Tanto a nivel de carrera como en la medición por cursos, se observa que la proporción de casos que percibían un apoyo social bajo disminuyó, lo cual implica que, al verse expuestos a mayores exigencias académicas, los sujetos percibieron en mayor medida un apoyo social satisfactorio. Cabe destacar que el 2º año, tanto en la muestra PRE como en la muestra POST, se distingue del resto por percibir menos apoyo social. Los otros cursos sobresalientes por este motivo son 3º en la muestra PRE y 4º en la muestra POST. Con respecto a la Hipótesis 8 (referida al Objetivo Específico 6), se puede concluir que esta se refuta, ya que al aplicar la Prueba de rangos señalados de Wilcoxon (ver Tabla nº 20 y Tabla nº 21 en Anexos, pág. 83), tomando en consideración a los sujetos que coincidieron en ambas evaluaciones (Muestra PRE-POST), se infiere que existen diferencias significativas en el apoyo social percibido entre la primera y la segunda evaluación ( $\alpha = 0,05$ ;  $z = -2,673$ ;  $p = 0,008$ ).

Al establecer correlaciones parciales entre las variables en ambos momentos de evaluación (Objetivo Específico 7), se puede concluir que la Hipótesis 9 es aceptada, con un  $\alpha = 0,01$ . Tanto en la muestra PRE como en la muestra POST, la correlación entre

depresión y apoyo social, controlando la influencia de la ansiedad, es inversa, leve y significativa ( $R_{12.3}=-0,319$ ,  $p=0,000$  y  $-0,318$ ,  $p=0,000$  respectivamente).

Por otra parte, la correlación parcial entre las variables ansiedad y depresión, controlando la variable apoyo social, es de 0,575 en la muestra PRE y de 0,553 en la muestra POST, lo cual implica una relación directa, moderada y significativa, con una  $p=0,000$  y un  $\alpha=0,01$  en ambas oportunidades. Esta correlación es menor a la arrojada a partir del cálculo Rho de Spearman, lo cual indica que el apoyo social efectivamente ejerce una influencia en la relación entre la depresión y la ansiedad. En cuanto a la correlación parcial entre las variables apoyo social y ansiedad controlando la variable depresión, con un  $\alpha=0,01$ , se observa una relación inversa, muy baja y no significativa en ambas muestras ( $R_{12.3}=-0,059$ ,  $p=0,318$  y  $R_{12.3}=-0,096$ ,  $p=0,077$  respectivamente).

Por último, se expondrá el análisis de confiabilidad y validez del instrumento utilizado para evaluar ansiedad y depresión (HADS), con el fin de responder al Objetivo Específico 8. Para aportar a la confiabilidad y validez de constructo del HADS, se ha optado por considerar los resultados obtenidos en el segundo momento de medición ( $n=344$ ), pues en este los sujetos presentaban una configuración más nítida de sus estados anímicos, ya que se encontraban en período de pruebas (Muestra POST). Por tanto, tomando en cuenta que se trata de un cuestionario que mide ansiedad y depresión, se vuelve fundamental apuntar al período donde dichos estados se vuelven más evidentes por sobre el momento con menores factores de estrés académico, en el cual estos estados aún no se han configurado del todo.

Respecto a las características de cada subescala de la HADS, el promedio de la subescala de ansiedad es de 10,08 y su DS de 4,07, mientras que la media de la subescala de depresión es de 6,01 y su DS de 3,38. La subescala de ansiedad presentó una buena confiabilidad, con un Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados de 0,835. La subescala de depresión presentó un Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados un poco menor que el arrojado para la subescala de ansiedad, correspondiente a 0,742. Al examinar la variación de la confiabilidad de ambas subescalas si alguno de sus ítems son eliminados, se observa que esta no aumenta, por lo cual no es necesario extraer ninguno de ellos, debido a que miden consistentemente. Para ver la correlación entre los ítems, ver Tabla nº 22 y nº 23 en Anexos (pág. 84).

Para comenzar el análisis de validez de constructo se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin obteniéndose un valor de 0,90, lo cual justifica la realización de un análisis factorial. Este análisis se realizó a través del método de extracción de componentes principales, con rotación varimax (Tabla nº 24, Anexos, pág. 85). Se encontró evidencia para una solución de 2 factores, los cuales explican el 46,79% de la varianza total: Factor I (24,12%) y Factor II (22,67%). El Factor I corresponde a la subescala de ansiedad y el Factor II a la subescala de depresión, por lo tanto, la estructura teórica del cuestionario se confirma. La presencia de dos factores reproduce los hallazgos de la escala original propuesta por Snaith & Zigmond (1983).

Tabla nº 16

Matriz de componentes rotados (a)

	Componente			Componente	
	1	2		1	2
<b>Pregunta 1 ansiedad</b>	<b>0,63</b>	0,427	<b>Pregunta 4 depresión</b>	0,413	0,373
<b>Pregunta 1 depresión</b>	0,329	<b>0,63</b>	<b>Pregunta 5 ansiedad</b>	<b>0,69</b>	0,074
<b>Pregunta 2 ansiedad</b>	<b>0,567</b>	0,458	<b>Pregunta 5 depresión</b>	0,124	<b>0,429</b>
<b>Pregunta 2 depresión</b>	0,062	<b>0,749</b>	<b>Pregunta 6 ansiedad</b>	<b>0,756</b>	-0,025
<b>Pregunta 3 ansiedad</b>	<b>0,575</b>	0,387	<b>Pregunta 6 depresión</b>	0,019	<b>0,72</b>
<b>Pregunta 3 depresión</b>	0,248	<b>0,638</b>	<b>Pregunta 7 ansiedad</b>	<b>0,601</b>	0,457
<b>Pregunta 4 ansiedad</b>	<b>0,689</b>	0,157	<b>Pregunta 7 depresión</b>	0,291	<b>0,431</b>

En síntesis, tras evaluar la ansiedad, depresión y apoyo social de los estudiantes de Odontología en dos momentos diferenciados por la carga académica, se encontró que la ansiedad y la percepción de apoyo social satisfactorio aumentaban significativamente en el período de pruebas, no ocurriendo lo mismo en el caso de la depresión, variable cuya proporción de casos es bastante inferior a la de la ansiedad.

Los cursos que destacan por su alta presencia de sintomatología ansiosa en ambas oportunidades son 3º y 4º, no existiendo una tendencia clara en cuanto a la cantidad de casos de depresión por cursos. En cuanto al apoyo social, el 2º año manifestó sentirse menos apoyado en ambas oportunidades, además de 3º en la primera medición y

4<sup>o</sup> en la segunda. Se observa también que en ambas muestras existen diferencias significativas para la ansiedad entre los cursos, resaltando tercer y cuarto año por sus altos índices en esta variable y 2<sup>o</sup> por sus bajos niveles. En cuanto a la depresión, no se hallaron diferencias significativas, sin embargo al comparar detalladamente, nuevamente los estudiantes de 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> se distinguieron del resto por mostrar una tasa mayor de depresión en el primer y segundo momento de evaluación.

Por otro lado, el género femenino se diferencia del género masculino por exhibir mayores niveles de ansiedad y depresión, solamente en el momento de mayores exigencias curriculares. Se encontró una correlación directa, moderada y significativa entre las variables ansiedad y depresión, tanto en la muestra PRE como en la muestra POST. Sin embargo, al controlar la variable apoyo social, esta asociación disminuyó. Además, la correlación parcial entre depresión y apoyo social, restando la influencia de la ansiedad, es inversa, leve y significativa.

La HADS posee una buena confiabilidad, tanto en la subescala de ansiedad (Alfa de Cronbach=0,835) como en la subescala de depresión (Alfa de Cronbach=0,742). Respecto a la validez de constructo, se encontró evidencia para una solución de dos factores, correspondientes a dichas subescalas.



## VII. CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio dejan ver que los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile manifiestan sentirse considerablemente más ansiosos que depresivos. Esto llama la atención, pues en la población chilena es más común la presencia de sintomatología depresiva que ansiosa. Sin embargo, es comprensible, pues se trata de jóvenes que en un futuro cercano deberán ejercer un importante rol social, el de responsabilizarse por la salud de otras personas, lo cual puede generar en ellos bastante tensión. Además, el hecho de trabajar con el dolor ha instalado en la sociedad una visión negativa de esta profesión, lo cual puede introducir mayor estrés en el quehacer de quienes se dedican a la Odontología.

En el segundo momento de evaluación, ocurre un notorio aumento en el nivel de sintomatología ansiosa que puede ser explicado por la alta carga académica experimentada por los alumnos en dicha oportunidad, ya que se encontraban en período de pruebas y exigencias académicas. Este resultado apoya los planteamientos de diversos autores, quienes afirman que las presiones académicas propias de la vida universitaria constituyen una importante fuente de estrés y ansiedad para los estudiantes, actuando en desmedro de su salud mental (Bagés et al., 2008, Degenhardt et al., 2007). Además, según Alvial et al. (2007), Lange et al. (2006) y Bagés et al. (2008), uno de los factores que más influyen en desencadenar problemas de salud mental en los estudiantes universitarios es la gran cantidad de aprendizajes que ellos deben adquirir en poco tiempo, lo cual los puede llevar a sentirse sumamente agotados mentalmente. En este sentido, las actuales metodologías de evaluación y su calendarización parecen no ser las más adecuadas en términos de resguardar el bienestar emocional de los estudiantes.

No obstante lo anterior, no sucede lo mismo para la sintomatología depresiva, la cual permanece sin diferencias significativas entre la primera y segunda medición. Esto último representa un aspecto que es importante considerar, ya que si bien los alumnos se sienten ansiosos, no se encuentran deprimidos. A partir de los puntajes de ansiedad observados en este estudio, se puede concluir que se debe tener precaución al respecto, ya que altos índices de ansiedad pueden tener importantes consecuencias en el desarrollo de los estudiantes y pueden asociarse a un sustancial deterioro y riesgo de

futuros desórdenes psicológicos (Haller et al., 2003). Nuestro estudio no concuerda con lo expuesto en otras investigaciones en las cuales los estudiantes de carreras de la salud han reportado índices elevados de depresión (García et al., 2007, Guavita et al., 2006). Sin embargo, coincide con un estudio chileno (Alvial et al., 2007), en el cual los estudiantes obtuvieron una mayor prevalencia para el síndrome ansioso que para el depresivo.

Por otra parte, las notorias diferencias observadas entre las proporciones de casos de ansiedad y casos de depresión, posiblemente pueden deberse a que los estudiantes hayan reportado sentimientos transitorios de ansiedad, como respuesta a situaciones particulares percibidas como amenazantes. Pese a que muchos estudiantes pueden experimentar una alta ansiedad, la mayoría de ellos no alcanzarían a estados emocionales más complicados y profundos, como por ejemplo, estados depresivos. Esto podría estar relacionado con que la depresión se encuentra asociada a diversos factores genéticos y psicosociales (Arrivillaga et al., 2004) que sobrepasan el contexto propio de la universidad, por lo cual para que una persona desarrolle un cuadro depresivo se deberían conjugar experiencias de vida más complejas. Lo anterior se ve respaldado por los hallazgos de Karagozoglu et al. (2005), quienes encontraron que la depresión correlacionaba en mayor grado con la escala rasgo de ansiedad que con la escala estado de ansiedad de la STAI. Podemos deducir entonces que los estudiantes no presentan un patrón afectivo persistente, donde la causa de la emoción es vaga o indefinida, sino que el cuadro ansioso se manifiesta en relación a una situación específica, lo que correspondería a lo que se conoce como “estado” de ansiedad.

Cabe señalar que los fenómenos descritos anteriormente se presentan en su mayoría en las mujeres de la muestra. Al comparar por género la proporción de casos de ansiedad y de depresión en ambas ocasiones, se observa un porcentaje mayor para las mujeres (Ver Tabla nº 25 en Anexos, pág. 86). Dicho resultado no sorprende, ya que estas generalmente puntúan más alto que los hombres en los cuestionarios que miden ansiedad y depresión, por lo cual se reproducen los múltiples hallazgos leídos en otras investigaciones, respecto a la mayor presencia de estos cuadros en la población femenina (Azzam et al., 2007; Bates et al., 2000; Degenhardt et al., 2007; González et al., 2004; Guavita et al., 2006; Haller et al., 2003; Crawford et al., 2001). Sin embargo, lo que resulta más novedoso es que tan sólo en el segundo momento existen diferencias realmente

significativas entre ambos géneros, por lo que no se puede afirmar que ser ansioso y/o depresivo sea una característica inherente a las mujeres. Esto coincide con lo expuesto en estudios tanto nacionales como internacionales (Salavert et al. 1996, Barra et al., 2006 y Cumsille et al., 1997) que plantean que las situaciones amenazantes impactan más en el género femenino que en el masculino. Debido a que existen diferencias en la socialización entre hombres y mujeres, al parecer, las mujeres no sólo están más dispuestas que los hombres a reportar sus sentimientos depresivos y ansiosos admitiéndolos con más facilidad, sino que además pueden ser más propensas a experimentar este tipo de síntomas por causas hormonales (Arrivillaga et al., 2004). Por otra parte, los hombres tienen mayor dificultad para reconocer sus emociones, como por ejemplo el miedo, y para aceptar que pueden verse sobrepasados en algunos contextos (Salavert et al., 1996).

Lo anteriormente expuesto se complementa con el análisis adicional realizado en esta investigación (Ver Tabla nº 26 en Anexos, pág. 86), en el cual se observa que, pese a que en todos los cursos hay mayor presencia de mujeres en ambas oportunidades de evaluación, esta proporción fue significativamente mayor que la de los hombres en 3º año (en ambas evaluaciones) y en 2º año (en la primera evaluación). Cabe recordar que los alumnos de 2º destacaron por manifestar menores niveles de ansiedad y depresión que sus compañeros de otros cursos, y que tercer año fue uno de los que exhibieron mayores niveles de estos estados en ambos momentos. De todo lo anterior, se podría deducir que, si bien en 2º y en 3º año hay más mujeres que hombres, estos cursos se diferencian notoriamente entre sí en sus niveles de ansiedad y depresión, lo cual podría ser un hallazgo que aporta al planteamiento de que las mujeres, aunque reaccionarían con mayor intensidad que los hombres ante situaciones estresantes, no necesariamente serían intrínsecamente más ansiosas y/o depresivas.

Tomando en consideración el año de estudio cursado, los resultados de la presente investigación dan cuenta de que los planteamientos de algunos autores respecto al potencial patogénico que implica el ingreso a la Universidad (Audin et al., 2006; Guavita et al., 2006; Cruz et al, 2005; Degenhardt et al., 2007) no se aplican en esta muestra de estudiantes. Esto último, debido a que el primer año no destaca mayormente en la presencia de ansiedad y depresión, situación que se mantiene hasta segundo año. El quinto año tampoco sobresa por sus puntajes en ansiedad y depresión, lo cual no

coincide con los resultados de Kamali et al. (2002), quienes al utilizar la misma escala en estudiantes de Odontología del Reino Unido encontraron en el quinto año de Odontología los puntajes más altos en la subescala de ansiedad, en comparación con otros cursos.

En relación con lo anterior, es preciso destacar la particular situación hallada en 3º y 4º año de esta carrera, debido a que ambos cursos presentaron significativamente mayores casos de ansiedad y depresión que los otros, en los dos momentos del semestre, aumentando en el segundo. Respecto al tercer año, una posible manera de entender esto es nuevamente la alta carga académica vivida por los alumnos, ya que al observar el plan de estudios de la carrera, se aprecia que este año concentra mayor cantidad de asignaturas que los demás cursos (Universidad de Chile, 2008)<sup>3</sup>. El hecho de que no todos los sujetos evaluados en la muestra PRE correspondan exactamente a los mismos sujetos encuestados en la muestra POST, plantea la interrogante acerca de las condiciones contextuales de estos cursos, que podrían ir en desmedro del bienestar psicológico de sus estudiantes. En cuanto a 4º, puede que el conjunto de actividades que contempla el programa de estudios de este año genere en sus estudiantes un estado de estrés sostenido en el tiempo, al cual se podría atribuir la alta tasa de ansiedad y depresión reportada en estos alumnos. Otro factor interviniente es la malla curricular de la Universidad de Chile, de acuerdo con la cual el cuarto año implica el paso definitivo desde el aprendizaje de ciencias básicas hacia los ramos de especialidad, los cuales introducen nuevas exigencias para los alumnos<sup>4</sup>. Además de estudiar para mantener un buen rendimiento académico, ellos deben poner en práctica los conocimientos aprendidos, pues comienzan con la atención de pacientes. Lo anterior implica además un mayor contacto con los profesores, ya que no sólo se ven en el aula, sino también en cursos como Operatoria, en los cuales requieren la ayuda sostenida y cercana de un profesional.

Como ha sido planteado en otras investigaciones, los profesionales de la salud pueden experimentar un alto desgaste emocional a raíz de lo compleja que puede ser la relación entre quien brinda este servicio y quien lo recibe (Acosta et al., 2001; Bayona et al., 2005; Dossi et al., 2006). Por otra parte, si bien ciertos niveles de ansiedad son necesarios para que los individuos alcancen las metas propuestas y eleven su motivación

---

<sup>3</sup> Extraído en <http://odontologia.uchile.cl>

<sup>4</sup> Extraído en <http://odontologia.uchile.cl>

por ellas, índices elevados de esta podrían generar que los estudiantes pierdan el interés real tanto por la carrera como por sus pacientes, y la motivación inicial que los llevó a elegir dicha carrera y no otra. Con ello, el pasar los ramos y estudiar se volvería una actividad mecánica, perdiendo la satisfacción y el goce por ella. Los alumnos de cuarto año entonces, requieren desplegar habilidades que van más allá de lo teórico, tales como la capacidad de tolerar la frustración, la resolución de problemas, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, entre otras (Alvial et al., 2007; Bovier et al., 2004; Berthelsen et al., 2008). Si bien no podemos constatar que ingresar o egresar de la Universidad son factores estresantes en sí mismos, sí podemos decir con mayor certeza que el paso a la formación clínica resulta un factor que pone muy ansiosos a los estudiantes de esta carrera.

Evidentemente, no es adecuado señalar que los estudiantes de esta carrera presentan características de personalidad con rasgos ansiosos, ni menos depresivos. Sin embargo, debido a la influencia que ejercen los factores ambientales-sociales en la personalidad, asegurar un entorno que otorgue un buen nivel de calidad de vida a estos jóvenes, es vital para apoyar un adecuado desarrollo de su personalidad. Así, un contexto colmado de tensiones ambientales podría, a la larga, alterar la motivación de los alumnos, su cognición y afectos, conduciendo a una rigidización de la personalidad e instalar en ellos cuadros ansiosos y/o depresivos. Esto último podría producir que las formas de estudiar y aprender de los alumnos se vuelvan cada vez más inflexibles, lo que puede resultar en la utilización de técnicas y hábitos de estudio no siempre los más eficaces y eficientes para el tipo de asignatura, contexto, etc., todo lo cual influye en su rendimiento, satisfacción y emociones (Llanos et al., 2009; Reynaldos et al., 2006).

En este último punto resulta relevante recordar el rol que juega la percepción de apoyo social en las personas. Hemos planteado la fuerte asociación existente entre el apoyo social y la salud mental, además del impacto que este tiene en ella. Los estudiantes sienten, en general, una óptima percepción de apoyo social en ambos momentos de evaluación, aumentando incluso en el segundo momento, lo cual va en la línea de los resultados anteriormente expuestos, pues, si bien los niveles de ansiedad se acrecientan, no aparecen sentimientos depresivos significativos. Esto puede relacionarse con lo que se sostiene en la literatura referente a que la percepción de apoyo social podría verse afectada en gran parte por el estado anímico del sujeto (Barra et al. 2006).

Parece razonable entonces que los alumnos reporten bajos niveles de depresión, junto con un apoyo social satisfactorio. Asimismo, resulta comprensible también que 3º año (en la primera oportunidad) y 4º año (en la segunda oportunidad) destaquen por percibir un menor apoyo. Cabe recordar que nos estamos refiriendo a los componentes cualitativos o funcionales del apoyo social, los cuales según los autores del instrumento predicen en mayor grado el bienestar psicológico. Este hallazgo contribuye en tanto llena un vacío de conocimiento, por la escasez de investigaciones encontradas acerca del Apoyo Social en los estudiantes universitarios.

Por otro lado, en el presente estudio, a partir del cálculo de las correlaciones parciales, se encuentra una correlación inversa, leve y significativa entre apoyo social y depresión, controlando la variable ansiedad. Por ende, a mayor depresión, menor percepción de apoyo social, evidencia que también ha sido encontrada en otras investigaciones (Arrivillaga et al., 2004; Bagés et al., 2008; Barrón et al., 2001; Bovier et al., 2004; Carballeira et al., 2002), en las cuales se plantea que un alto apoyo social percibido es una variable mediadora del papel del estrés en el deterioro psicológico y la depresión.

Así, una persona aislada y deprimida tenderá a percibir menor apoyo social que una persona que no posea tales sentimientos. De igual modo, alguien que perciba menos apoyo, tenderá a experimentar un ánimo depresivo. Entonces, es entendible que los alumnos de Odontología, al reportar una baja cantidad de síntomas depresivos, no informen de una baja percepción de apoyo. Consideramos que, en este estudio, el postulado del efecto amortiguador o moderador del apoyo social es el que más se aplica, pues ante circunstancias percibidas como amenazantes, la suficiencia de apoyo social favorece la salud mental y amortigua la aparición de síntomas de tipo depresivo (García et al., 2001). Desde una primera mirada, el hecho de que estos estudiantes tengan una percepción satisfactoria de apoyo social, podría estar revelando que, si bien se sienten presionados por la Universidad, cuentan eventualmente con el apoyo de amigos y el de sus familias. A pesar de que teóricamente se plantean asociaciones entre el apoyo social y dichas fuentes, sería un factor que habría que indagar empíricamente con mayor profundidad.

Al encontrarse una correlación directa, significativa y moderada entre la depresión y la ansiedad es posible sostener que son dos conceptos relacionados. El mismo tipo de

relación ha sido encontrado en otros estudios (Carrillo et al., s/a; Haller et al., 2003; Karagozoglu et al., 2005). A partir de lo anterior, se puede concluir que, de los estudiantes que figuran como casos de ansiedad, una gran parte puede aparecer también como caso de depresión, y viceversa. Esto es apoyado por la literatura revisada, en la cual se ha encontrado una relación recíproca entre depresión y ansiedad, es decir, al aumentar una, es mayor la probabilidad de que aumente la otra (Haller et al., 2003). Posibles explicaciones para lo anterior pueden ser que ambos estados son considerados como las manifestaciones más comunes de la neurosis, tal como afirman los autores de la HADS (Snaith & Zigmond, 1983) y que representan parte importante de los trastornos psicológicos y emocionales. Por otra parte, un estado persistente en el tiempo de ansiedad, podría conducir a un ánimo depresivo si no es tratado a tiempo.

Como fue mencionado, se ha optado por considerar la segunda evaluación para efectos del cálculo de la confiabilidad y validez de la HADS. Esto reafirma los resultados de una investigación llevada a cabo en España (Salavert et al., 1996), en la cual se concluye que, para medir ansiedad y depresión, es preciso agregar a las variables sociodemográficas la situación en la cual se lleva a cabo la aplicación de los instrumentos, como un factor interviniente. Evidentemente, en el presente estudio, el segundo momento de medición se diferencia del primero por llevarse a cabo en pleno período de evaluación de conocimientos, en el cual los estudiantes experimentaban una carga académica mayor a la vivida en una semana cualquiera de clases.

Se puede concluir que el instrumento que se ha utilizado para medir ansiedad y depresión constituye una herramienta válida y confiable. El porcentaje de varianza explicada en este estudio se encuentra dentro de los rangos de varianza total expuestos por dos estudios que averiguaron las características psicométricas de la versión española de la HADS (Arostegui et al., 2003; Blanch et al., 2003) y por Crawford et al. (2001), quienes lo validaron en una muestra ampliamente representativa de la población general adulta de Noruega.

El análisis realizado demostró que, al igual que hallazgos internacionales que han estudiado sus propiedades psicométricas (Karagozoglu, et al., 2005; Arostegui, et al., 2003, Bulbena et al., 2003; Dahl et al., 2001), tanto los ítems de ansiedad como los de depresión se agruparon claramente en torno a dos factores distintos. Esto último sugiere que la ansiedad y la depresión a pesar de estar relacionados, son constructos diferentes.

Es preciso hacer referencia a la situación correspondiente al ítem 4 de la subescala de depresión de la HADS: “Me siento lento y torpe”, pues se presenta como un ítem ambiguo ya que no queda claro a qué factor pertenece exactamente. Se recomienda hacer una revisión detallada de este ítem, ya que su encabezado podría estar incluyendo dos ideas diferentes.

Si bien la HADS fue creada para utilizarse en contextos médicos y hospitalarios, los resultados en confiabilidad y validez encontrados en esta muestra de estudiantes constituyen un importante hallazgo, pues la ansiedad y la depresión no aparecerían asociadas a una enfermedad médica, lo cual pone en evidencia el hecho de que los puntajes efectivamente reflejan problemas psicológicos, y no de otra índole.

Las conclusiones anteriormente expuestas resultan interesantes pues aportan al conocimiento en salud mental, la cual es parte de la salud pública. En este sentido, nuestra investigación plantea nuevos desafíos en términos de prevención y promoción de un estado de bienestar y salud. Si bien la Facultad de Odontología no contempla aún la calidad de vida universitaria como parte de su programa de desarrollo institucional, sí existe el interés por parte de algunos profesores o autoridades de mejorar en este punto. Algunas autoridades de la Facultad de Odontología se han mostrado preocupadas por la salud psicológica de sus estudiantes, señalando, por ejemplo, que el número de licencias médicas era superior a otras carreras y que la gran mayoría era por razones psiquiátricas. Es así como nuestra investigación viene a objetivar una primera impresión que tenían ya algunos académicos.



## VIII. PROYECCIONES Y LIMITACIONES

Debido a que los estudiantes universitarios son considerados un grupo que se ve expuesto a diversos factores de riesgo para desarrollar patologías psiquiátricas, se justifican futuras investigaciones -tanto de carácter cuantitativo como cualitativo- en contextos universitarios, ya que en la calidad del proceso de aprendizaje pueden influir diversos estados afectivos, como los ansiosos y depresivos. En este sentido, sería interesante, por ejemplo, acceder a los significados asociados al hecho de ser estudiante de Odontología, a través de grupos focales. Se sugiere también realizar estudios explicativos, para comprender mejor en qué condiciones se da este fenómeno y por qué las variables ansiedad, depresión y apoyo social se encuentran o no relacionadas. Además, se recomienda la utilización de una metodología longitudinal que lleve a cabo un seguimiento de cada uno de los casos durante varios años consecutivos, lo cual podría enriquecer el análisis, pues permitiría evaluar cambios a través del tiempo en las variables, o en las relaciones entre estas, y hacer inferencias o determinar consecuencias (Baptista, Fernández & Hernández, 2003).

Sería interesante conocer con mayor profundidad aquellos casos en los que se encontró un mayor nivel de sintomatología ansiosa y depresiva, mediante el uso de otros instrumentos complementarios. Sin embargo, esto requiere un cuidadoso manejo de la información, con el fin de mantener las condiciones éticas del presente estudio. Es preciso señalar que los instrumentos de autoevaluación sólo son válidos para fines de detección de trastornos psicológicos, por lo tanto, el diagnóstico definitivo debe basarse en un proceso de examen clínico. Lamentablemente, realizar entrevistas individuales en este contexto y con los objetivos de este estudio no se considera una opción práctica, dados los recursos requeridos, por lo cual en aquellos casos que hayan obtenido mayor puntaje en las escalas aplicadas, podrían utilizarse otras herramientas de screening cuya aplicación sea de corta duración y que tengan una alta correlación con la HADS y el DUFSS. Se reitera la necesidad de estudiar con mayor profundidad las características psicométricas de la HADS, especialmente el ítem 4 de la escala de depresión. Por otro lado, sería deseable conocer si el perfil psicológico de los estudiantes de Odontología se orienta hacia los trastornos ansioso-depresivos, o bien a otros cuadros psicopatológicos.

A partir de lo anterior, se podrían llevar a cabo intervenciones terapéuticas que apunten al tratamiento de los cuadros detectados. La psicoterapia influye en la percepción de recursos de apoyo y autoestima, promoviendo estilos afectivos de afrontamiento ante situaciones difíciles. Por ejemplo, la creación de un espacio de atención psicológica podría beneficiar a los estudiantes, sobre todo en aquellos momentos del semestre en que se ven expuestos a mayores presiones académicas y en los períodos de transición de la carrera, como ocurre en 3º y 4º año. En cualquier caso, hay que tener presente que, como futuros profesionales de la salud, todos ellos ocuparán un rol importante en la sociedad en un mediano plazo, pues tendrán que responsabilizarse por otras personas.

La presente investigación se enmarca y cobra gran relevancia en un contexto educacional. Impulsa a revisar los lineamientos de la Facultad de Odontología, las mallas curriculares, la carrera, los objetivos como institución, etc. En esta línea, consideramos que motiva a cuestionar el tipo de formación que se les está otorgando a los alumnos. Pensamos que con la implementación de talleres e intervenciones psicológicas se puede ayudar a que la Universidad vaya logrando una nueva mirada de la educación, que no sólo enfatice la excelencia académica, sino también la salud mental, es decir, una formación más integral. Consideramos que es necesario que la Universidad de Chile tome la iniciativa de crear un nuevo rol, ampliando lo que ha venido haciendo hasta ahora, pues en la actualidad, con los efectos de la globalización, el conocimiento y la información ya no son privilegio de algunos, sino que están al alcance de todos. Proponemos que el nuevo sello de la Universidad sea la preocupación por la calidad de vida universitaria, vale decir, no sólo formar especialistas y técnicos, sino también personas con comportamientos saludables. Es así como planteamos que lo que debiera comenzar a modificarse con todos estos estudios e intervenciones es la cultura organizacional de la Universidad, modelo que luego podría replicarse en otras universidades, siendo pionera la Universidad de Chile.

Específicamente, consideramos que sería útil aplicar el enfoque clínico humanista, ya que este concibe al Ser Humano de manera integral y trabaja con la emocionalidad del sujeto y con su cuerpo. Se justifica la utilización de técnicas humanistas, pues estas han influido en la percepción de cambio relacionada con el proceso terapéutico de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Barros & Matamoros, 2009). También sería útil un enfoque cognitivo-conductual para algunas personas que necesitan

estrategias específicas, o intervenciones más prácticas. Lo anterior cobra mayor importancia debido a que por un lado se trata de una carrera del ámbito de la salud y, por otro, el plan de estudios no enfatiza el desarrollo de la persona en su totalidad sino que se centra en tan sólo algunas áreas, como la racionalidad, pensamiento y memoria, no prestando suficiente atención a la parte emocional ni corporal.

Se debe poner especial atención a la parte práctica de la carrera, ya que, al parecer, en el quehacer clínico aparecen todas sus ansiedades, temores, inseguridades, etc. Mediante intervenciones grupales con los estudiantes, estos podrían prepararse para dichas actividades, pues al compartir experiencias pueden ir dándose cuenta de que no son los únicos dentro de este contexto que sufren por tales motivos. Así, los alumnos tendrían un espacio de contención que les ayudaría a disminuir sus angustias y poder enfrentar mejor las situaciones evaluadas como amenazantes. Además, haría falta una guía especializada y cercana por parte de los profesores, que los oriente en las labores específicas con los pacientes, ya que con ello se podría amortiguar la percepción del estrés, contribuyendo en la salud mental. Por ello, sería interesante que el cuerpo docente fuera también capacitado para que dentro de su cátedra se incluyera una visión más humana del odontólogo, trabajando temas como el manejo de situaciones conflictivas y el Síndrome de Burnout.

Las intervenciones llevadas a cabo con los estudiantes, a modo individual y grupal, pueden considerarse como una importante fuente de apoyo social para ellos, ya que los estudiantes percibirían la ayuda de la Facultad, de profesionales, y de sus propios compañeros, estos últimos considerados por varios autores como una fuente importante de apoyo. Es preciso tener en cuenta que las intervenciones que se realicen en este contexto deben considerar el perfil psicológico de las personas a las cuales van a ir dirigidas, según el género, año de estudio, etc. y sus estilos más comunes de aprehender y acercarse a la realidad. Asimismo, puede ser útil disponer de un espacio de orientación vocacional que ofrezca a los estudiantes la posibilidad de aclarar sus dudas y prevenir a tiempo síntomas ansiosos o depresivos asociados a este tipo de situaciones.

Debido a que los alumnos evaluados tienen una buena percepción de apoyo social, lo planteado anteriormente puede ser implementado a modo preventivo, e integrado paulatinamente dentro del plan de estudios, sin olvidar que actividades como estas deben ser de participación voluntaria y sin evaluaciones. Respecto a este último

punto, se propone distribuir las evaluaciones en el semestre de tal modo que la adquisición de conocimientos no deba ser concentrada en determinadas semanas, lo cual puede aumentar los niveles de ansiedad de los estudiantes de esta carrera.

Por el momento, se contempla entonces la necesidad de crear programas con grupos de autoayuda y apoyo, actividades deportivas, recreativas, para disminuir los factores de riesgo a los cuales se ve expuesta esta población. Sería beneficioso crear instancias de protección, para que los jóvenes puedan distraerse de los estudios de manera sana, sintiéndose parte de una red social que se preocupa por su bienestar psicológico. Por ejemplo, se podría disponer de talleres artísticos como pintura, cerámica, artesanía, etc., en los cuales los estudiantes de Odontología aprovechen sus destrezas manuales para distraerse del trabajo académico y, a la vez, utilicen su hemisferio derecho. Esta zona del cerebro, donde se ubican la intuición y la creatividad recibe las informaciones globales, de forma no verbal, y recoge una realidad más vasta y próxima al mundo sensorial y afectivo.

A continuación se expondrán las limitaciones vislumbradas en esta investigación. Debido a que la muestra pertenece a una Facultad específica de la Universidad de Chile, se vuelve difícil generalizar los resultados a otras Facultades y/o Universidades, en las cuales los estudiantes pueden estar viviendo realidades diversas desde un punto de vista social, económico o académico. Por ejemplo, no es posible extrapolar que en el cuarto año de otras carreras habrá altos niveles de ansiedad.

Consideramos que una limitante del estudio guarda relación con el hecho de que no podemos identificar por nombre a los sujetos más ansiosos y depresivos (ya sea porque en el consentimiento informado no se explicitó tal motivación o bien por la creencia de que la HADS por sí sola no es suficiente para tal fin). Por lo tanto, no es posible hacer un seguimiento de los casos más complejos y realizar intervenciones individuales en ellos. Sin embargo, esta investigación se transforma en “una voz de alerta”, preocupación que ya venía gestándose por algunas autoridades de la Facultad.

El hecho de que la escala HADS no incluya en su medición los síntomas somáticos puede ser visto como un aspecto positivo, pero también como limitante de este estudio. Una de las ventajas es que permite tener la certeza de que estamos hablando de cuadros ansioso-depresivos y no de enfermedades médicas o de otro tipo de patologías.

Sin embargo, debido a que la ansiedad y la depresión involucran procesos tanto psicológicos como fisiológicos, muchos de los síntomas ansiosos y depresivos no podrían ser pesquisados por el instrumento, limitando así las posibilidades de identificar a la totalidad de los casos de ansiedad y depresión.

Otra de las limitaciones de este estudio es que los cuestionarios utilizados, si bien están validados en España, no se encuentran adaptados para la población chilena. Por tanto, sería de gran utilidad que estudios posteriores llevaran a cabo el cálculo de las normas de la HADS y el DUFSS en nuestro país, llegando así a un criterio con el cual poder comparar las proporciones de ansiedad y depresión en grupos con el riesgo de desarrollar estos cuadros.

Por otro lado, el hecho de no haber calculado la confiabilidad y validez del DUFSS, constituye una limitación, pues dicho análisis permitiría confirmar los hallazgos encontrados, tal como ha sucedido en el caso de la HADS. Además, se considera que se expusieron pocos antecedentes empíricos respecto a la manifestación del Apoyo Social en estudiantes universitarios, por lo cual no se pudo aprovechar en su totalidad la medición de esta variable.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta, M., Díaz, R. & Lartigue, T. (2001). Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM*, 8 (2), 63-77.
2. Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Cova, F., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 105-112.
3. Andrews, B., Hejdenberg, J. & Wilding, J. (2006). Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. *Journal of Affective Disorders*, 95, 29-34.
4. Arostegui, I., Bilbao, A., Esteban, C., Quintana, J.M., Padierna, A. & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 216-221.
5. Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. & Lozano, T. (2004). Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios. *Universitas Psicológica*, 2, 17-25.
6. Audin, K., Barkham, M., Bewick, B., Bradley, M. & Cooke, R. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34, 505-517.
7. Azzam, A., Chandavarkar, U. & Mathews, C. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Research Article Depression and Anxiety*, 24,103-111.
8. Bagés, N., Chacón-Puignau, G., De Pablo, J., Feldman, L., Goncalves, L. & Zaragoza, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psicológica*, 7 (3), 739-751.
9. Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. México DF: McGraw-Hill.

10. Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (001), 55-61.
11. Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-23.
12. Barros P. & Matamoros M. (2009). Percepción de cambio atribuida al proceso de asistencia psicológica humanista breve en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
13. Bascarán, M.T., Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M., Parellada, M. & Sáiz, P. (2008). Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5° Ed.). Barcelona: Ars Médica.
14. Bates, L., Dorian, M., Greig, H., Pickard, M. & Saint, D. (2000). Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Blackwell Science Ltd MEDICAL EDUCATION*, 34, 148-150.
15. Bayona, M., Caycedo, C., Forero, C., Montealegre, M., Nieto, C., Novoa, M., Palma, M., Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. *Univ. Psycholog. Bogotá (Colombia)* 4 (1). 63-75.
16. Bella, T.T., Odukogbe, A.A., Olayemi, O., Omigbodun, A.O., Omigbodun, O.O. & Yusuf, O.B., (2006). Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. *Revista: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 415-421.
17. Bellón, J.A., Delgado, A., Lardelli, P. & Luna, J. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18 (4), 153-156.
18. Bermúdez, B., Castaño, J., Durán, M., Escobar, C., González, S., Monroy, S., Morales, A. & Ramírez, A. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *Med Unab*, 9 (3), 198-204.

19. Berthelsen, H., Hjalms, K. & Söderfeldt B. (2008). Perceived social support in relation to work among Danish general dental practitioners in private practices. *European Journal of Oral Sciences*, 116, 157-163.
20. Bitrán, M., Lafuente, M., Mena, B., Viviani, P. & Zúñiga, D. (2004). Características psicológicas y estilos cognitivos de estudiantes de medicina y de otras carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. méd. Chile*, 132(7), 809-815.
21. Blanch, J., Bulbena, A., De Pablo, J., Herrero, M. J., Peri, J. M. & Pintor, L. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a spanish population. *Elsevier Inc*, 67 (6), 361-370.
22. Bovier, P., Chamot, E. & Perneger, T. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13, 161-170.
23. Broadhead, W.E., De Gruy, F.V., Gehlbach, S.H. & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients: *Medical Care*, 26, (7), 709-723.
24. Broadhead, W.E., De Gruy, F.V., Gehlbach, S.H. & Kaplan, B.H. (1989). Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Medical Care*, 27(3), 221-233.
25. Carballeira, M., Ibáñez, I., López, M., Matad, P. & Marrero, R. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25 (2), 32-37.
26. Carrillo, I. & Castro, A. (s/a). Convergencias entre ansiedad y depresión en universitarios. *Reporte de Investigación. Comité Universitario para la Salud en la UASJ*, 35, 1-8. Comité Universitario de Salud Universitaria. Ciudad Juárez, México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Programa de Psicología.
27. Carrasco, E. & Osses, S. (2005). Estudio del perfil valórico. El caso de los estudiantes de primer nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. *Estudios pedagógicos*, 21 (1), 7-32.



28. Cheng, C. (1997). Rol del apoyo social percibido en la depresión en adolescentes chinos: un estudio prospectivo examinando el modelo amortiguador. University of Honk Kong. *Journal of Applied Social Psychology*, 27 (9), 800-820.
29. Chile, Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2006). Estrés. Presencia de Estrés. 11 de marzo de 2010, 13:20 hrs. <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>.
30. Chile, Universidad de Chile. Facultad de Odontología (2009). Pregrado. Plan de Estudios de la carrera de Odontología. 23 de abril de 2010, 11 hrs. [http://www.odontologia.uchile.cl/?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=conUrlOdontologia&url=50884](http://www.odontologia.uchile.cl/?_nfpb=true&_pageLabel=conUrlOdontologia&url=50884)
31. Cornejo, M. & Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 2 (12), 143-153.
32. Crawford, J.R., Crombie, C., Henry, J.D. & Taylor, E.P. (2001). Brief Report. Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 429-434.
33. Cruz, C., Figueroa, M., Larraín, D., Lavín, M. & Marty, M. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de Los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43 (1), 25-32.
34. Cumsille, P. & Martínez, M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev. Chil. Pediatr.* 68 (2). 74-77.
35. Dahl, A., Mykletun, A. & Stordal, E. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
36. Degenhardt, B., Johnson, J., Klose, C. & Peterson, D. (2007). Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 31-39.

37. Dossi, A., Isper, O., Presta, A., Saliba, C. & Saliba O. (2006). El estrés en la práctica odontológica. *Revista ADM*, 13 (5), 185-188.
38. García, M., Martínez, M.F., & Maya, I. (2001) El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. Universidad de Sevilla. *Psicothema*, 13 (4), 605-610.
39. García-Maldonado, G, Joffre-Velázquez, V., Martínez-Perales, G. & Sánchez-Gutiérrez de Lara, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14, 86-93.
40. González, J., Granadillo, D., Lara, C. & Lugo, M. (2004). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 50 (103), 21-26.
41. González, M. & Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11, 16-30.
42. González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*, 23 (1), 7-18.
43. Guavita, P. & Sanabria, P. (2006). Prevalencia de Sintomatología Depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 54 (2), 76-85.
44. Haller, L., Puskar, K. & Sereika, S. (2003). Anxiety, somatic complaints, and depressive symptoms in rural adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16, 102-111.
45. Hernández, H., Rivera, J. & Riveros, M. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista IIPSI*, 10 (1), 91-102.

46. Huaquín, V. & Loaiza, R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)* n°30, 39-59.
47. Iribarne, M. (2003). Desarrollo psicológico del adolescente. En: C. Almonte, M. Montt y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 37-61). Santiago: Mediterráneo Ltda.
48. Jerez, M., Rioseco, P., Valdivia, S., Vicente, B. & Vielma, M. (1996). Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 13 (3), 158-165.
49. Kamali, F., Lowry, R.J. & Newbury-Birch, D. (2002). The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. *British Dental Journal*, 192, 646-649.
50. Karagozoglu, C., Masten, G. & Baloglu, M. (2005). Evidence for differentiating between anxiety and depression in Turkish college students. *Social Behavior and personality*, 33 (6), 579-586.
51. Kitamura, T. & Matsudaira, T. (2006). Personality Traits as Risk Factors of Depression and Anxiety Among Japanese Students. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (2), 97-109.
52. Lange, I. & Vio, F. (2006). *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior*. Santiago. Elaboración conjunta del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos y la Pontificia Universidad Católica.
53. Locker, D. & Muirhead, V. (2008). Canadian dental students' perceptions of stress and social support. *European Journal of Dental Education*, 12, 144-148.
54. Llanos, G., Moncada, L., Ríos, M., Salinas, H., Santana, R. (2009). Perfil psicológico de los estudiantes de primer año de enfermería. Estudio preliminar. *Ciencia y Enfermería* XV (1) 99-108.

55. Ragan, J., Randall, P. & Stice, E. (2004) Prospective relations between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (1), 155-159.
56. Reynaldos, C. & Saavedra, E. (2006). Caracterización cognitiva y emocional de los estudiantes de la Universidad Católica del Maule: Años 1999, 2001, 2003. *Estud. pedagóg.* 32, (2), 87-102.
57. Salavert, L. & Soriano, J. (1996). The Hospital Anxiety and Depression Scale questionnaire in physical danger and evaluation. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 281-296.
58. Snaith, R. P. & Zigmond, A. S. (1983). "The Hospital Anxiety and Depression Scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
59. Snaith, R. P. (1992). Availability of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale. *Br J. Psychiatry*, 161, 422.
60. Snaith, R. P. (2003). The Hospital anxiety and depression scale. *Bio Med Central Health and quality of life outcomes*, 1, 1-4.
61. Villacura, L., Depaux, R., Salazar, D., Valdés, M., & Niveló, M. (2008). *Percepción de calidad de vida universitaria de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile* (Proyecto de investigación). Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
62. Villalobos, F. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev. Panam. Salud Pública*. 27 (2). 110-116.
- 63.- Wenk, E. (2007). Apuntes de clases: Metodología Psicométrica. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

## X. ANEXOS

### Anexo n°1: BATERÍA DE CUESTIONARIOS



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Facultad de Odontología

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO<sup>5</sup>

A continuación, se solicita su autorización para participar en una investigación llamada: “Situación psicológica del estudiante de Odontología: influencia social y curricular”.

Esta investigación tiene por objetivo evaluar la situación psicológica del estudiante de Odontología de la Universidad de Chile, para esto se medirán variables como sintomatología depresiva, ansiedad y apoyo social. Su participación contribuirá a generar conocimiento en esta área y a futuras intervenciones ligadas a la salud mental del estudiantado.

Si usted acepta participar, el procedimiento consta de la aplicación de un set de cuestionarios que miden la sintomatología depresiva, ansiedad y apoyo social. La participación en este estudio no conlleva ningún perjuicio ni físico ni moral. Toda la información derivada de su participación será utilizada con estricta confidencialidad, manteniendo reserva de su identidad para efectos de publicación y difusión.

Si usted desea conocer cuáles fueron los resultados de la investigación en la que usted participó, puede llamar por teléfono a los investigadores consultando sobre aquello. Este estudio se enmarca dentro de un proyecto interfacultades, entre la Facultad de Odontología y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Cabe destacar que, si bien solicitamos y valoramos su participación en este estudio, dada la relevancia que puede tener en decisiones futuras sobre la calidad de vida del alumno de Odontología de la Universidad de Chile, usted es totalmente libre de negarse a participar en él, o bien retirarse en cualquier momento de éste, sin ninguna consecuencia negativa para Ud., sólo debe comunicarlo previamente a los investigadores.

Si necesita más información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con: Investigadora Responsable: Dra. Laura Moncada; Teléfono: 9787806. Clínica de Atención Psicológica.

Desde ya agradecemos su colaboración

Equipo Investigador

---

<sup>5</sup> Redactado según las “Recomendaciones para la redacción del documento de consentimiento informado” del Centro de Estudios de Ética Aplicada, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

*He sido invitada(o) a participar en el estudio "Situación psicológica del estudiante de Odontología: influencia social y curricular". He leído la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.*

---

Nombre del Participante

Firma

Fecha

### Datos de Identificación

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M F

Curso: 1º 2º 3º 4º 5º

Estado Civil: Soltero (a) sin pareja Casado(a) Separado(a) Viudo(a)

Soltero (a) con pareja Conviviente

### HADS

Este cuestionario ha sido confeccionado para conocer cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en el **último mes**:

#### A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

#### D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco

<p>3. Ya no disfruto con nada</p>
<p><b>A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:</b></p> <p>3. Sí, y muy intenso</p> <p>2. Sí, pero no muy intenso</p> <p>1. Sí, pero no me preocupa</p> <p>0. No siento nada de eso</p>
<p><b>D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</b></p> <p>0. Igual que siempre</p> <p>1. Actualmente, algo menos</p> <p>2. Actualmente, mucho menos</p> <p>3. Actualmente, en absoluto</p>
<p><b>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</b></p> <p>3. Casi todo el día.</p> <p>2. Gran parte del día</p> <p>1. De vez en cuando</p> <p>0. Nunca</p>
<p><b>D.3. Me siento alegre:</b></p> <p>3. Nunca</p> <p>2. Muy pocas veces</p> <p>1. En algunas ocasiones</p> <p>0. Gran parte del día</p>
<p><b>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</b></p> <p>0. Siempre</p> <p>1. A menudo</p> <p>2. Raras veces</p> <p>3. Nunca</p>
<p><b>D.4. Me siento lento/a y torpe:</b></p> <p>3. Gran parte del día</p> <p>2. A menudo</p> <p>1. A veces</p> <p>0. Nunca</p>

**A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en mi estómago:**

- 0. Nunca
- 1. Solo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

**D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

**A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

**D.6. Espero las cosas con ilusión:**

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

**A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

**D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca



## DUFSS (Cuestionario de Apoyo Social)

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

A: mucho menos de lo que deseo    B: menos de lo que deseo    C: ni mucho ni poco

D: casi como deseo

E: tanto como deseo

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	A	B	C	D	E
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	A	B	C	D	E
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	A	B	C	D	E
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	A	B	C	D	E
5. Recibo amor y afecto	A	B	C	D	E
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	A	B	C	D	E
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	A	B	C	D	E
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	A	B	C	D	E
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	A	B	C	D	E
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	A	B	C	D	E
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en casa	A	B	C	D	E

Tabla nº 17

**Frecuencias y Porcentajes de cada curso por Género en la Muestra PRE**

Género	Curso									
	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Masculino</b>	37	46,3	15	34,9	17	28,8	27	43,5	22	44,9
<b>Femenino</b>	43	53,8	28	65,1	42	71,2	35	56,5	27	55,1
<b>Total</b>	80	100,0	43	100,0	59	100,0	62	100,0	49	100,0

Tabla nº 18

**Frecuencias y Porcentajes de cada curso por Género en la Muestra POST**

Género	Curso									
	1°		2°		3°		4°		5°	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Masculino</b>	39	44,3	15	37,5	28	36,8	41	45,6	18	36,0
<b>Femenino</b>	49	55,7	25	62,5	48	63,2	49	54,4	32	64,0
<b>Total</b>	88	100,0	40	100,0	76	100,0	90	100,0	50	100,0

Tabla nº 19

**Frecuencias y Porcentajes para cada categoría de Ansiedad y Depresión**

Categorías	Ansiedad PRE		Ansiedad POST		Depresión PRE		Depresión POST	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Normalidad</b>	98	33,4	94	27,3	201	68,6	231	67,2
<b>Caso Probable</b>	85	29,0	92	26,7	69	23,5	79	23,0
<b>Caso de Ans o Dep</b>	110	37,5	158	45,9	23	7,8	34	9,9
<b>Total</b>	293	100,0	344	100,0	293	100,0	344	100,0

Tabla nº 20

**Prueba de rangos señalados de Wilcoxon en la muestra PRE-POST**

		<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Ansiedad PRE- Ansiedad POST</b>	<b>Rangos negativos</b>	29 (a)	43,53	1262,5
	<b>Rangos positivos</b>	<b>59 (b)</b>	44,97	2653,5
	<b>Empates</b>	109 (c)		
	<b>Total</b>	197		
<b>Depresión PRE- Depresión POST</b>	<b>Rangos negativos</b>	31 (d)	35,79	1109,5
	<b>Rangos positivos</b>	37 (e)	33,42	1236,5
	<b>Empates</b>	129 (f)		
	<b>Total</b>	197		
<b>Apoyo Social PRE- Apoyo Social POST</b>	<b>Rangos negativos</b>	2 (g)	7,5	15
	<b>Rangos positivos</b>	<b>12 (h)</b>	7,5	90
	<b>Empates</b>	183 (i)		
	<b>Total</b>	197		

a Ansiedad POST < Ansiedad PRE
<b>b Ansiedad POST &gt; Ansiedad PRE</b>
c Ansiedad POST = Ansiedad PRE
d Depresión POST < Depresión PRE
e Depresión POST > Depresión PRE
f Depresión POST = Depresión PRE
g Apoyo Social POST < Apoyo Social PRE
<b>h Apoyo Social POST &gt; Apoyo Social PRE</b>
i Apoyo Social POST = Apoyo Social PRE

Tabla nº 21

<b>Ansiedad PRE- Ansiedad POST</b>	<b>Depresión PRE- Depresión POST</b>	<b>Apoyo Social PRE- Apoyo Social POST</b>
-3,205(a)	-,435(a)	-2,673(a)
<b>-0,001</b>	0,664	<b>0,008</b>

**a Basado en los rangos negativos**

**b Prueba de rangos señalados de Wilcoxon**

Tabla nº 22

**Matriz de correlaciones inter-elementos Ansiedad POST (HADS)**

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0,541	0,553	0,388	0,436	0,348	0,538
2	0,541	1	0,417	0,376	0,363	0,350	0,614
3	0,553	0,417	1	0,365	0,426	0,268	0,494
4	0,388	0,376	0,365	1	0,270	0,589	0,373
5	0,436	0,363	0,426	0,270	1	0,344	0,441
6	0,348	0,350	0,268	0,589	0,344	1	0,318
7	0,538	0,614	0,494	0,373	0,441	0,318	1

Tabla nº 23

**Matriz de correlaciones inter-elementos Depresión POST (HADS)**

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0,447	0,442	0,318	0,234	0,370	0,287
2	0,447	1	0,403	0,224	0,242	0,399	0,286
3	0,442	0,403	1	0,324	0,246	0,323	0,257
4	0,318	0,224	0,324	1	0,275	0,247	0,176
5	0,234	0,242	0,246	0,275	1	0,192	0,141
6	0,370	0,399	0,323	0,247	0,192	1	0,290
7	0,287	0,286	0,257	0,176	0,141	0,290	1

Tabla nº 24

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,203	37,161	37,161	5,203	37,161	37,161	3,377	24,124	24,124
2	1,348	9,631	46,792	1,348	9,631	46,792	3,174	22,668	46,792
3	1,000	7,139	53,932						
4	0,922	6,587	60,518						
5	0,827	5,909	66,427						
6	0,702	5,015	71,443						
7	0,644	4,601	76,043						
8	0,638	4,559	80,603						
9	0,569	4,063	84,666						
10	0,517	3,693	88,359						
11	0,494	3,532	91,891						
12	0,420	2,996	94,887						
13	0,369	2,639	97,526						
14	0,346	2,474	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla nº 25

Frecuencias y Porcentajes de Ansiedad y Depresión por Género

Género	Ansiedad PRE		Depresión PRE		Total PRE	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Masculino	37	31,4	5	4,2	118	100,0
Femenino	73	41,7	18	10,3	174	100,0
	Ansiedad POST		Depresión POST		Total POST	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Masculino	48	34,0	9	6,4	141	100,0
Femenino	110	54,2	25	12,3	203	100,0

Tabla nº 26

Prueba estadística (Chi-cuadrado) para ver si hay “una tendencia” significativa en la variable género según curso.

Muestra PRE			Muestra POST		
Curso		Género	Curso		Género
1º	Chi-cuadrado	0,45	1º	Chi-cuadrado	1,136
	gl	1		gl	1
	Sig. asintót.	0,502		Sig. asintót.	0,286
2º	Chi-cuadrado	3,93	2º	Chi-cuadrado	2,5
	gl	1		gl	1
	Sig. asintót.	<b>0,047</b>		Sig. asintót.	0,114
3º	Chi-cuadrado	10,593	3º	Chi-cuadrado	5,263
	gl	1		gl	1
	Sig. asintót.	<b>0,001</b>		Sig. asintót.	<b>0,022</b>
4º	Chi-cuadrado	1,032	4º	Chi-cuadrado	0,711
	gl	1		gl	1
	Sig. asintót.	0,31		Sig. asintót.	0,399
5º	Chi-cuadrado	0,51	5º	Chi-cuadrado	3,92
	gl	1		gl	1
	Sig. asintót.	0,475		Sig. asintót.	<b>0,048</b>