



DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL

MARÍA ZÚÑIGA CORONADO*, MARÍA ELENA RAMOS TOVAR*,
EMMA ALEXANDRA ZAMARRIPA ESPARZA*, ADELAIDO
GARCÍA ANDRÉS*

La pandemia de la COVID-19 evidenció distintos problemas en materia de salud física y mental que viven diversos grupos poblacionales, entre los que destacan los(as) jóvenes estudiantes, quienes, a pesar de ser menos vulnerables al contagio del virus, han experimentado otros padecimientos de salud como la depresión y la ansiedad.

En el ámbito educativo, la pandemia modificó el entorno escolar, social y familiar de los estudiantes universitarios, situación que podría tener consecuencias negativas en su desarrollo y bienestar psicosocial. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2021), la depresión se define como un estado en el que las personas que la experimentan pierden el interés por sus actividades habituales, emocionalmente se sienten tristes, culpables, indecisas y sin esperanzas, físicamente sin energía,

pierden el apetito y sufren trastornos de sueño. En tanto que la ansiedad se caracteriza por un estado de preocupación constante, como malestar, o como desesperación que se vive por un acontecimiento estresante. Estas molestias se manifiestan a través de síntomas físicos, como dolores de cabeza o taquicardias que limitan sus actividades cotidianas.

Aunque la población joven generalmente se caracteriza por su capacidad de afrontamiento y adaptación (Uehara *et al.*, 2010), también presenta problemas de salud mental que inciden en sus relaciones sociales, académicas y familiares, y por ende en sus proyectos de vida a corto y largo plazo. La mayoría de los trastornos emocionales a lo largo de la vida tienen su primera aparición durante la etapa universitaria (Apaza, Seminario y Santa-Cruz, 2020), con rangos estimados que van de 80 a 85% (Ibra-

*Universidad Autónoma de Nuevo León.
Contacto: maria.ramostv@uanl.edu.mx



him *et al.*, 2013). En esta población, la ansiedad y la depresión afectan numerosas actividades, como la motivación, la concentración, la percepción de la autoestima y el estado de ánimo (Andrews y Wilding, 2004). Entre los factores de riesgo se encuentran la exposición constante a condiciones estresantes, como la carga académica, la presión de los padres, el miedo al fracaso, los desafíos del mercado laboral y la vulnerabilidad a diversos brotes emocionales (Eisenberg *et al.*, 2007).

Con el apoyo de la Universidad Autónoma de Nuevo León, del 13 de septiembre al 21 de noviembre, se llevó a cabo la aplicación de la encuesta “Censo UANL 2020” a través del Sistema Integral para la Administración de los Servicios Educativos (SIASE). Se obtuvo una tasa de respuesta efectiva de 50.8%, del total de 199,471 estudiantes de la UANL de los diferentes niveles: medio superior, superior y posgrado, matriculados en el semestre agosto-diciembre de 2020. Se encontró que 12% padece ansiedad muy severa, 19.5% ansiedad severa, 21.5% ansiedad moderada y 47.5% ansiedad leve; mientras que 0.89% experimenta depresión grave, 5.81% depresión moderada, 20.82% depresión leve y 72.48% no padece depresión. La metodología aplicada para estimar los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios, así como sus valores de intensidad, corresponde a las escalas de ansiedad de Hamilton (Hamilton 1959; Jiang *et al.*, 2020), y de depresión de Zung (Zung, 1965; Campo-Arias *et al.*, 2005). Luego de estimar el coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach se obtuvieron coeficientes de alfa=0.909 y alfa=0.859, respectivamente. Por res-





tricciones de extensión de contenido se omiten estos apartados, para una exposición más detallada de la metodología y resultados del Censo UANL 2020 véase Ramos-Tovar *et al.* (2021).

Entre las variables relacionadas con la ansiedad se encuentra, en primer lugar, la Pérdida de ingresos, esto es porque 35% de los estudiantes que padecen depresión severa o muy severa tuvieron una reducción económica durante la pandemia de la COVID-19; en segundo lugar, la Doble jornada laboral, ya que 33% de los estudiantes que tienen una doble jornada presentaron ansiedad severa o muy severa. Y, en tercer lugar, las Diferencias por género, en éste se encontró que independientemente de los grupos de edad, las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres. Mientras que el factor protector más importante ante la depresión y la ansiedad es el apoyo social de la familia, compañeros de estudio, profesores y tutores (Ramos-Tovar *et al.*, 2021).

En breve, los datos revelan que 6.67% de los estudiantes requiere de apoyo para el manejo de la depresión y alrededor de 12% para el manejo de la ansiedad. Dado el diagnóstico observado en la salud mental de los estudiantes universitarios, así como sus principales determinantes, se plantea, desde la disciplina del Trabajo Social, la propuesta de un modelo de intervención que permita fortalecer los factores protectores del bienestar subjetivo en los estudiantes de la UANL (redes de apoyo y actitudes optimistas) y sus posibles ejes de intervención. Las redes sociales y comunitarias que son definidas

como redes de apoyo más cercanas al individuo (familia, amigos, profesionistas de las instituciones) que brindan atención y tiempo en momentos de necesidad. La función principal de las redes sociales es brindar apoyo o soporte social. El apoyo social se ha estudiado desde dos aspectos: el apoyo social percibido, el cual refiere a la valoración cognitiva que hace la persona de otras personas que le pueden proporcionar ayuda en caso de necesitarla; y el apoyo social recibido, el cual refiere a la ayuda efectiva que recibe en situaciones problemáticas (Barrera, 1986; Gotlieb, 1983).

PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL

El modelo se respalda en tres principios básicos para la actuación: diálogo, horizontalidad y reciprocidad desde la disciplina del Trabajo Social (Viscarret, 2007; Mancinas, *et al.*, 2017). El diálogo en sus diferentes formas, verbal y no verbal, representa la principal estrategia a utilizar para conocer la percepción que tienen los jóvenes sobre la salud mental, sus problemas, necesidades, emociones, sentimientos, sueños y recursos, así como las redes reales y potenciales de apoyo, con la finalidad de construir en conjunto alternativas que permitan mejorar su bienestar subjetivo.

Asimismo, el trabajo colaborativo se funda en la construcción de situaciones horizontales, de igualdad, con



el propósito de recoger y reconocer las múltiples voces, sus aportes y capacidades, así como en la idea de que los sujetos se construyen socialmente a través de las interacciones y lazos con otros y erigen el mundo de la vida a través de los significados que le asignan a las situaciones. Y como constructores del mundo social pueden transformarlo para mejorar el bienestar objetivo y subjetivo. La corresponsabilidad de las partes para lograr el bienestar común emana de la reciprocidad, la cual se va construyendo durante todo el proceso de intervención a través del diálogo y del reconocimiento de las representaciones de los otros sobre uno mismo (cfr. Ramos-Tovar, *et al.*, 2021).

Los objetivos del modelo son: *a)* orientar el proceso de identificación de los problemas de salud mental más comunes de los jóvenes considerando los determinantes individuales y estructurales (diagnóstico) desde la perspectiva de género; y *b)* orientar procesos de intervención en salud mental desde tres ejes: el manejo de las emociones, redes sociales de apoyo y conciencia crítica. El modelo se fundamenta en la psicología cognitiva de Richard Lazarus, la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos y en una metodología concebida como un proceso circular, no lineal, en la que las etapas se retroalimentan constantemente para comprender la realidad social desde determinantes micro y macrosociales (Mancinas *et al.*, 2017).

Desde la psicología mediacional cognitiva, se reconoce el impacto que tiene el ambiente (estímulo) sobre el individuo (organismo), y la reacción

(respuesta) que él toma sobre determinada situación (Lazarus, 1999). La explicación que ofrece Lazarus desde su modelo del manejo del estrés y las emociones de los diferentes procesos que llevan al sujeto a comportarse de maneras específicas, proporcionan un fundamento significativo a nuestra propuesta de modelo enfocada en fortalecer las estrategias de afrontamiento ante situaciones críticas en los jóvenes universitarios. Su concepto de estrés (relacionado a la influencia del entorno en la persona), la importancia que da a las emociones y las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes son elementos que sustentan la propuesta de atención a la salud mental de los universitarios. Particularmente se retoman dos aspectos para ser trabajados: el manejo de las emociones a través de la resignificación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, específicamente, el apoyo social dispensado por las redes sociales (Lazarus, 2001).

Desde el enfoque de derechos humanos, el modelo recoge los principios de reconocimiento de las personas como sujetos libres, responsables, dotados de derechos reconocidos (ciudadanos) y de capacidad de decisión (Cordero, Palacios y Fernández, 2006; Rabossi, 1989). En este sentido, la autonomía-desarrollo es el eje central que retoma la intervención propuesta desde nuestro modelo, encaminada a la potenciación y al desarrollo personal. Partiendo desde la óptica de derechos humanos, retomamos en nuestro modelo el eje de empoderamiento y la transformación social, utilizando herramientas que faciliten la reflexión de las personas sobre sus derechos, particularmente el de la sa-



lud, para promover procesos de cambio para el desarrollo de una política pública universal que garantice sus derechos.

Nos aproximamos a la realidad de los jóvenes desde las miradas del género, sus relaciones de poder y desigualdad, que adquieren expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura, como en el de la salud. En este contexto, partimos del reconocimiento que las relaciones de poder son favorables a los hombres y discriminatorias para las mujeres, que éstas son una construcción histórico-social y que atraviesan el entramado social y se articulan con otros factores, como la religión, edad, clase, etnia y preferencia sexual. Los conceptos elegidos para incorporar el enfoque de género a nuestro modelo son: género/sexualidad, diversidad, igualdad y equidad, participación (Valcárcel, 2008).

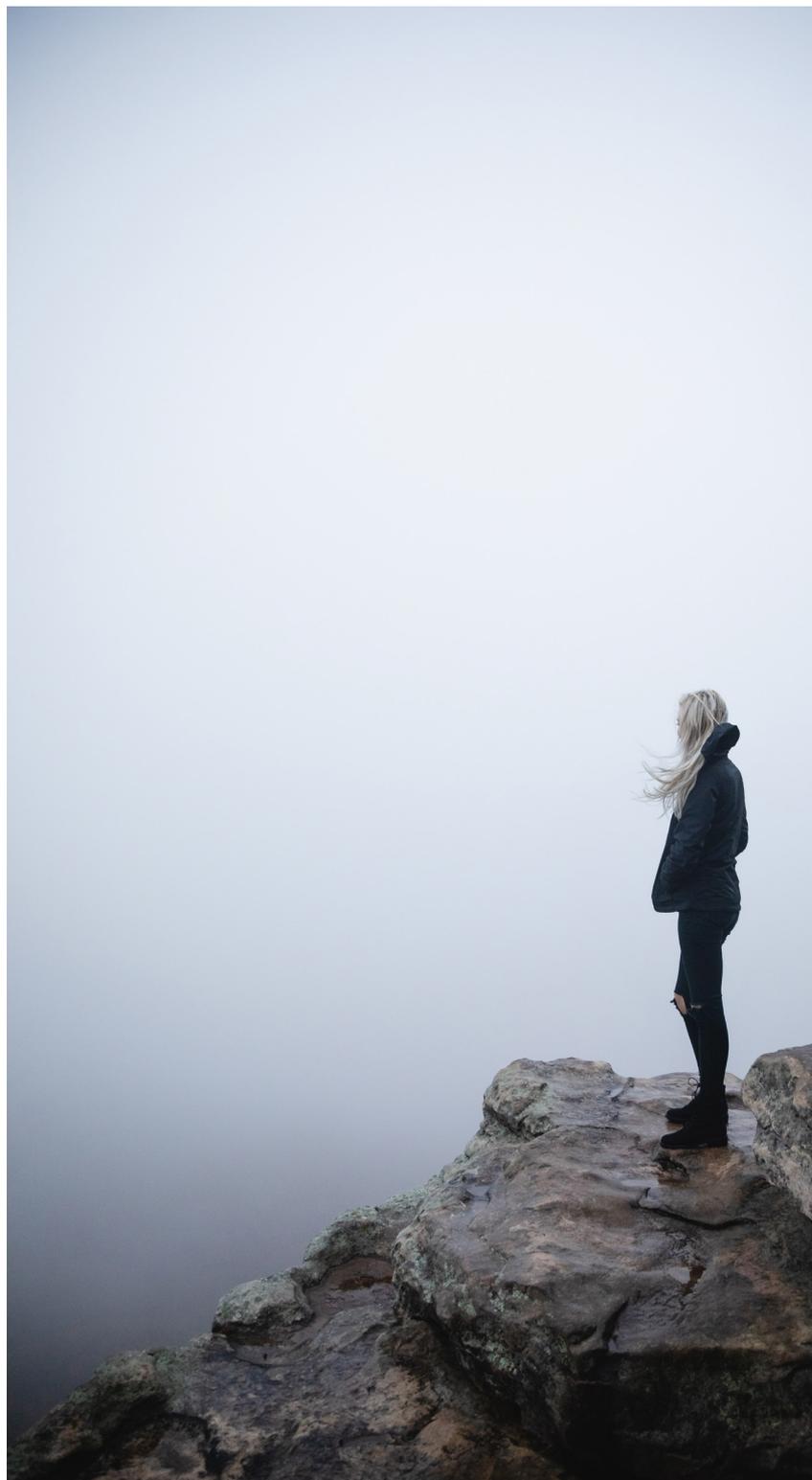
Tomando como base estas categorías, en la etapa de Diagnóstico o comprensión de la situación del modelo se pretende identificar las desigualdades de género, desarrollando indicadores desagregados por sexo biológico y otras identidades sexuales para reconocer las desigualdades en el acceso a servicios de salud y a la información, las condiciones socioeconómicas, los problemas de salud mental y sus consecuencias, las relaciones de poder, las situaciones de discriminación y exclusión, entre otras, con la finalidad de promover procesos de reflexión para que las y los jóvenes transformen la situación, eliminando los vínculos jerárquicos y discriminatorios.

PROCESO DE INTERVENCIÓN DEL MODELO

El proceso de intervención consta de cuatro fases: *rapport*, indagación o exploración, comprensión de la situación o diagnóstico e intervención, esta última fase pretende abordar las estrategias de afrontamiento para el manejo de las emociones, el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y la promoción de procesos de empoderamiento en los universitarios, entendida como conciencia crítica.

En el *rapport* se establecen los primeros acercamientos con la intención de crear lazos de confianza que permitan establecer una comunicación efectiva y lograr la participación de los estudiantes durante todo el proceso de intervención, para la cual se desarrollan encuentros en ambientes informales. Propiciando en todo tiempo el respeto a la individualidad, a los valores y a la dignidad, así como la empatía y el interés por su bienestar.

La indagación o exploración de la situación se realiza por el equipo multidisciplinario (psicólogo y trabajador social) desde dos ejes: el subjetivo y el objetivo, priorizando la escucha y el diálogo a través de acercamientos individuales y grupales. El énfasis de esta fase está en la situación y sus múltiples aristas y no en la persona. En el plano subjetivo se proyecta conocer los significados personales sobre las situaciones que se viven, sobre la salud física y mental, emociones, ideologías, tipo de



relaciones sostenidas con los miembros de la red personal (lazos fuertes o débiles), así como la satisfacción con los recursos tangibles e intangibles recibidos de los miembros que conforman la red personal. En el ámbito objetivo se enfoca a conocer las características sociodemográficas, la estructura y la dinámica familiar, la situación económica, el estado de salud físico y mental, los recursos personales, familiares y sociales, las estrategias de afrontamiento utilizadas para resolver situaciones, la conformación de la red personal (estructura, tamaño, densidad, frecuencia de contacto), así como los recursos materiales e inmateriales que circulan al interior de la red.

El diagnóstico es entendido de diversas maneras, desde lo social lo entendemos como una fase del proceso de intervención, presente en todas las demás fases, que permiten analizar y comprender las situaciones problemáticas que experimentan las personas considerando los determinantes individuales y estructurales. Tanto la persona como la realidad que lo rodea son comprendidas en términos históricos. Éste nos permite emitir un informe de la situación psicosocial de los sujetos y constituye el fundamento del plan de acción a poner en marcha para transformar la situación problema.

Por último, la etapa de *intervención* tiene por objetivo realizar acciones para: a) fortalecer los factores protectores individuales, como el manejo de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones; b) fortalecer las redes sociales de apoyo, y c) sensibilizar a los jóvenes

para que comprendan la realidad de manera crítica, es decir, los factores objetivos (estructurales) y subjetivos que condicionan la salud psicofísica.

a) Estrategias de afrontamiento centradas en las emociones

En esta dimensión de la intervención se trabaja en el afrontamiento centrado en las emociones para disminuir el estrés, a través de dos estrategias para el manejo de emociones: la revaloración de la situación y el mantenimiento de pensamientos positivos como el optimismo y la esperanza; estas estrategias sólo son aplicables en algunas situaciones, en tanto que el control de otras situaciones no depende de la persona, por ser externas (estructurales) requieren de otro tipo de afrontamiento (este abordaje se propone en virtud de los resultados sobre factores protectores del Censo UANL). El proceso por seguir se describe en la figura 1.

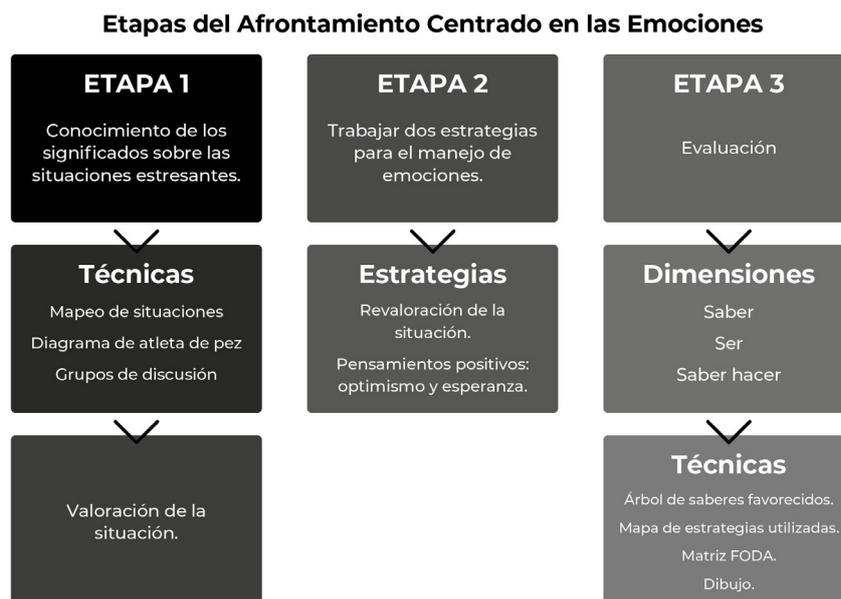


Figura 1. Etapas de afrontamiento centrado en las emociones (fuente: elaboración propia).

b) Redes sociales de apoyo

Las redes sociales son entendidas como las fuentes reales o potenciales de soporte y las relaciones que los individuos mantienen con personas y grupos significativos de su ambiente (Vaux, 1985). Las acciones de esta dimensión van encaminadas a trabajar con las principales redes de apoyo de los universitarios: tutores escolares, padres de familia y los compañeros: 1) la sensibilización y capacitación en materia de factores de riesgo y factores protectores de salud mental, 2) la formación de grupos para el apoyo mutuo, y 3) la derivación y seguimiento a servicios para la atención de necesidades económicas o materiales.

c) Empoderamiento/conciencia crítica

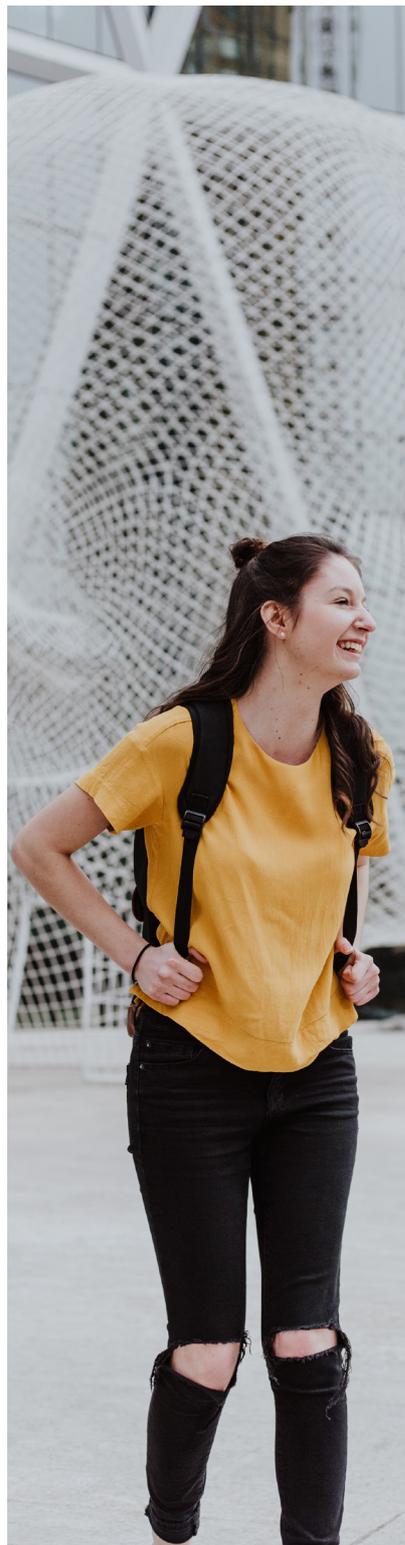
El objetivo principal de este aspecto es el empoderamiento de las y los jóvenes, entendido como la toma de conciencia de las condiciones estructurales de las vidas individuales y de las posibilidades de cambio (Ryynänen y Nivala, 2017). Promover en los jóvenes la reflexión crítica de las barreras estructurales que impiden la consecución del bienestar psicofísico y del bienestar social es el principal propósito de este proceso, el cual contempla tres momentos: 1) análisis de la situación desde la perspectiva de género y de derechos humanos; 2) acciones para reforzar conocimientos y fortalecer capacidades de análisis crítico de la realidad social, y 3) evaluación de los logros obtenidos.

CONCLUSIONES

Sustentados en los resultados del Censo UANL 2020, los cuales señalan que el apoyo social y el optimismo fueron las principales estrategias que utilizaron los universitarios para afrontar las situaciones estresantes derivadas del confinamiento provocado por la COVID-19, se presenta una propuesta para desarrollar procesos a nivel micro encaminados a fortalecer las estrategias de afrontamiento ante eventos de crisis y nivel macro para promover la conciencia crítica sobre los factores estructurales que inciden en la consecución de la salud psicofísica.

Si bien esta propuesta inicia con la intención de promover cambios a nivel individual, como las actitudes positivas y el fortalecimiento de redes sociales de apoyo, no se limita a ello, ya que pretende a nivel macro suscitar la reflexión crítica sobre el orden social a fin de que los jóvenes estén en condiciones de buscar cambios a nivel social con la intención de eliminar las barreras que les impiden gozar de bienestar emocional.

En breve, esta propuesta de intervención apoya la idea de Saforcada y De Lellis (2006), quienes sostienen que la forma adecuada de atender lo mental debe estar fundamentalmente centrada en la protección y promoción de la salud en la que los determinantes de las condiciones de ésta son de naturaleza psicosocial y cultural.



REFERENCIAS

- Andrews, B., y Wilding, J.M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*. 95(4):509-521.
- Apaza C., Seminario, R., y Santa-Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por la Covid-19-Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*. 25(90):1-10.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*. 14(4):413-446.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. Rueda-Jaimes, G., et al. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34(1):54-62.
- Cordero, N., Palacios, J.E., y Fernández, I. (2006). Trabajo social y derechos humanos: razones para una convergencia. *Acciones e investigaciones sociales*. (Extra 1):228-244.
- Gotlib, B.H. (1983). Social support: a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*. (38):278-287.
- Jiang Y., Zhang J., Ming H., et al. (2019). Stressful life events and well-being among rural-to-urban migrant adolescents: The moderating role of the stress mindset and differences between genders. *J Adolesc*. 74(1):24-32. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.005>
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States by Rating. *The British Journal of Medical Psychology*. 32(1):50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K.R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone (Eds.) *Appraisal process in emotion: Theory, method, research*. pp. 37-67. New York:Oxford University Press.
- Mancinas, S., Zúñiga, M., Arroyo, C., et al. (2017). *Teoría y modelos de intervención en trabajo social I. Fundamentos básicos y crítica*. San Nicolás de los Garza, Nuevo León: Editorial Esfera Pública S.A DE C.V.
- OMS. (2019). *Trastornos mentales. Datos y cifras*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OPS. (2021). *Depresión*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Rabossi, E. (1989). El fenómeno de los derechos humanos y la posibilidad de un nuevo paradigma teórico. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*. (3):323-343.
- Ramos-Tovar, M., García-Andrés, A., Zamarripa, A., et al. (2021). *Pandemia y confinamiento: efectos en la salud psicoemocional de los estudiantes universitarios*. Eds. UANL/Patria Educación:México.
- Ryynänen, S., y Nivala, E. (2017). Empowerment or emancipation? Interpretations from Finland and beyond. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 30:35-49. https://doi.org/10.7179/PSRI_2017.30.03
- Saforcada, E., y De Lellis, M. (2006). Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud. En Martín de Lellis et al. (editores): *Psicología y políticas de salud*. Paidós: Argentina.
- Uehara, T., Takeuchi, K., Kubota, F., et al. (2010). Annual transition of major depressive episode in university students using a structured self-rating questionnaire. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2(2):99-104.
- Valcárcel A. (2008). *Feminismo en el mundo global*. Ediciones Catedra, 1ª Edición. Universidad de Valencia/Instituto de la Mujer:España.
- Vaux, A. (1985). Variation in social support associated with gender, ethnicity and age. *Journal of Social Issues*. 41(1):89-110.
- Viscarret, J.J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*. Alianza Editorial:Madrid.
- Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. 12(1):63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- Zúñiga, M. (2014). El trastorno de ansiedad y estrés escolar en los adolescentes con alto desempeño académico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2(1):205-212.