

TRABAJO DE FINALIZACIÓN DE CARRERA

Incidencia del nivel de depresión en el rendimiento académico en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana sede Rosario

Directora: Ps. Anabel Muñoz

Alumno: Alfio Gaibazzi

Título a obtener: Licenciado en Psicología

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Sede: Rosario

Mayo de 2026

RESUMEN

La depresión constituye uno de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población universitaria, con potencial impacto en el rendimiento académico. El presente estudio tuvo como objetivo describir la incidencia del nivel de depresión en el rendimiento académico en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI), sede Rosario. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo. La muestra estuvo conformada por 45 estudiantes (71,10% femenino; 28,90% masculino), seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional. Para la evaluación de la depresión se administró el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II), instrumento validado en población hispanohablante (Sanz et al., 2005). El rendimiento académico fue operacionalizado mediante la relación entre materias aprobadas y regularizadas. Los resultados indicaron que el 57,80% de los participantes presentó depresión mínima, el 24,50% leve, el 13,30% moderada y el 4,40% severa. En cuanto al rendimiento, el 68,90% evidenció un nivel alto. Se observó una tendencia a que mayores niveles de depresión se asocian con menor rendimiento académico, aunque esta relación no fue lineal en todos los casos, lo que sugiere la existencia de factores protectores intermediarios.

Palabras clave: depresión, rendimiento académico, estudiantes universitarios, psicología, BDI-II.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario, y a la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Esta casa de estudios ha sido el espacio fundamental de mi formación profesional, proporcionando no solo las instalaciones, los recursos bibliográficos y el soporte administrativo necesarios para el desarrollo de la carrera, sino también un entorno institucional comprometido con la excelencia académica y la investigación en salud mental.

Un reconocimiento especial a mi directora de tesis, la Ps. Anabel Muñoz. Agradezco profundamente su guía metodológica rigurosa, su paciencia durante las sucesivas revisiones y, sobre todo, sus observaciones e ideas constructivas, que fueron determinantes para que este trabajo no se convirtiera en un "cuento de hadas" teórico, sino en una investigación con sustento empírico, coherencia científica y pertinencia contextual. Su acompañamiento constante y su exigencia académica fueron el eje que sostuvo la calidad de este proyecto.

A los docentes de la sede Rosario, mi gratitud por la formación recibida a lo largo de estos años. Su dedicación pedagógica y su rigor disciplinar han sido esenciales para desarrollar la capacidad de integración de conocimientos, una competencia central en los ciclos superiores de la carrera que me permitió abordar con perspectiva crítica y sistémica la compleja relación entre el bienestar psicológico y el desempeño universitario.

A los estudiantes de cuarto y quinto año de la Licenciatura en Psicología que participaron voluntariamente en este estudio: gracias. Su disposición, honestidad y sinceridad al compartir información sobre una temática tan sensible como la depresión fueron el corazón de esta investigación. Sin su colaboración ética y comprometida, este trabajo simplemente no habría sido posible.

Finalmente, a mi familia y compañeros amigos, quienes han sido mi sostén emocional inquebrantable. Agradezco su comprensión y apoyo incondicional durante las largas jornadas de escritura, la revisión bibliográfica y el cumplimiento de este último y, en ocasiones, agobiante requisito para la graduación. Su presencia me recordó que, detrás de cada dato y análisis, hay una historia personal de perseverancia y vocación. A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento.

INDICE

RESUMEN 1
AGRADECIMIENTOS..... 2
INTRODUCCIÓN 5
ANTECEDENTES / ESTADO DEL ARTE 6
Método de búsqueda bibliográfica 6
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS 16
Pregunta de investigación 16
Objetivo general 16
Objetivos específicos 16
MARCO TEÓRICO 17
Capítulo 1: La Depresión. Conceptualización, Historia y Clínica 17
1.1. Evolución del concepto: de la melancolía a los sistemas clasificatorios contemporáneos 17
1.2. Definición Clínica Contemporánea (DSM-5) 18
1.3. Perspectiva Neurobiológica y Etiología Multifactorial 19
Capítulo 2: La Depresión desde el Psicoanálisis 21
2.1. Contexto histórico y ruptura epistemológica 21
2.2. Freud: "Duelo y melancolía" (1917) y el mecanismo de identificación narcisista. 22
2.3. Karl Abraham: la fase oral y los fundamentos del carácter depresivo 23
2.4. Melanie Klein: la posición depresiva y el desarrollo emocional 24
2.5. Donald Winnicott: depresión, falso self y holding 26
2.6. La clasificación psicoanalítica de la depresión: una aproximación estructural 28
2.7. Aportes de Jacques Lacan: depresión, cobardía moral y el deseo 29
2.8. Conceptos psicoanalíticos fundamentales: glosario aplicado 29
2.9. Síntesis del capítulo: psicoanálisis, depresión y rendimiento académico 31
Capítulo 3: La Depresión desde la Terapia Cognitivo-Conductual 31
3.1. Orígenes históricos y cambio paradigmático 31
3.2. La tríada cognitiva negativa y su dinámica autorreforzante 32
3.3. Esquemas cognitivos depresógenos: sociotropía vs. autonomía 34
3.4. Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos negativos 35
3.5. El modelo conductual: evitación, refuerzo y activación 36
3.6. El BDI-II: validación, estructura factorial y alineación teórica 37
3.7. Proceso terapéutico y técnicas específicas 39
3.8. Terapias de segunda y tercera generación: ampliaciones del modelo 40
3.9. Síntesis del capítulo: TCC, depresión y rendimiento académico 41
Capítulo 4: El Rendimiento Académico en la Educación Superior 42
4.1. Definición y Complejidad 42

c) Regularidad académica: relativa a las tasas de presentación a exámenes 43
4.2. Indicadores de Medición 43
4.3. Factores Determinantes 44
Capítulo 5: Interrelación entre Depresión y Rendimiento Académico 45
5.1. Mecanismos de Interferencia 45
5.2. Evidencia Empírica y la Hipótesis del "Estudiante Resiliente" 47
MARCO METODOLÓGICO 50
1. Tipo y diseño de investigación 50
2. Definición conceptual y operacional de las variables 50
Variable Depresión 50
Variable Rendimiento académico 50
3. Descripción del contexto de investigación 50
4. Unidades de análisis: población, muestra y muestreo 51
Población 51
Muestra 51
5. Técnicas, instrumentos y procedimientos 51
Instrumento 1: Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II) 51
Instrumento 2: Cuestionario de datos académicos y sociodemográficos 53
Procedimiento 53
6. Consideraciones éticas 54
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS 55
1. Resultados sociodemográficos 55
2. Resultados del nivel de depresión (BDI-II) 55
3. Análisis Factorial del BDI-II: Comparación de Dimensiones Sintomáticas 56
3.1. Sección A — Peso Relativo de los Factores en la Muestra Total 56
3.2. Sección B — Evolución de los Factores Según Nivel de Severidad Depresiva 58
4. Resultados del rendimiento académico 61
5. Relación entre depresión y rendimiento académico 62
CONCLUSIONES 64
ANEXO A 72
ANEXO B 73

INTRODUCCIÓN

La depresión constituye un problema de salud mental de creciente prevalencia en la población universitaria, con consecuencias significativas en múltiples ámbitos de la vida, incluyendo el rendimiento académico. Diversos estudios recientes han abordado esta relación, aunque con hallazgos contradictorios que reflejan la complejidad del fenómeno. En una muestra de estudiantes de Psicología en México, se encontró una alta prevalencia de depresión (49,4%) y estrategias de afrontamiento predominantemente pasivas; sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en estas variables entre grupos de rendimiento académico regular e irregular (Cuamba Osorio & Zazueta Sánchez, 2021). Por su parte, en estudiantes de enfermería de una universidad peruana, se determinó que existe una correlación negativa moderada y significativa entre la depresión y el rendimiento académico (Carvo Pareja, 2024), hallazgo que contrasta con estudios en estudiantes de Medicina en Nicaragua y Perú, donde no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (Bayona Largo & Brenes Solís, 2023; Herrera-Pérez & Tinoco-Trujillo, 2021).

Esta inconsistencia en los resultados muestra que la relación entre depresión y rendimiento académico no es universal, sino que parece estar mediada por factores contextuales específicos, como la disciplina de estudio, el año académico y las características socioeconómicas de la población. En particular, hay una falta de investigaciones focalizadas en estudiantes de años avanzados —cuarto y quinto año— de Psicología, una etapa marcada por la transición a la práctica profesional.

La presente investigación se delimita al análisis de la incidencia de la depresión sobre el rendimiento académico de los estudiantes del ciclo superior de la carrera de Licenciatura en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana (UAI), Sede Regional Rosario. El estudio se enfocó en estudiantes que han superado las etapas iniciales de la carrera y se encuentran en el tramo final de su formación, donde los desafíos de integración teórica y práctica son mayores. Se utilizaron medidas estandarizadas para evaluar los niveles de depresión —el Inventario de Depresión de Beck, BDI-II— y el rendimiento académico se operacionalizó mediante la cantidad de materias aprobadas y regularizadas, año actual de cursado y cantidad de años de permanencia en la Facultad.

ANTECEDENTES / ESTADO DEL ARTE

Método de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos a texto completo en bases de datos especializadas: Redalyc, Scielo y Dialnet, además de repositorios institucionales y revistas científicas de psicología, todos recuperados a través de Google Académico. Las palabras clave utilizadas fueron: "depresión", "rendimiento académico", "estudiantes universitarios", "psicología" e "inventario de depresión Beck", lo que arrojó 73 resultados iniciales. Para acotar la búsqueda se aplicaron los siguientes filtros: cronológico (2020-2025), uso de comillas y operadores booleanos (AND), y selección de textos en español, lo que redujo los resultados a 48. Tras la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron ocho artículos directamente afines al tema.

Salud mental y educación superior: encuadre conceptual del problema

En las últimas décadas, la salud mental de los estudiantes universitarios ha dejado de ser un tema marginal para convertirse en un eje central de las políticas académicas y de la investigación en psicopedagogía. Este desplazamiento no es casual: responde a la acumulación de evidencia empírica que demuestra que el bienestar psicológico de quienes transitan la educación superior no es únicamente una preocupación de índole asistencial, sino una variable sustantiva que incide en las trayectorias académicas, en la retención institucional y en el rendimiento educativo. La depresión, en particular, se ha consolidado como uno de los trastornos más prevalentes en esta población, con estimaciones que, según el contexto geográfico, los instrumentos utilizados y la disciplina de estudio, oscilan entre el 15% y el 40% (Alvarado-Arias et al., 2024; Carvo Pareja, 2024).

Esta prevalencia adquiere una significación particular cuando se la considera a la luz de lo que el trastorno depresivo implica desde una perspectiva cognitiva y funcional. De acuerdo con el modelo cognitivo de Beck, la depresión no genera solamente un estado de ánimo persistentemente triste o una pérdida generalizada del interés; opera, ante todo, como una distorsión sistemática del procesamiento de la información, comprometiendo funciones ejecutivas que son indispensables para el aprendizaje universitario: la atención sostenida, la memoria de trabajo, la capacidad de toma de decisiones y la motivación intrínseca (Chamaya Benavides, 2021). Esta dimensión cognitiva del trastorno es la que conecta más directamente la sintomatología depresiva con su potencial impacto sobre el desempeño académico, en la medida en que erosiona

las competencias básicas sobre las cuales descansa cualquier proceso de aprendizaje de nivel superior.

Sin embargo, la relación entre depresión y rendimiento académico dista de ser unívoca. Una revisión crítica de la literatura empírica disponible revela un panorama tan rico como contradictorio: mientras algunos estudios confirman una asociación significativa y negativa entre ambas variables, otros no encuentran ninguna relación estadísticamente significativa, incluso en muestras con tasas elevadas de sintomatología depresiva. Esta heterogeneidad de resultados, lejos de representar una debilidad del campo, invita a una lectura más sofisticada del fenómeno: la relación entre depresión y rendimiento no es lineal ni universal, sino que está mediada y moderada por factores que tienen tanto que ver con la disciplina cursada como con el contexto socioeconómico en que se estudia, el año de carrera en que se encuentra el estudiante y los recursos de afrontamiento de que dispone. La revisión que sigue reconstruye ese panorama con el doble propósito de sistematizar el conocimiento empírico disponible e identificar los vacíos conceptuales y contextuales que justifican la presente investigación.

Prevalencia de la depresión en la población universitaria

La prevalencia documentada de sintomatología depresiva en poblaciones universitarias constituye, por sí misma, un indicador de alerta que ha ganado visibilidad progresiva en los últimos años. La evidencia acumulada en los estudios incluidos en esta revisión muestra un patrón consistente: los estudiantes de carreras de ciencias de la salud presentan tasas particularmente elevadas, aunque con diferencias significativas según la disciplina y el contexto institucional.

En una muestra de 65 estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza del Amazonas, Perú, Hernández Chuquimbalqui (2021) encontró que el 83% de los participantes presentaba algún grado de depresión, ya fuera leve, moderada o grave. Esta cifra es extraordinaria y merece ser subrayada en toda su magnitud: significa que en un grupo representativo de una cohorte de Psicología, prácticamente ocho de cada diez personas estarían experimentando síntomas depresivos de relevancia clínica. En una investigación con estudiantes de Psicología en México, Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021) reportaron una prevalencia algo menor pero igualmente significativa, del 49,4%, al tiempo que documentaron que las estrategias de afrontamiento predominantes en esa muestra eran de naturaleza pasiva, incluyendo la evitación emocional y la retirada social.

En el campo de la Medicina, los estudios de Bayona Largo y Brenes Solís (2023) y de Herrera-Pérez y Tinoco-Trujillo (2021) reportan prevalencias del 39,81% y valores cercanos al 10% de depresión moderada-grave, respectivamente, mientras que Chamaya Benavides (2021), en una muestra multidisciplinaria de cinco carreras distintas, encontró que el 39,1% de los estudiantes presentaba algún nivel de depresión. En Enfermería, Carvo Pareja (2024) documentó que la mayoría de su muestra presentaba niveles leves a moderados, en tanto que Alvarado-Arias et al. (2024) hallaron tasas variables según el subgrupo y el año de estudio.

La consistencia metodológica entre estos estudios merece ser señalada: todos ellos utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI o BDI-II) como instrumento de medida, lo que proporciona una base común para el análisis comparativo y otorga a los resultados un grado razonable de confiabilidad. Esta convergencia instrumental permite afirmar, con relativa certeza, que las elevadas tasas de sintomatología depresiva en estudiantes de ciencias de la salud no constituyen un artefacto de la medición, sino una realidad consistente y documentable que demanda atención tanto institucional como investigativa.

Evidencia convergente sobre la incidencia de la depresión en el rendimiento académico

Entre los estudios que confirman una relación significativa y negativa entre depresión y rendimiento académico, el trabajo de Carvo Pareja (2024) se destaca por su rigor metodológico y la claridad de sus resultados. Trabajando con 105 estudiantes de enfermería técnica de la provincia de Concepción, Perú, esta investigadora encontró una correlación negativa moderada y altamente significativa entre ambas variables (r = -.531, p < .001). La interpretación es directa: cada incremento en el grado de sintomatología depresiva se asoció con un descenso mensurable en el rendimiento académico. Este dato resulta particularmente relevante porque, a diferencia de estudios que solo reportan correlaciones sin contextualizar su magnitud, Carvo Pareja documenta un tamaño del efecto moderado, lo cual implica no solo significación estadística sino también relevancia práctica para el diseño de intervenciones.

El hallazgo que más directamente interpela al presente estudio es, sin embargo, el de Hernández Chuquimbalqui (2021), ya que constituye el único antecedente en toda la literatura revisada focalizado específicamente en estudiantes de Psicología. Tras administrar el BDI-II a su muestra, este investigador encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y rendimiento académico (X^2 = 10.130; *gl*

= 2; p = .006). La combinación de alta prevalencia —el 83% de la muestra— y asociación significativa con el desempeño posiciona a este estudio como referencia central para cualquier investigación sobre la salud mental de los futuros profesionales de la salud mental. Al mismo tiempo, la reducida dimensión de la muestra y la ausencia de discriminación por año de carrera limitan la posibilidad de extrapolar sus conclusiones a poblaciones con características distintas, lo que subraya la necesidad de nuevas investigaciones en contextos más amplios y específicos.

Por su parte, Alvarado-Arias et al. (2024) introducen un matiz metodológico que merece ser retenido. En su estudio con 219 estudiantes de Enfermería en México, no encontraron una correlación significativa entre depresión y promedio ponderado global; pero sí documentaron una asociación positiva y significativa entre sintomatología depresiva y el número de materias no acreditadas. Esta distinción entre promedio global y materias reprobadas es analíticamente rica: sugiere que la depresión puede no afectar el rendimiento de manera uniforme, sino manifestarse en dificultades selectivas para sostener la regularidad en determinadas asignaturas, particularmente aquellas que demandan mayor dedicación o que generan mayor carga ansiosa. En términos operacionales, el estudiante deprimido puede mantener un promedio aparentemente aceptable gracias a materias aprobadas en semestres anteriores, pero simultáneamente acumular reprobaciones en materias actuales que afectan su trayectoria de manera menos visible pero igualmente real. Esta dimensión del rendimiento —la regularidad en el cursado, la capacidad de sostener el ritmo sin rezagarse— podría ser precisamente la más sensible al impacto de la depresión.

Hallazgos divergentes y complejidad de la relación entre ambas variables

Un cuadro más complejo pero igualmente iluminador emerge de los estudios que no encuentran una relación significativa entre depresión y rendimiento académico. Bayona Largo y Brenes Solís (2023), en un estudio observacional analítico de corte transversal con 206 estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica Redemptoris Mater de Nicaragua, encontraron que, si bien el 39,81% de la muestra presentaba algún grado de depresión, el rendimiento académico era predominantemente clasificado como "muy bueno" o "excelente" tanto en estudiantes con depresión como sin ella. El análisis estadístico no arrojó asociación significativa entre ambas variables, llevando a los autores a concluir que la depresión no se encontraba directamente asociada con un bajo rendimiento académico en su muestra.

Herrera-Pérez y Tinoco-Trujillo (2021) llegaron a una similar conclusión tras analizar a 193 estudiantes de Medicina en una universidad privada de Lima: la prueba de chi-cuadrado y los análisis de correlación no produjeron resultados estadísticamente significativos entre el grado de depresión —medido con la Escala de Beck II— y el promedio ponderado. De igual manera, Chamaya Benavides (2021), en su estudio con 304 estudiantes de cinco carreras distintas en la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Perú, obtuvo que la relación entre depresión y rendimiento académico no era significativa ($p > .05$), aun cuando una proporción sustancial de la muestra presentaba síntomas depresivos. Resulta ilustrativo que este último estudio se desarrollara en una región caracterizada por elevados índices de pobreza, lo que podría estar operando como factor moderador de la relación entre variables.

Estos hallazgos no refutan la relación documentada en otros estudios; la matizan de manera fundamental. La pregunta central que emerge de esta yuxtaposición no es si la depresión afecta el rendimiento —que la teoría de Beck indica que debería hacerlo—, sino bajo qué condiciones y para qué poblaciones ese efecto resulta empíricamente observable. La evidencia acumulada sugiere que, en determinados contextos, los estudiantes desarrollan mecanismos que les permiten sostener el rendimiento a pesar de experimentar un malestar emocional significativo. Chamaya Benavides (2021) propone una explicación plausible: en entornos universitarios ubicados en regiones de alta vulnerabilidad socioeconómica, estudiar puede funcionar como una de las pocas vías de movilidad social disponibles, lo que activaría mecanismos de perseverancia lo suficientemente potentes como para contrarrestar el impacto cognitivo y motivacional de la depresión. En esta lectura, la depresión no desaparece, sino que queda contenida por un imperativo externo de alto poder motivacional.

Esta discrepancia entre estudios invita también a reflexionar sobre el papel que juegan las características específicas de cada disciplina. Resulta sugerente que los estudios que no encuentran relación significativa se concentren en Medicina y en muestras multidisciplinarias, mientras que los que sí la encuentran provienen de Psicología y Enfermería. Esta diferencia podría explicarse, al menos parcialmente, por la naturaleza de la formación: las carreras con un fuerte componente relacional y de cuidado exponen a sus estudiantes a un tipo de estrés emocional cualitativamente distinto al de la formación médica, más centrada en lo biológico y lo técnico. Esta exposición diferencial podría modular el modo en que la depresión se articula con el rendimiento, potenciando su impacto precisamente en las disciplinas donde la regulación emocional constituye una competencia nuclear del ejercicio profesional.

Variables mediadoras y moderadoras: afrontamiento, calidad del sueño y soporte familiar

Los estudios revisados no solo examinan la relación directa entre depresión y rendimiento; algunos de ellos exploran las variables que median o moderan esa asociación, proporcionando una comprensión más matizada del fenómeno. Entre estas variables, tres se destacan por su recurrencia en la literatura: las estrategias de afrontamiento, la calidad del sueño y el soporte familiar y socioeconómico.

La calidad del sueño emerge como uno de los factores de riesgo más consistentemente asociados a la depresión en la población universitaria. Bayona Largo y Brenes Solís (2023) encontraron que los problemas de sueño estaban presentes en el 55,83% de su muestra y los identificaron como un factor significativamente asociado a la depresión en el análisis estadístico bivariado. Estos datos son coherentes con un hallazgo clínico bien establecido: los trastornos del sueño y la depresión se relacionan de manera bidireccional, cada uno agravando al otro y generando un ciclo que resultaría difícil de interrumpir sin intervención específica. Para los estudiantes de años avanzados que combinan obligaciones académicas, prácticas profesionales y la elaboración del trabajo final, la privación de sueño constituiría una realidad de riesgo particularmente elevado que no puede disociarse del análisis del bienestar emocional.

Las variables económicas y la estructura familiar también emergieron como factores significativos en varios de los estudios revisados. Bayona Largo y Brenes Solís (2023) documentaron que los accidentes traumáticos, el abuso sexual, los antecedentes familiares de depresión, la ausencia de la figura paterna y las dificultades económicas alcanzaron significación estadística en su análisis de factores de riesgo. Chamaya Benavides (2021), por su parte, encontró que vivir solo —situación frecuente entre los estudiantes que migran desde zonas rurales hacia ciudades universitarias— se asociaba a mayor vulnerabilidad emocional. Estos datos contextualizan una realidad que no puede ignorarse: la vulnerabilidad emocional del estudiante universitario no se produce en el vacío, sino que emerge de un entramado de condiciones materiales y relacionales específicas cuyo peso en la ecuación final es tan importante como el de los factores individuales.

En el caso específico de los estudiantes de Psicología, el aporte de Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021) sobre las estrategias de afrontamiento resulta especialmente relevante. Estos investigadores encontraron que las modalidades de afrontamiento predominantes en su muestra eran pasivas: evitación emocional, retirada social y desvinculación conductual. La coexistencia de depresión, estrategias de

afrontamiento pasivas y rendimiento académico sostenido generarían un escenario analíticamente complejo: el estudiante que mantiene el rendimiento en el corto plazo a través del esfuerzo y la auto exigencia, al costo de la evitación emocional, podría estar acumulando una carga de agotamiento que se manifestaría con mayor intensidad en etapas posteriores de la formación o en el ejercicio profesional temprano. Esta dinámica, debería ser confirmada en estudios longitudinales.

La formación en ciencias de la salud como escenario de vulnerabilidad específica

Existe un consenso creciente en la literatura sobre el hecho de que las carreras de ciencias de la salud generarían estresores específicos que las distinguen de otras disciplinas universitarias. La exposición temprana al sufrimiento humano, el contacto con la enfermedad crónica y terminal, la inmersión en entornos asistenciales de alta demanda emocional y la peculiar presión ética de ser un estudiante que ya ejerce responsabilidades parciales sobre el bienestar de personas reales constituyen factores que, combinados con la carga curricular y las exigencias de la formación práctica, crearía un contexto de vulnerabilidad emocional sin equivalente directo en otras disciplinas.

Bayona Largo y Brenes Solís (2023) describen esta dinámica en detalle respecto a los estudiantes de Medicina, documentando cómo los turnos hospitalarios, los períodos prolongados de privación de sueño y la exposición al sufrimiento y la muerte de los pacientes contribuyen al desarrollo de sintomatología depresiva. Alvarado-Arias et al. (2024), estudiando a estudiantes de Enfermería en México, muestran un panorama similar: la combinación de carga académica teórica con las exigencias de la práctica clínica generaría un estrés acumulativo que no todos los estudiantes pueden gestionar sin consecuencias emocionales significativas.

Dentro de las ciencias de la salud, la formación en Psicología presenta una dimensión distintiva que merece ser analizada por separado. Mientras que los estudiantes de Medicina o Enfermería deben gestionar fundamentalmente la ansiedad de la acción clínica —el temor a equivocarse, a no saber suficiente—, los estudiantes de Psicología deben adicionalmente confrontar la demanda de la elaboración emocional: están entrenados para comprender y trabajar con los mundos interiores de otros, lo que implicaría un nivel de involucramiento introspectivo y de identificación empática que otras disciplinas no requieren en la misma medida. Esta doble exposición —al sufrimiento ajeno y al propio mundo interno— podría funcionar como catalizador de procesos depresivos, especialmente en aquellos estudiantes que carecen de recursos

personales suficientes o de redes de apoyo adecuadas que permitan procesar lo vivido en el espacio clínico.

Estudiantes de Psicología: particularidades de una población con dinámicas propias

Los dos estudios focalizados específicamente en estudiantes de Psicología —Hernández Chuquimbalqui (2021) y Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021) ofrecen evidencia convergente pero no enteramente consistente, lo que en sí mismo refleja la genuina complejidad del fenómeno en esta población. La comparación entre ambos es instructiva: mientras que Hernández Chuquimbalqui documenta una prevalencia del 83% y una asociación significativa con el rendimiento, Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez reportan una prevalencia del 49,4% y ninguna diferencia significativa entre los grupos de rendimiento regular e irregular. Esta discrepancia podría reflejar diferencias reales entre las dos poblaciones estudiadas, pero también podría ser expresión de diferencias en la etapa de la carrera representada en cada muestra, en el contexto institucional y socioeconómico de cada institución, o en el modo en que las variables fueron operacionalizadas en cada estudio.

La contribución más disruptiva de Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021) no radica en la prevalencia que reportan, sino en la hipótesis interpretativa que proponen: que el rendimiento académico podría funcionar como un factor protector, como una forma de ocupación cognitiva y conductual que proporciona estructura, sentido y sensación de eficacia frente a una realidad vivida como dolorosa o amenazante. Esta perspectiva no es ingenua respecto a los costos de esa estrategia —el predominio del afrontamiento pasivo implica que la defensa no es gratuita—, pero introduce una complejidad teórica importante: en los estudiantes de Psicología, la relación entre depresión y rendimiento podría ser no lineal precisamente porque el estudio funciona simultáneamente como precipitante del estrés y como recurso que lo contiene.

Esta hipótesis adquiere una resonancia particular cuando se considera la naturaleza específica de la formación en Psicología. El futuro psicólogo no solo aprende sobre la depresión; se forma en un contexto en que la autoconciencia emocional es parte central del entrenamiento profesional. Esto podría generar dos dinámicas simultáneas y aparentemente contradictorias: por un lado, una mayor capacidad para identificar, nombrar y reportar síntomas depresivos, lo que elevaría las tasas de prevalencia detectadas; por otro, una tendencia a compensar el malestar emocional mediante el desempeño académico, utilizando los logros en el estudio como evidencia de

competencia y salud en aparente contradicción con la propia experiencia subjetiva. Si esta dinámica es correcta, los datos de rendimiento en esta población podrían estar subestimando de manera sistemática el impacto real de la depresión sobre el bienestar y la calidad de vida de los estudiantes.

Los años avanzados de la carrera universitaria: un vacío significativo en la investigación

Una de las limitaciones más notables del corpus de estudios revisado es la ausencia de investigaciones que aborden específicamente a los estudiantes en los años avanzados de sus carreras. La gran mayoría de los estudios disponibles incluye a estudiantes de todos los años sin discriminar entre etapas, o bien se focaliza en los primeros años —donde la deserción es el principal indicador de alerta—. Esta decisión es metodológicamente comprensible, ya que maximiza el tamaño muestral y permite capturar la etapa de mayor riesgo de abandono, pero oscurece dinámicas que podrían ser cualitativamente distintas en el tramo final de la formación, donde el perfil de demandas y la naturaleza de los desafíos son profundamente diferentes.

Los estudiantes de cuarto y quinto año de Psicología no son simplemente estudiantes "más avanzados" en una trayectoria lineal. Son personas que han superado la fase inicial de adaptación a la vida universitaria y se encuentran en plena transición hacia la práctica profesional. Esta transición es simultáneamente profesional, epistémica y personal: implica no solo adquirir competencias técnicas, sino también articular quiénes quieren ser como psicólogos y cómo gestionarán su propia experiencia emocional en el trabajo clínico. Este proceso de construcción de identidad profesional es, por definición, exigente y en ocasiones desestabilizador, y su intersección con la sintomatología depresiva que caracteriza a esta población merece un estudio dedicado que la literatura existente aún no ha proporcionado.

Pertinencia del estudio en el contexto universitario argentino

El segundo vacío central identificado por esta revisión es de naturaleza contextual. La totalidad de los estudios relevantes incorporados provienen de América Latina —principalmente de Perú y México—, pero ninguno fue realizado en Argentina y ninguno se sitúa en el contexto de una universidad privada de la provincia de Santa Fe o de la ciudad de Rosario.

Esta ausencia contextual tiene implicaciones científicas reales que merecen ser consideradas. El contexto sociopolítico y económico de la República Argentina en los

últimos años —marcado por ciclos recurrentes de inestabilidad macroeconómica, por las secuelas de la pandemia sobre los itinerarios formativos y por transformaciones significativas en el campo de la salud mental— configura condiciones de vida que no son directamente comparables con las de una universidad pública en una región de alta pobreza del interior del Perú, ni con las de una institución mexicana en un contexto socioeconómico diferente. La generalización de los hallazgos internacionales al contexto local es, cuando menos, metodológicamente cuestionable, lo que refuerza la necesidad de producir evidencia propia, situada y rigurosa.

Investigar la incidencia de la depresión en el rendimiento académico en estudiantes de Psicología de la UAI Rosario no es, por tanto, únicamente una decisión de conveniencia muestral. Es una decisión científicamente justificada, porque el contexto importa, porque las variables sociodemográficas y económicas son reconocidos determinantes sociales de la salud mental.

En síntesis, la literatura revisada demuestra que la incidencia de la depresión en el rendimiento académico es un fenómeno real pero no lineal, cuya manifestación depende de factores disciplinares, contextuales, biográficos y temporales que interactúan de maneras complejas. La evidencia es particularmente consistente en el campo de la Psicología y otras carreras de ciencias de la salud orientadas al cuidado humano. Los vacíos identificados —la ausencia de estudios sobre estudiantes de años avanzados y la falta de datos en el contexto universitario argentino— constituyen el horizonte investigativo que la presente investigación se propone recorrer.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿Cómo incide el nivel de depresión en el rendimiento académico en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana sede Rosario?

Objetivo general

Describir la incidencia del nivel de depresión en el rendimiento académico en los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario.

Objetivos específicos

1. Conocer los niveles de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario.
2. Identificar el rendimiento académico en los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario.
3. Establecer la incidencia de los niveles de depresión en el rendimiento académico en los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: La Depresión. Conceptualización, Historia y Clínica

1.1. Evolución del concepto: de la melancolía a los sistemas clasificatorios contemporáneos

La historia conceptual de la depresión constituye un recorrido epistemológico de más de dos milenios que refleja la progresiva transformación en la comprensión del sufrimiento humano. El término *melancolía*, derivado del griego *melas* (negro) y *chole* (bilis), designó durante siglos un estado caracterizado por tristeza persistente, retraimiento y temores infundados. Hipócrates (siglos IV-V a.C.), en el marco de la teoría humoral, postuló que este cuadro respondía a un exceso de bilis negra, introduciendo por primera vez la idea de que el malestar psíquico poseía una base somática y no derivaba exclusivamente de una debilidad moral o espiritual (Corea del Cid, 2021). Aunque biológicamente errónea, esta concepción sentó un precedente fundacional: la depresión como fenómeno inscripto en el organismo, susceptible de observación y descripción clínica.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, la melancolía adquirió connotaciones ambivalentes, oscilando entre la patología, la genialidad artística y la influencia sobrenatural. Robert Burton, en *Anatomía de la melancolía* (1621), compiló una exhaustiva descripción sintomática y etiológica que anticipó numerosos elementos de la conceptualización contemporánea. Sin embargo, la ruptura decisiva hacia un paradigma científico moderno ocurrió en el siglo XIX con el desarrollo de la psiquiatría como disciplina médica. Emil Kraepelin agrupó los estados depresivos y maníacos bajo la categoría unificadora de *psicosis maníaco-depresiva*, otorgándoles un sustrato constitucional y hereditario que dominó la clasificación durante gran parte del siglo XX (Corea del Cid, 2021).

El siglo XX presenció la diversificación de marcos explicativos: el psicoanálisis freudiano desplazó el eje hacia el conflicto intrapsíquico y la historia libidinal; la psicofarmacología, con el descubrimiento de los antidepresivos tricíclicos en la década de 1950, consolidó una visión neuroquímica; y la psicología cognitiva, con Aaron Beck, reformuló el trastorno como una perturbación sistemática del procesamiento de la

información. Esta pluralidad paradigmática no implica fragmentación, sino una progresiva complejización que exige una lectura integradora y contextualizada.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que la depresión afecta a más de 280 millones de personas en el mundo, representando el 3,8 % de la población global y constituyendo la principal causa mundial de discapacidad. Su prevalencia en el grupo etario de 15 a 29 años es particularmente preocupante, dado que la depresión opera como factor de riesgo central para la conducta suicida, segunda causa de muerte en dicha franja. Estos datos epidemiológicos no solo justifican la prioridad sanitaria del trastorno, sino que exigen una comprensión clínica que trascienda la mera catalogación sintomática para abarcar sus determinantes biopsicosociales, su impacto funcional y su expresión contextual en poblaciones específicas.

1.2. Definición Clínica Contemporánea (DSM-5)

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) constituye el sistema de clasificación psiquiátrica de mayor difusión en la investigación y la práctica clínica internacional. En su marco, los trastornos depresivos conforman una categoría independiente que agrupa entidades clínicas con características comunes de tristeza persistente, anhedonia y alteraciones somático-cognitivas que comprometen el funcionamiento cotidiano.

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es la entidad de mayor relevancia para la presente investigación. Su diagnóstico requiere la presencia de cinco o más síntomas durante un período mínimo de dos semanas, que representen un cambio respecto al funcionamiento previo del individuo. Al menos uno de los síntomas debe corresponder a (1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, o (2) pérdida marcada de interés o capacidad para el placer (anhedonia). Los síntomas adicionales incluyen: alteraciones significativas del peso o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (APA, 2013).

Tabla 1

Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor según DSM-5

Criterio	Descripción clínica
A	Presencia de ≥5 síntomas durante ≥2 semanas (al menos uno debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia)
B	Malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, laborales u otras importantes
C	No atribuible a efectos fisiológicos de sustancias, medicamentos u otra afección médica
D	No mejor explicado por esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otros trastornos psicóticos
E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (excluye trastorno bipolar)

Nota. Elaboración propia basada en American Psychiatric Association (2013).

El DSM-5 incorpora además especificadores que permiten caracterizar la presentación clínica: con características ansiosas, melancólicas, atípicas, psicóticas, de inicio en el periparto, patrón estacional, y según gravedad (leve, moderada, grave). Una innovación relevante frente a ediciones anteriores es la eliminación de la exclusión por duelo reciente, reconociendo que el luto patológico puede coexistir con un episodio depresivo mayor y requiere intervención clínica. No obstante, el manual mantiene una orientación descriptivo-fenomenológica que, si bien garantiza confiabilidad diagnóstica y comparabilidad entre estudios, no aborda la etiología ni la dinámica subjetiva del trastorno. Esta limitación justifica la articulación con modelos teóricos profundos, como los psicoanalíticos y cognitivo-conductuales, que complementan la clasificación nosológica con una comprensión procesual y significativa del sufrimiento depresivo.

1.3. Perspectiva Neurobiológica y Etiología Multifactorial

La comprensión contemporánea de la depresión ha superado el reduccionismo biológico para adoptar un modelo de vulnerabilidad-estrés multifactorial, donde interactúan predisposiciones genéticas, alteraciones neurobiológicas, factores

psicológicos y condiciones socioambientales. Los estudios en familias, gemelos y adopciones indican una heredabilidad estimada entre el 40 % y el 50 %, sugiriendo que la carga genética no determina el trastorno, sino que modula la sensibilidad a estresores psicosociales (Marcheco-Teruel, 2015, citado en Bayona-Largo & Brenes-Solís, 2023).

A nivel neuroquímico, la depresión se asocia consistentemente con desregulaciones en los sistemas de neurotransmisión de serotonina (5-HT), noradrenalina (NE) y dopamina (DA). La hipótesis monoaminérgica, aunque insuficiente por sí sola, ha sido complementada por modelos que destacan la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) como mecanismo central de respuesta al estrés crónico. La liberación sostenida de hormona liberadora de corticotropina (CRH) y cortisol genera efectos neurotóxicos, particularmente en regiones cerebrales ricas en receptores glucocorticoides (Dávila-Hernández et al., 2016, citado en Bayona-Largo & Brenes-Solís, 2023).

Las técnicas de neuroimagen estructural y funcional han identificado alteraciones reproducibles en poblaciones deprimidas:

- Disminución del volumen del hipocampo: asociada a déficits en memoria declarativa y consolidación del aprendizaje.
- Hiperactivación de la amígdala: vinculada a sesgos atencionales hacia estímulos emocionales negativos y reactividad afectiva exacerbada.
- Hipoactivación de la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL): correlacionada con deterioro en funciones ejecutivas, planificación, flexibilidad cognitiva y regulación emocional descendente.
- Alteraciones en circuitos de recompensa dopaminérgicos: base neurobiológica de la anhedonia y la pérdida de motivación intrínseca (Ghasemi et al., 2017; Manzanera-Escarti & Lozano-Ortiz, 2009, citados en Bayona-Largo & Brenes-Solís, 2023).

Estos hallazgos no invalidan los modelos psicológicos, sino que los complementan. La neuroplasticidad inducida por el estrés crónico y la depresión no tratada explica por qué el trastorno, una vez instalado, tiende a cronificarse y a generar déficits cognitivos persistentes. En el contexto universitario, donde la demanda de atención sostenida, memoria de trabajo y autorregulación es constante, estas alteraciones neurobiológicas operan como mecanismos silenciosos que deterioran el rendimiento académico antes incluso de que la sintomatología afectiva sea plenamente

reconocida por el estudiante. La etiología contemporánea, por tanto, debe leerse como un proceso dinámico donde lo biológico, lo psicológico y lo social se retroalimentan, exigiendo intervenciones integrales y contextualizadas.

Capítulo 2: La Depresión desde el Psicoanálisis

2.1. Contexto histórico y ruptura epistemológica

Para comprender la conceptualización psicoanalítica de la depresión es necesario situarla en su contexto histórico. A finales del siglo XIX, la psiquiatría europea clasificaba bajo el término *melancolía* un conjunto heterogéneo de estados de ánimo patológicos caracterizados por profunda tristeza, inhibición psicomotora y sufrimiento subjetivo. Emil Kraepelin, figura dominante de la nosología psiquiátrica de la época, agrupó estos cuadros dentro de la psicosis maníaco-depresiva, otorgándoles una etiología predominantemente constitucional y hereditaria (Corea del Cid, 2021). En ese escenario, el psicoanálisis representó una ruptura epistemológica radical: propuso que la melancolía —y posteriormente la depresión— no era exclusivamente un evento biológico, sino la expresión de conflictos inconscientes profundamente vinculados a la historia particular del sujeto, sus vínculos objetales tempranos y sus vicisitudes libidinales.

Freud construyó su teoría de manera progresiva, a lo largo de varios textos que atraviesan diferentes etapas de su pensamiento. La obra de sus seguidores —Karl Abraham, Melanie Klein, Donald Winnicott, Jacques Lacan, entre otros— enriqueció, complejizó y en algunos casos transformó sustancialmente los planteos freudianos originales. En conjunto, estas contribuciones constituyen un corpus teórico sofisticado que ilumina dimensiones del sufrimiento depresivo que las clasificaciones contemporáneas del DSM-5 no logran capturar en su totalidad: la historia libidinal del sujeto, la naturaleza de sus vínculos tempranos, la estructura de su mundo interno y los mecanismos defensivos que despliega ante la pérdida. Esta lectura resulta particularmente fructífera en el contexto universitario, donde las demandas de rendimiento, identidad profesional y autonomía pueden reactivar conflictos históricos que permanecían latentes.

2.2. Freud: "Duelo y melancolía" (1917) y el mecanismo de identificación narcisista

El texto de mayor relevancia para la comprensión psicoanalítica de la depresión es *Duelo y melancolía* (*Trauerarbeit und Melancholie*), publicado por Freud en 1917, aunque redactado entre 1915 y 1916. En este trabajo, Freud establece una distinción conceptual fundamental que ha marcado toda la teoría psicoanalítica posterior sobre el sufrimiento depresivo.

El duelo, señala Freud (1917/1976), es *"la reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc."* (p. 241). El trabajo de duelo es un proceso normal y temporalmente limitado mediante el cual el yo se desvincula gradualmente de la representación del objeto perdido, liberando la energía libidinal para investir nuevos objetos. Aunque doloroso, el duelo no altera la autoestima ni genera en el sujeto sentimientos de culpa patológica.

La melancolía, en cambio, comparte con el duelo la reacción ante una pérdida, pero se diferencia de él en aspectos fundamentales. En sus propias palabras:

La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y llega hasta una delirante expectativa de castigo. (Freud, 1917/1976, p. 242)

La diferencia más llamativa entre duelo y melancolía reside en la perturbación del sentimiento de sí mismo: en el duelo el mundo se ha vuelto pobre y vacío; en la melancolía es el yo mismo quien se ha vuelto pobre y vacío. El melancólico se dirige a sí mismo las más duras acusaciones, se empequeñece, se cree un miserable, mendigo, pecador. Esta clínica del autorreproche llevó a Freud a formular una de sus hipótesis más audaces: en la melancolía, las quejas del paciente sobre sí mismo son, en realidad, quejas sobre el objeto perdido.

El mecanismo específico que Freud propone para explicar la melancolía es la identificación narcisista del yo con el objeto abandonado. Cuando el sujeto pierde un objeto de amor —sea por la muerte del otro, por una ruptura, por una decepción— y no puede desprenderse libidinalmente de él mediante el trabajo de duelo, recurre a un mecanismo regresivo: retira la libido del objeto pero, en lugar de depositarla en un nuevo objeto, la lleva de regreso sobre el yo e identifica el yo con el objeto abandonado. Esta identificación transforma la pérdida de objeto en una pérdida yoica. El objeto pasa

a ser parte del yo, y con él, los sentimientos ambivalentes que el sujeto tenía hacia ese objeto —amor y hostilidad— se dirigen ahora hacia el propio yo. El odio hacia el objeto abandonado, que no puede expresarse hacia afuera porque implicaría la pérdida definitiva del amor por ese objeto, se vuelve contra el yo en forma de autorreproches, autodenigración y, en los casos más extremos, impulsos suicidas.

Freud sintetiza este mecanismo con una fórmula clásica: *"La sombra del objeto cayó sobre el yo"* (Freud, 1917/1976, p. 246). Esta imagen condensada expresa de manera poética la tragedia del melancólico: habitar un yo que ya no le pertenece del todo, habitado por la sombra oscura de un objeto al que no puede renunciar.

Un elemento central en la teoría freudiana de la melancolía es el papel de la ambivalenci**a** hacia el objeto. Freud observa que la predisposición a la melancolía no se da en todos los casos de pérdida, sino que aparece predominantemente en aquellos vínculos donde la relación con el objeto estaba marcada por una alta ambivalencia: la coexistencia de amor y odio intensos hacia la misma persona. Esta ambivalencia tiene raíces constitucionales en la teoría freudiana, vinculadas a la organización sádico-oral de la libido. En personas con esta predisposición, la pérdida del objeto activa la dimensión hostil que previamente estaba dirigida hacia afuera. Dado que el objeto ya no está disponible para recibir la agresión, esta se dirige sobre el yo identificado con él. El resultado es la tormenta de autorreproches característica de la melancolía clínica.

Esta conceptualización tiene implicancias clínicas directas: el melancólico no es simplemente una persona triste, sino alguien atrapado en una guerra interna entre amor y odio cuyo campo de batalla es el propio yo. La escucha analítica de los autorreproches, bajo esta perspectiva, revela la naturaleza del vínculo con el objeto perdido y los conflictos que ese vínculo contenía. En el contexto universitario, un estudiante que internaliza la voz crítica de un docente o de un ideal familiar puede experimentar fracasos académicos no como eventos circunstanciales, sino como confirmaciones de una indignidad estructural, reactivando dinámicas melancolizantes de identificación con un objeto exigente e inalcanzable.

2.3. Karl Abraham: la fase oral y los fundamentos del carácter depresivo

Karl Abraham, colaborador cercano de Freud y fundador del Instituto Psicoanalítico de Berlín, realizó contribuciones fundamentales a la teoría psicoanalítica de la depresión en sus trabajos de 1911 y 1924. Abraham profundizó la teoría freudiana

incorporando una perspectiva del desarrollo libidinal que articulaba la predisposición a la melancolía con fijaciones específicas en etapas tempranas del desarrollo.

En su artículo de 1924, *"Un breve estudio del desarrollo de la libido considerado bajo el punto de vista de los trastornos mentales"*, Abraham propone que la melancolía está vinculada a una fijación en la fase oral sádica del desarrollo libidinal. Esta fase, caracterizada por el impulso de incorporar y destruir el objeto, sienta las bases para el mecanismo de incorporación que describe Freud: el melancólico *"devora"* el objeto perdido al identificarse con él, pero al mismo tiempo lo destruye.

Abraham introduce también el concepto de *"primera frustración oral grave"* como traumatismo precursor del carácter depresivo: una decepción sufrida en los primeros años de vida —frecuentemente vinculada a la relación con la madre— que genera un estado de profunda desilusión y fija al sujeto en una modalidad de vínculo marcada por la expectativa de abandono y la sensación de no ser amado. Esta *"herida narcisista primaria"* predispone al individuo a reaccionar ante las pérdidas posteriores con el mecanismo melancolizante descrito por Freud.

En el ámbito académico, esta fijación podría manifestarse como una vulnerabilidad específica ante la crítica, la retroalimentación negativa o el fracaso evaluativo. El estudiante con esta estructura tendería a interpretar las correcciones docentes no como oportunidades de aprendizaje, sino como confirmaciones de una deficiencia insalvable, activando ciclos de autocrítica paralizante, procrastinación defensiva o sobreexigencia compensatoria que, paradójicamente, deteriorarían el rendimiento y refuerzan la posición depresiva.

2.4. Melanie Klein: la posición depresiva y el desarrollo emocional

Melanie Klein transformó profundamente la teoría psicoanalítica al trasladar el foco de la patología adulta al desarrollo emocional temprano del infante. Su contribución más relevante para la comprensión de la depresión es la teoría de las posiciones: configuraciones específicas de la vida psíquica que implican determinadas relaciones objetales, ansiedades y mecanismos defensivos.

La posición esquizoparanoide (PE) es la modalidad de funcionamiento psíquico predominante durante los primeros tres a cuatro meses de vida. En ella, el bebé no puede percibir a las personas como objetos totales —unidades complejas con aspectos buenos y malos—, sino que escinde el mundo en objetos parciales: el pecho bueno

(fuente de gratificación) y el pecho malo (fuente de frustración). Los mecanismos predominantes son la escisión, la idealización, la identificación proyectiva y la negación. La ansiedad característica es persecutoria: el bebé siente que los objetos malos amenazan su existencia.

La posición depresiva (PD) emerge hacia el cuarto o sexto mes de vida, cuando el bebé desarrolla la capacidad cognitiva y emocional de integrar los aspectos buenos y malos del mismo objeto —fundamentalmente, la madre— en una percepción de objeto total. Este logro evolutivo es simultáneamente un dolor: el bebé comprende que la madre que amaba y la madre que odiaba son la misma persona, lo que genera la angustia depresiva característica: el miedo de haber dañado o destruido con sus impulsos hostiles al objeto amado.

A diferencia de la perspectiva psiquiátrica que concibe la depresión exclusivamente como patología, Klein considera que atravesar la posición depresiva es un logro evolutivo fundamental, un signo de desarrollo emocional y no simplemente de enfermedad. El dolor depresivo que emerge en esta posición —culpa, preocupación por el otro, deseo de reparar el daño causado— implica el reconocimiento del otro como ser separado y valioso, con existencia propia más allá de la satisfacción de las necesidades del yo.

El niño pequeño que, por algún tiempo, ha sido feliz y satisfecho, experimenta ansiedades depresivas de una naturaleza más complicada. Siente que ha perdido el objeto bueno, que el mundo interno ha sido destruido o perturbado por sus impulsos agresivos. El duelo y la culpa son sentimientos centrales de la posición depresiva, y la capacidad de sentirlos implica un nivel de integración emocional que distingue la posición depresiva de la esquizoparanoide. (Klein, 1940/2004, p. 312)

El deseo de reparación —la pulsión a restaurar el objeto dañado y restablecer la bondad del mundo interno— es la respuesta creativa y adaptativa a la culpa depresiva. Cuando este deseo de reparación puede ejercerse efectivamente, el sujeto atraviesa la posición depresiva hacia una relación más madura y tolerante con los objetos. Cuando la culpa es excesiva o el yo se percibe incapaz de reparar, la posición depresiva puede cristalizarse en depresión patológica.

La depresión patológica, en la perspectiva kleiniana, resulta de una incapacidad para elaborar adecuadamente la posición depresiva. Esto puede deberse a múltiples factores: una cantidad excesiva de envidia y agresividad primaria que hace que la culpa sea abrumadora; una insuficiente experiencia de haber sido amado y sostenido que

impide que el yo confíe en su capacidad reparadora; o traumas tempranos que fijaron al sujeto en modalidades más primitivas de funcionamiento psíquico. En la depresión grave, el sujeto regresa a la posición depresiva pero sin los recursos para elaborarla: experimenta la culpa sin poder reparar, el duelo sin poder despedirse, la pérdida sin poder recomponer el mundo interno.

Esta comprensión tiene implicancias directas para la formación en Psicología. La exposición temprana al sufrimiento ajeno, la confrontación con la impotencia terapéutica y la responsabilidad ética ante el consultante pueden reactivar la angustia depresiva kleiniana. El estudiante que no ha elaborado suficientemente sus propios conflictos de culpa y reparación podría experimentar la práctica clínica no como un espacio de crecimiento, sino como un escenario de fracaso anticipado, lo que explica por qué algunos alumnos con alto conocimiento teórico presentan bloqueos severos en instancias prácticas o en la elaboración del trabajo final.

2.5. Donald Winnicott: depresión, falso self y holding

Donald Winnicott, pediatra y psicoanalista británico de la escuela de las relaciones objetales, amplió la comprensión de la depresión desde una perspectiva que enfatiza el entorno temprano y la relación madre-bebé como condición de posibilidad del desarrollo emocional saludable. Sus aportes son particularmente relevantes para comprender la depresión en contextos de alto rendimiento —como el universitario— donde el sujeto puede mantener una fachada de funcionamiento eficiente que oculta un mundo interno empobrecido.

Winnicott (1965/1993) propone la distinción entre verdadero self —el núcleo espontáneo, creativo y auténtico de la personalidad— y falso self —una estructura defensiva que se organiza en respuesta a un ambiente que no pudo sostener adecuadamente la espontaneidad del bebé. El falso self cumple una función adaptativa: permite al sujeto funcionar socialmente, responder a las expectativas del entorno y proteger el verdadero self de la exposición a un mundo percibido como amenazante.

En contextos académicos de alta exigencia, el falso self podría desarrollarse como una identidad de *"estudiante eficiente"* o *"futuro profesional competente"* que oculta un mundo interno caracterizado por el vacío, la falta de sentido y la sensación de ser un fraude —lo que en la literatura contemporánea se denomina síndrome del

impostor. Cuando las exigencias del entorno superan la capacidad del falso self de mantener la apariencia, o cuando el sujeto toma contacto con el vacío que el falso self recubría, puede precipitarse un episodio depresivo.

La depresión, en este modelo, no es simplemente un síntoma a eliminar: es una señal de que el falso self ya no puede sostener la adaptación, y una oportunidad —si el entorno terapéutico lo permite— para que el verdadero self emerja. Winnicott (1965/1993) propone que la depresión puede ser una señal de salud: el sujeto ya no puede seguir fingiendo que está bien, y ese quiebre abre la posibilidad de un contacto más auténtico con la propia experiencia.

El concepto de holding —sostenimiento— ocupa un lugar central en la teoría winnicottiana. Originalmente referido al acto físico y emocional de la madre de sostener al bebé, el holding designa más ampliamente la capacidad del ambiente de proveer continuidad, predictibilidad y adaptación a las necesidades del bebé. El ambiente suficientemente bueno —no el perfecto, sino el que puede responder de manera razonablemente adecuada a las necesidades del niño— es la condición de posibilidad del desarrollo emocional saludable.

La ausencia o ruptura del holding en momentos críticos del desarrollo genera en el bebé ansiedades impensables o agonías primitivas: sensaciones de fragmentación, de caer al vacío, de desintegración del self. Estas experiencias quedan registradas como memorias corporales e implícitas que pueden reactivarse en la vida adulta ante situaciones que recuerden el abandono o la falta de sostenimiento ambiental. En el contexto universitario, la transición a los años avanzados de la carrera —que implica mayor autonomía, menor estructura externa y mayor exposición a la incertidumbre del mundo profesional— podría reactivar estas ansiedades primitivas y generar estados depresivos. Esta dinámica seria particularmente relevante en estudiantes de Psicología, cuya formación exige simultáneamente alto rendimiento académico, elaboración emocional de la práctica clínica y definición de un proyecto profesional propio.

2.6. La clasificación psicoanalítica de la depresión: una aproximación estructural

A diferencia del enfoque descriptivo-fenomenológico del DSM-5, el psicoanálisis propone una clasificación de la depresión basada en la estructura psíquica subyacente. Esta clasificación considera no solo los síntomas manifiestos, sino la organización del yo, los mecanismos defensivos predominantes, la naturaleza de las relaciones objetales y la posición subjetiva ante la pérdida.

Tabla 2

Clasificación psicoanalítica de la depresión según estructura subyacente

Tipo	Estructura	Mecanismo central	Clínica predominante
Depresión neurótica	Neurótica (histérica, obsesiva)	Represión; culpa superyoica	Inhibición, autorreproches, culpa reactiva ante pérdida real o simbólica
Depresión narcisista	Narcisista	Identificación con objeto perdido; herida del ideal del yo	Herida del amor propio, vergüenza, sensación de fracaso y humillación
Depresión psicótica o melancólica	Psicótica	Incorporación del objeto; sadismo del superyó	Ideas delirantes de culpa, ruina, nihilismo; riesgo suicida elevado
Depresión reactiva	Variable	Duelo patológico	Vinculada a pérdida objetiva; puede resolverse con elaboración del duelo
Depresión anaclítica	Temprana (déficit relacional)	Falla en el holding; falso self colapsado	Vacío existencial, anhedonia, sensación de falsedad del yo

Nota. Elaboración propia a partir de Bleichmar (1997), Green (2005) y Winnicott (1965/1993).

Esta clasificación estructural permite comprender por qué estudiantes con niveles similares de sintomatología depresiva (medidos por instrumentos como el BDI-II) presentan trayectorias académicas radicalmente distintas. La depresión neurótica podría coexistir con rendimiento alto sostenido por compulsión al éxito; la depresión narcisista podría alternar períodos de alto rendimiento con colapsos abruptos ante

evaluaciones percibidas como humillantes; la depresión anaclítica podría manifestarse como regularidad académica aparente pero con profundo vaciamiento subjetivo. Esta heterogeneidad explica la falta de linealidad en la relación entre depresión y rendimiento académico observada en la literatura empírica.

2.7. Aportes de Jacques Lacan: depresión, cobardía moral y el deseo

Jacques Lacan, figura central del psicoanálisis estructural francés, ofrece una lectura de la depresión que desplaza el eje de análisis desde el conflicto yoico hacia la estructura del deseo y la posición del sujeto ante la ley del lenguaje. Para Lacan, la depresión no es primariamente un trastorno del humor ni un déficit de neurotransmisores, sino una posición subjetiva caracterizada por el abandono del deseo propio.

En el *Seminario X* (1962-1963) y en otros textos, Lacan califica a la depresión como una forma de *"cobardía moral"*: el sujeto deprimido es alguien que ha cedido en su deseo, que ha renunciado a su singularidad para adaptarse a las demandas del Otro —la familia, la institución, el ideal social—. Esta renuncia no genera culpa superyoica clásica, sino una particular tristeza: la tristeza de quien ya no sabe qué quiere, porque ha dejado de habitarse a sí mismo.

Esta perspectiva lacaniana resultaría particularmente relevante para comprender la depresión en estudiantes universitarios avanzados que, presionados por expectativas familiares y sociales sobre su rendimiento y su futuro profesional, podrían perder contacto con el deseo propio que los llevó a elegir la carrera. La pregunta clínica que orienta el tratamiento lacaniano de la depresión no es *"¿cómo hacer que el sujeto funcione mejor?"* sino *"¿qué desea realmente este sujeto y qué lo lleva a ceder en ese deseo?"*. En el contexto de la formación en Psicología, donde la elección vocacional suele cargarse de significados familiares ("el que escucha", "el que sana", "el que entiende"), la depresión puede expresar el costo subjetivo de haber priorizado la demanda del Otro sobre el deseo singular, generando un vacío que ninguna calificación ni aprobación académica logra colmar.

2.8. Conceptos psicoanalíticos fundamentales: glosario aplicado

Tabla 3

Glosario de conceptos psicoanalíticos fundamentales para la comprensión de la depresión

Concepto	Definición	Relevancia para la depresión
Yo	Instancia psíquica mediadora entre el ello, el superyó y la realidad externa.	En la melancolía, el yo se empobrece al identificarse con el objeto perdido.
Superyó	Instancia heredera del complejo de Edipo; reservorio de la ley, la moral y la idealización.	En la depresión se vuelve sádico y persecutorio hacia el yo.
Objeto	Persona, cosa o aspecto del mundo externo o interno que es meta de la pulsión o del amor.	La depresión surge como respuesta a la pérdida real o fantaseada del objeto de amor.
Ambivalencia	Coexistencia de sentimientos opuestos —amor y odio— hacia el mismo objeto.	Factor predisponente central de la melancolía.
Identificación	Proceso por el que el yo asimila aspectos del objeto.	En la melancolía, la identificación narcisista con el objeto perdido es el mecanismo central.
Posición depresiva	Configuración kleiniana que emerge hacia el 4.° mes, implicando percepción del objeto total y culpa/reparación.	La depresión patológica es una reactivación sin recursos reparadores.
Holding	Capacidad del ambiente de sostener al sujeto, proveyendo continuidad y adaptación. Concepto winnicottiano.	La depresión puede surgir cuando el ambiente falla en proveer holding suficiente.
Falso self	Estructura defensiva que se adapta al ambiente a costa de la autenticidad. Concepto winnicottiano.	El colapso del falso self ante demandas excesivas precipita episodios depresivos.

Nota. Elaboración propia.

2.9. Síntesis del capítulo: psicoanálisis, depresión y rendimiento académico

El recorrido teórico por la tradición psicoanalítica permite comprender la depresión no como un conjunto de síntomas aislados, sino como una posición subjetiva que expresa conflictos no elaborados, vínculos no sostenidos y deseos no habitados. En el contexto de los estudiantes avanzados de Psicología, la depresión podría leerse como la reactivación de la posición depresiva kleiniana ante la impotencia terapéutica, como el colapso del falso self académico ante demandas insostenibles, o como el abandono del deseo vocacional frente a la internalización de mandatos externos. Esta comprensión explica por qué la relación entre depresión y rendimiento académico no es lineal: un estudiante puede mantener un rendimiento alto sostenido por compulsión al éxito o identificación narcisista con el ideal académico, mientras otro puede presentar bajo rendimiento por inhibición neurótica o desvinculación anaclítica. El psicoanálisis aporta, por tanto, una lectura cualitativa y estructural que complementa los indicadores cuantitativos y permite diseñar intervenciones institucionales que no patologicen el bajo rendimiento ni invisibilicen el sufrimiento detrás del alto desempeño.

Capítulo 3: La Depresión desde la Terapia Cognitivo-Conductual

3.1. Orígenes históricos y cambio paradigmático

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) surge en la década de 1960 como resultado de la convergencia de dos tradiciones psicológicas previamente separadas: el conductismo y la psicología cognitiva. El conductismo clásico, dominante en la psicología académica norteamericana desde los trabajos de Watson (1913) y luego de Skinner (1953), proponía que la conducta humana era explicable exclusivamente en términos de estímulos, respuestas y contingencias de refuerzo, sin necesidad de recurrir a procesos mentales internos. A mediados del siglo XX, la llamada *"revolución cognitiva"* —impulsada por figuras como Chomsky, Miller y Neisser— cuestionó los límites explicativos del conductismo e instaló los procesos cognitivos —percepción, atención, memoria, representación, pensamiento— como objetos legítimos de la investigación psicológica.

En ese contexto intelectual, Aaron Beck, psiquiatra formado en la tradición psicoanalítica en la Universidad de Pennsylvania, desarrolló un modelo explicativo de la depresión que representó un cambio paradigmático de consecuencias clínicas y científicas extraordinarias. A diferencia del psicoanálisis —centrado en conflictos inconscientes, vínculos objetales tempranos y la historia libidinal del sujeto— Beck propuso que la depresión era, en su esencia, un trastorno del pensamiento: una perturbación sistemática en la forma en que el individuo percibe, interpreta y evalúa su experiencia. En este sentido, la depresión es un síndrome en el que predominan patrones de pensamiento negativos y distorsionados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro, que influyen en las emociones, la conducta y los síntomas físicos.

Paradójicamente, fue precisamente su intento de verificar empíricamente las hipótesis psicoanalíticas sobre la depresión —en particular, la idea freudiana de que los deprimidos dirigen su hostilidad hacia sí mismos— lo que lo condujo a su propia teoría. Investigando los sueños de pacientes deprimidos con el objetivo de encontrar la hostilidad vuelta contra el *self* predicha por el psicoanálisis, Beck encontró algo diferente: no agresión dirigida contra el yo, sino temas de privación, pérdida y derrota que seguían patrones sistemáticos. Los pacientes no soñaban que se hacían daño a sí mismos; soñaban que fracasaban, que perdían, que eran rechazados. Este hallazgo inesperado le sugirió que la depresión podía entenderse en términos de un sesgo cognitivo negativo sistemático, y no de hostilidad inconsciente.

A lo largo de las décadas de 1960 y 1970, Beck sistematizó sus observaciones clínicas y de investigación en un modelo teórico que publicó de manera exhaustiva en su obra seminal *Cognitive Therapy of Depression* (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), texto que se convirtió en uno de los más influyentes de la historia de la psicología clínica y que estableció los fundamentos de lo que hoy conocemos como Terapia Cognitivo-Conductual.

3.2. La tríada cognitiva negativa y su dinámica autorreforzante

El concepto central del modelo cognitivo de Beck es la tríada cognitiva negativa, que describe un patrón sistemático de cogniciones negativas que caracteriza al pensamiento depresivo. La tríada se compone de tres esferas interconectadas de evaluaciones negativas:

1. Visión negativa de sí mismo: el individuo deprimido se percibe como deficiente, inadecuado, incompetente o poco valioso. Atribuye sus experiencias desagradables a defectos propios de naturaleza física, mental o moral. Se cree rechazable y piensa que carece de los atributos necesarios para alcanzar la felicidad o el éxito. Frases típicas: *"soy un fracasado"*, *"no sirvo para nada"*, *"soy incapaz"*.
2. Visión negativa del mundo y de las experiencias: el individuo deprimido tiende a interpretar sus interacciones con el entorno en términos de derrota, privación o denigración. Ve el mundo como un lugar hostil, lleno de obstáculos insalvables y de demandas imposibles de cumplir. Frases típicas: *"todo siempre sale mal"*, *"el mundo es un lugar injusto"*, *"nada tiene sentido"*.
3. Visión negativa del futuro: cuando el individuo deprimido contempla el futuro, anticipa que las dificultades y privaciones actuales continuarán indefinidamente. Espera frustraciones, privaciones y fracasos. La desesperanza —que Beck considera un predictor específico del riesgo suicida— es la expresión extrema de esta visión negativa del futuro. Frases típicas: *"nunca voy a mejorar"*, *"no tiene sentido intentarlo"*, *"el futuro es oscuro"*.

Beck (1979/2010) señala que estas tres esferas no son evaluaciones independientes sino un sistema cognitivo mutuamente reforzado: la visión negativa de sí mismo confirma la visión negativa del mundo, y ambas alimentan la desesperanza sobre el futuro. Este ciclo autorreforzante explica tanto la persistencia de la depresión como la resistencia a las intervenciones que no abordan el nivel cognitivo.

En el contexto universitario, la tríada se manifestaría con frecuencia en dinámicas específicas: el estudiante que suspende un parcial no lo interpreta como un evento circunstancial, sino como confirmación de su incompetencia estructural (visión negativa de sí mismo), percibe el sistema académico como injusto o excesivamente exigente (visión negativa del mundo) y concluye que nunca podrá recibir su título o ejercer como psicólogo (visión negativa del futuro). Esta activación sistemática de la tríada deterioraría la motivación, reduciría el esfuerzo de estudio y generaría un patrón de evitación que profundiza el cuadro depresivo.

3.3. Esquemas cognitivos depresógenos: sociotropía vs. autonomía

Los esquemas son estructuras cognitivas relativamente estables que organizan la experiencia del individuo, determinando cómo percibe, interpreta y recuerda la información. Beck propone que los esquemas se forman a lo largo del desarrollo a partir de las experiencias tempranas con el entorno —especialmente con las figuras de apego— y que, una vez consolidados, operan de manera automática e implícita, fuera de la conciencia plena del sujeto.

Los esquemas depresógenos son estructuras cognitivas disfuncionales que predisponen al individuo a la depresión. Permanecen latentes durante los períodos de bienestar, pero se activan ante circunstancias estresantes específicas que resuenan con su contenido. Por ejemplo, un individuo con un esquema del tipo *"mi valor depende de mi rendimiento"* podría funcionar adecuadamente en condiciones de éxito, pero desarrollaría una depresión severa ante el primer fracaso académico o profesional significativo.

Beck y colaboradores (1990) desarrollaron un inventario de creencias disfuncionales agrupadas en dos dimensiones básicas:

Sociotropía: esquemas centrados en las relaciones interpersonales y la necesidad de aprobación. El individuo sociotrópico teme profundamente el rechazo y la crítica, y basa su autoestima en la valoración de los demás. Frases típicas: *"necesito ser querido para sentirme bien"*, *"si alguien me critica, significa que no valgo"*.

Autonomía: esquemas centrados en el rendimiento, los logros y el control. El individuo autónomo basa su autoestima en su capacidad de alcanzar metas y mantener la independencia. Frases típicas: *"si no tengo éxito, soy un fracasado"*, *"debo ser capaz de manejar todo solo"*.

Esta distinción tiene implicancias clínicas significativas: los individuos sociótropos tienden a deprimirse ante pérdidas relacionales (rechazos, abandonos, críticas), mientras que los individuos autónomos son más vulnerables ante fracasos en el rendimiento o amenazas a la independencia. En el contexto universitario, los estudiantes con esquemas de autonomía serían especialmente vulnerables durante los períodos de bajo rendimiento académico, ya que su autoestima está directamente vinculada al desempeño evaluativo. Esta vulnerabilidad explicaría por qué algunos alumnos con alto conocimiento teórico y buenas habilidades cognitivas presentan cuadros depresivos

intensos ante la primera dificultad académica significativa: el fracaso no se vive como un evento puntual, sino como una amenaza existencial a la identidad.

3.4. Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos negativos

Las distorsiones cognitivas son patrones sistemáticos de procesamiento de la información que generan conclusiones irracionales o desproporcionadas. Beck identificó un conjunto específico que caracteriza el pensamiento depresivo. Su identificación y modificación constituyen el núcleo técnico de la terapia cognitiva.

Tabla 4

Distorsiones cognitivas según Beck y su expresión en el contexto universitario

Distorsión	Definición
Inferencia arbitraria	Extraer conclusiones sin evidencia suficiente o en contra de la evidencia disponible.
Abstracción selectiva	Focalizarse en un detalle negativo fuera de contexto, ignorando los aspectos positivos.
Sobregeneralización	Extraer una regla general a partir de uno o pocos eventos negativos aislados.
Maximización y minimización	Magnificar los propios errores y fracasos mientras se minimizan los logros y capacidades.
Personalización	Atribuirse la responsabilidad de eventos externos negativos sin base suficiente.
Pensamiento dicotómico	Evaluar la experiencia en categorías absolutas de todo o nada, sin matices intermedios.
Catastrofización	Anticipar el peor resultado posible ante cualquier situación ambigua.
Razonamiento emocional	Asumir que las emociones negativas reflejan la realidad: *"lo siento, entonces debe ser verdad"*.
Debería y tendría	Aplicar reglas rígidas e inflexibles sobre cómo uno mismo o los demás deberían comportarse.
Etiquetado	Asignarse una etiqueta global negativa a partir de comportamientos específicos.

Nota. Elaboración propia a partir de Beck (1979/2010) y Burns (1980).

Los pensamientos automáticos negativos son cogniciones espontáneas que emergen ante situaciones específicas sin esfuerzo consciente deliberado. Son el nivel más accesible del sistema cognitivo y el primer punto de intervención de la terapia cognitiva. Se caracterizan por ser breves, involuntarios, plausibles desde la perspectiva del individuo y altamente cargados emocionalmente. En la depresión, estos pensamientos tienen un contenido predominantemente negativo y se presentan con una frecuencia e intensidad que interfiere significativamente con el funcionamiento cotidiano.

En el contexto universitario, los pensamientos automáticos más frecuentes en estudiantes con depresión incluyen: *"no voy a poder terminar la tesis"*, *"soy el peor estudiante del grupo"*, *"mis compañeros son mucho más inteligentes que yo"*, *"para qué voy a intentarlo si sé que voy a fracasar"*. La TCC enseña a identificar estos pensamientos, examinar la evidencia que los apoya o contradice, y reemplazarlos por evaluaciones más realistas y equilibradas. Este proceso de *"atrapar"* los pensamientos automáticos y someterlos a examen crítico es una de las habilidades más importantes que la TCC enseña al paciente, y resulta particularmente útil en estudiantes universitarios cuya sintomatología depresiva se activa específicamente ante demandas académicas.

3.5. El modelo conductual: evitación, refuerzo y activación

Paralelamente a los desarrollos cognitivos, la tradición conductual aportó al modelo de Beck una comprensión de los mecanismos conductuales que mantienen y agravan la depresión. Peter Lewinsohn (1974) propuso que la depresión surge de una reducción en la tasa de refuerzos positivos provenientes del ambiente: cuando el sujeto experimenta menos recompensas —por pérdida de actividades placenteras, retirada social, reducción de competencias— su estado de ánimo decae.

Este modelo conductual articula perfectamente con el modelo cognitivo de Beck: la depresión cognitiva genera evitación conductual (el individuo deja de hacer actividades porque anticipa el fracaso), la evitación reduce el acceso a refuerzos positivos, lo que confirma las cogniciones negativas (*"ves, sabía que no iba a poder"*) y profundiza el estado depresivo. Este círculo vicioso cognitivo-conductual sería uno de los mecanismos de mantenimiento más importantes de la depresión.

La activación conductual —técnica derivada directamente de este modelo— busca interrumpir este ciclo animando al paciente a reintroducir gradualmente

actividades que anteriormente le generaban satisfacción o dominio, independientemente del estado de ánimo inicial. La hipótesis es que la acción precede al cambio emocional: no se espera a *"tener ganas"* para hacer las actividades, sino que se las hace con la expectativa de que la acción genere cambios graduales en el estado de ánimo.

En estudiantes universitarios con depresión, esto podría traducirse en estrategias de planificación graduada del estudio, reintroducción de actividades placenteras, participación progresiva en instancias académicas que se venían evitando (asistencia a clases, entrega de trabajos, preparación de parciales) y reactivación de redes sociales académicas. La activación conductual es particularmente efectiva en las fases iniciales del tratamiento, cuando la inhibición y la anhedonia depresiva dificultan el trabajo cognitivo profundo.

3.6. El BDI-II: validación, estructura factorial y alineación teórica

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) es el instrumento de evaluación psicométrica de la depresión más utilizado en el mundo, con miles de estudios de validación en poblaciones diversas. Su desarrollo no es un hecho aislado sino la expresión instrumental del modelo teórico de Beck: el BDI-II fue diseñado para medir los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión que el modelo identifica como centrales, y para hacerlo de manera sensible al cambio terapéutico.

El BDI-II consta de 21 ítems, cada uno de los cuales evalúa un síntoma específico de la depresión. La persona debe elegir, para cada ítem, la afirmación que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de la administración. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, y la puntuación total —que oscila entre 0 y 63— permite clasificar el nivel de depresión.

Tabla 5

Puntos de corte del BDI-II y niveles de depresión

Puntuación total	Nivel de depresión	Descripción clínica
0 - 13	Mínima o ausente	Sin indicadores clínicamente relevantes de depresión.
14 - 19	Leve	Presencia de síntomas que generan malestar pero con funcionamiento conservado.
20 - 28	Moderada	Síntomas significativos con impacto considerable en el funcionamiento cotidiano.
29 - 63	Severa	Síntomas graves con deterioro funcional importante; requiere evaluación clínica urgente.

Nota. Beck et al. (1996); Sanz et al. (2005).

Los análisis factoriales del BDI-II han identificado consistentemente una estructura bifactorial que refleja la naturaleza multidimensional de la depresión:

Factor 1 — Somático-motivacional: agrupa los ítems relacionados con cansancio o fatiga, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, cambios en el apetito, pérdida de placer, agitación, pérdida de interés y pérdida de interés en el sexo.

Factor 2 — Cognitivo-afectivo: agrupa los ítems relacionados con tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos de suicidio, inutilidad e indecisión.

Sanz et al. (2005), en el estudio de validación de la adaptación española del BDI-II utilizado como referencia en la presente investigación, confirmaron esta estructura bifactorial en una muestra de 305 pacientes ambulatorios con diagnósticos psicopatológicos DSM-IV. El coeficiente de correlación entre los dos factores fue r = 0,72, lo que indica que, si bien son dimensiones distinguibles, forman parte de una dimensión general de depresión. Esta estructura factorial es consistente con el modelo teórico de Beck, que concibe la depresión como un constructo unitario con componentes cognitivos y somáticos-motivacionales interrelacionados.

Las propiedades psicométricas del BDI-II en población hispanohablante son excelentes: consistencia interna (α de Cronbach = 0,89), validez convergente (correlaciones de r = 0,70 y r = 0,68 con las escalas de Depresión Mayor y Distimia del MCMI-II, respectivamente), validez discriminante (la correlación con la Escala de Ansiedad Rasgo del STAI fue significativamente menor, r = 0,36) y validez de criterio (los pacientes con trastorno depresivo mayor obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los grupos con otros diagnósticos). Estas propiedades justifican su elección como instrumento de evaluación en estudios sobre depresión y rendimiento académico en población universitaria latinoamericana.

3.7. Proceso terapéutico y técnicas específicas

La TCC para la depresión es un tratamiento estructurado, orientado al presente, de duración limitada (típicamente entre 12 y 20 sesiones) y centrado en la colaboración activa entre terapeuta y paciente. Beck describe el proceso terapéutico como un empirismo colaborativo: terapeuta y paciente trabajan juntos como científicos que investigan la validez de las cogniciones del paciente, sometiendo las creencias a pruebas de realidad y generando hipótesis alternativas más adaptativas.

El tratamiento se organiza en tres fases características:

Fase inicial (sesiones 1-4): evaluación, psicoeducación sobre el modelo cognitivo, establecimiento de la alianza terapéutica, activación conductual para aliviar los síntomas más agudos y formulación cognitiva del caso.

Fase intermedia (sesiones 5-16): identificación y reestructuración de pensamientos automáticos negativos; exploración y modificación de supuestos intermedios (reglas y actitudes disfuncionales); trabajo sobre los esquemas cognitivos subyacentes.

Fase de terminación (sesiones 17-20): consolidación de los cambios logrados; prevención de recaídas; desarrollo de un plan de acción ante señales de alarma; atribución de los logros al esfuerzo y las habilidades del paciente (no al terapeuta).

Las principales técnicas cognitivas empleadas incluyen: registro de pensamientos automáticos (RPA), diálogo socrático, reestructuración cognitiva, examen de evidencia,

descatastrofización y técnica de las flechas descendentes (para identificar esquemas nucleares). Las técnicas conductuales incluyen: activación conductual, asignación graduada de tareas, programación de actividades placenteras, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación. En estudiantes universitarios, la TCC se adapta frecuentemente mediante intervenciones breves, grupos psicoeducativos, talleres de manejo del estrés académico y estrategias de planificación del estudio compatibles con las demandas institucionales.

3.8. Terapias de segunda y tercera generación: ampliaciones del modelo

El modelo original de Beck ha generado una familia de intervenciones derivadas que amplían, profundizan o reorientan los fundamentos teóricos y técnicos de la TCC. Estas intervenciones, conocidas como terapias de segunda y tercera generación, ofrecen herramientas adicionales relevantes para el tratamiento de la depresión en población universitaria.

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002): integra las técnicas de meditación *mindfulness* en el marco de la TCC. Está especialmente indicada para la prevención de recaídas en pacientes con historial de episodios depresivos múltiples. Su premisa central es que las recaídas depresivas son desencadenadas por la reactivación de patrones cognitivos negativos en respuesta a estados de ánimo disfóricos leves, y que el *mindfulness* permite observar estos patrones sin identificarse con ellos.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999**)**: en lugar de modificar el contenido de los pensamientos negativos —como hace la TCC clásica—, propone cambiar la relación del sujeto con esos pensamientos mediante la defusión cognitiva, la aceptación de experiencias internas y la orientación hacia valores propios. La pregunta central no es *"¿es verdadero este pensamiento?"* sino *"¿actuar según este pensamiento me acerca a la vida que quiero tener?"*.

Terapia de esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003): amplía el modelo cognitivo estándar hacia el trabajo con esquemas maladaptativos tempranos —estructuras cognitivas y emocionales profundamente consolidadas desde la infancia—. Es especialmente útil para la depresión crónica y distímica donde los esquemas están muy arraigados y la TCC estándar muestra limitada eficacia.

Estas aproximaciones resultarían particularmente pertinentes en el contexto universitario, donde la depresión frecuentemente coexiste con patrones de perfeccionismo, sobreadaptación académica y dificultad para tolerar la incertidumbre vocacional. La integración de técnicas de tercera generación permite trabajar no solo la sintomatología actual, sino la relación del estudiante con sus expectativas, su identidad profesional y su capacidad de autorregulación emocional frente a demandas académicas cambiantes.

3.9. Síntesis del capítulo: TCC, depresión y rendimiento académico

La Terapia Cognitivo-Conductual ofrece un marco explicativo empíricamente validado, estructurado y altamente aplicable para comprender e intervenir en la depresión universitaria. Desde esta perspectiva, la relación entre depresión y rendimiento académico se conceptualiza como un ciclo de retroalimentación negativa donde los esquemas depresógenos (especialmente de autonomía) activan la tríada cognitiva negativa ante estresores académicos, generando distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que deterioran la motivación y promueven la evitación conductual. Esta evitación reduce el acceso a refuerzos positivos académicos, lo que confirma las cogniciones negativas y profundiza el estado depresivo.

Sin embargo, la TCC también explica por qué esta relación no es universal ni lineal. Estudiantes con alta autoeficacia académica, estrategias de afrontamiento activas y redes de apoyo institucionales pueden mantener un rendimiento satisfactorio incluso en presencia de sintomatología depresiva leve o moderada, ya que logran interrumpir el ciclo cognitivo-conductual mediante autorregulación, planificación y búsqueda de ayuda. El BDI-II, al medir tanto componentes somático-motivacionales como cognitivo-afectivos, permite identificar qué dimensión de la depresión está más comprometida en cada estudiante y ajustar la intervención en consecuencia.

En el contexto de los estudiantes avanzados de Psicología, la TCC aporta herramientas concretas para modificar patrones de pensamiento disfuncionales asociados al rendimiento (perfeccionismo, catastrofización ante exámenes, personalización de errores clínicos), promover la activación conductual graduada hacia actividades académicas evitadas y desarrollar estrategias de prevención de recaídas compatibles con la transición a la práctica profesional. La articulación de este modelo con la comprensión psicoanalítica de la depresión permite una intervención institucional

integral: la TCC aborda los mecanismos cognitivo-conductuales de mantenimiento del cuadro, mientras que el psicoanálisis ilumina los significados subjetivos, históricos y vinculares que subyacen a la vulnerabilidad depresiva en esta población específica.

Capítulo 4: El Rendimiento Académico en la Educación Superior

4.1. Definición y Complejidad

El rendimiento académico es uno de los constructos más estudiados en psicología educativa y pedagogía, pero también uno de los más complejos de delimitar conceptualmente. No existe una definición única y consensuada; más bien, ha sido abordado desde múltiples perspectivas que enfatizan dimensiones distintas del fenómeno. Pizarro (1985, citado en Pola, 2013) lo define como *"una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación"*, privilegiando el rendimiento como producto observable. Chadwick (1979, citado en Pola, 2013) introduce la dimensión temporal y procesual, señalando que es *"la expresión de capacidades y características psicológicas del estudiante desarrolladas y actualizadas a través del proceso de enseñanza-aprendizaje"*. Jiménez (2000, citado en Bayona-Largo & Brenes-Solís, 2023) lo conceptualiza desde una perspectiva normativa: *"el nivel de conocimientos demostrado en un área o materia comparado con la norma de edad y nivel académico"*.

La investigación contemporánea ha cuestionado la suficiencia de los indicadores puramente cuantitativos, señalando que el rendimiento académico trasciende la calificación numérica para integrar aspectos cognitivos, volitivos, afectivos y contextuales. Edel Navarro (2003) subraya su carácter multifactorial: en él confluyen variables cognitivas (razonamiento, memoria, atención), motivacionales (metas de aprendizaje, autoeficacia, locus de control), afectivo-emocionales (bienestar psicológico, presencia de sintomatología depresiva o ansiosa) y contextuales (apoyo familiar, características institucionales, carga laboral paralela). Esta perspectiva multidimensional explica por qué la relación entre depresión y rendimiento no es lineal ni universal, y por qué estudiantes con niveles similares de sintomatología pueden mostrar trayectorias académicas radicalmente distintas.

Para abordar este trabajo utilizamos la definición de Latiesa (1992): el rendimiento académico como el nivel de logro alcanzado por el estudiante expresado en sus tasas de aprobación, avance y regularidad dentro del plan de estudios universitario. Expresado en tres dimensiones:

a) Rendimiento en sentido estricto: referido a las calificaciones obtenidas por los estudiantes en los exámenes de las asignaturas que conforman el plan de estudios.

b) Rendimiento en sentido amplio: referente a las tasas de éxito, retraso y abandono de los estudiantes.

c) Regularidad académica: relativa a las tasas de presentación a exámenes

4.2. Indicadores de Medición

La operacionalización del rendimiento académico en investigación empírica varía según el contexto institucional, el sistema educativo y los objetivos del estudio. Los indicadores más frecuentes incluyen:

1. Calificaciones o promedio ponderado: objetivo, fácilmente cuantificable, pero sensible a variaciones en criterios de evaluación entre materias y docentes.
2. Estatus de regularidad y aprobación: en el sistema universitario argentino, la *regularización* implica cumplir con asistencia y evaluaciones parciales que habilitan a rendir el examen final, mientras que la *aprobación* exige superar dicha instancia evaluativa. Un estudiante puede regularizar muchas materias y aprobar pocas, expresando un patrón de rendimiento donde sostiene el esfuerzo cotidiano pero enfrenta bloqueos en instancias de mayor exigencia.
3. Índice de eficiencia académica: Pola (2013) propuso la fórmula: Rendimiento = (Materias Aprobadas / Materias Cursadas) × (Año que Cursa / Permanencia en la Carrera), que captura tanto la tasa de aprobación como el avance temporal respecto al plan de estudios.

Tabla 6

Estrategias de operacionalización del rendimiento académico en investigación universitaria

Indicador	Ventajas	Limitaciones	Contexto de uso

Indicador	Ventajas	Limitaciones	Contexto de uso
Promedio de calificaciones	Objetivo, estandarizado, comparable	No capta esfuerzo, regularidad ni bloqueo en finales	Estudios comparativos internacionales
Relación aprobadas/regularizadas	Sensible a patrones de bloqueo/evitación	Depende de autorreporte; varía entre carreras	Contexto argentino; estudios de salud mental
Índice de eficiencia (Pola, 2013)	Integra avance temporal y eficiencia	Requiere datos institucionales precisos	Tesis locales; análisis de trayectorias
Estatus académico (activo/retirado)	Claro, binario	No gradúa nivel de desempeño	Estudios de deserción y retención

Nota. Elaboración propia basada en Pola (2013), Bayona-Largo y Brenes-Solís (2023) y Chamaya Benavides (2021).

La elección del indicador debe responder al objetivo de investigación y al contexto institucional. En el presente trabajo, se prioriza la relación entre materias aprobadas y regularizadas, complementada con el año de cursado y la permanencia en la carrera, por su capacidad para captar patrones de rendimiento que el promedio simple oculta, especialmente en estudiantes con sintomatología depresiva.

4.3. Factores Determinantes

El rendimiento académico es un fenómeno multideterminado. Tejedor y colaboradores (1995, 1998, citados en Pola, 2013) clasifican las variables influyentes en cinco categorías: identificación (género, edad), psicológicas (aptitudes, personalidad, motivación), académicas (rendimiento previo, tipo de estudios), pedagógicas (métodos de enseñanza, evaluación) y sociofamiliares (nivel educativo de los padres, situación económica, convivencia).

Entre los factores personales, destacan los hábitos de estudio y la autoeficacia académica. Pola (2013) define los hábitos como *"el modo en que el individuo se enfrenta cotidianamente a su quehacer académico: la forma en que se organiza en cuanto a tiempo, espacio, técnicas y métodos concretos de estudio"*, encontrando una

correlación positiva muy significativa con el rendimiento. La autoeficacia académica (Bandura, 1986, citado en Chamaya Benavides, 2021) —la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones que conduzcan al logro— es uno de los predictores más robustos del desempeño. La depresión erosiona directamente esta creencia mediante distorsiones cognitivas que generan expectativas de fracaso, las cuales, al reducir el esfuerzo y aumentar la evitación, se convertirían en profecías autocumplidas.

Los factores sociofamiliares y económicos ejercen una influencia estructural. Bayona-Largo y Brenes-Solís (2023) identificaron que los problemas económicos se asociaban significativamente tanto con depresión como con rendimiento regular, y que el 100 % de los estudiantes con rendimiento bajo refirió que las dificultades financieras les generaron síntomas depresivos. El tipo de convivencia también modula el riesgo: vivir solo o sin apoyo familiar cercano se asocia a mayor vulnerabilidad emocional y menor sostenimiento del esfuerzo académico (Ibáñez Aldaco et al., 2019, citado en Bayona-Largo & Brenes-Solís, 2023).

Los factores académicos e institucionales incluyen la carga curricular, la calidad de la enseñanza, la disponibilidad de servicios de bienestar universitario y el año de cursado. Bayona-Largo y Brenes-Solís (2023) observaron que los estudiantes de primer año presentaban mayor frecuencia de rendimiento regular, atribuible al proceso de adaptación a la autonomía universitaria, mientras que los de segundo año mostraban el mayor porcentaje de rendimiento “Muy Bueno”. Pola (2013) confirmó esta evolución, hallando que los estudiantes de quinto año de Psicología presentaban hábitos de estudio superiores a los de segundo, sugiriendo que la inmersión progresiva en la cultura académica desarrolla estrategias de aprendizaje más eficaces.

En síntesis, el rendimiento académico no es un reflejo directo de la inteligencia o el esfuerzo individual, sino el resultado de una ecuación compleja donde interactúan recursos psicológicos, condiciones materiales, apoyo institucional y contexto histórico. Esta multidimensionalidad explica por qué la depresión no afecta de manera uniforme el desempeño estudiantil y por qué ciertas trayectorias académicas se mantienen estables incluso ante cuadros sintomáticos leves o moderados.

Capítulo 5: Interrelación entre Depresión y Rendimiento Académico

5.1. Mecanismos de Interferencia

La relación entre depresión y rendimiento académico no es directa ni mecánica, sino mediada por múltiples vías de interferencia que operan a nivel cognitivo, conductual, motivacional y somático. La comprensión de estos mecanismos es esencial para interpretar la evidencia empírica y diseñar intervenciones efectivas.

A nivel cognitivo, la depresión compromete funciones ejecutivas fundamentales para el aprendizaje universitario. La disminución de la atención selectiva y sostenida dificulta la concentración durante clases y sesiones de estudio. La reducción de la memoria de trabajo impacta la capacidad de comprender textos complejos, integrar información y resolver problemas. La dificultad para planificar, organizar y tomar decisiones interfiere con la gestión del tiempo, la elaboración de trabajos escritos y la preparación de exámenes. La anhedonia, por su parte, erosiona la motivación intrínseca, reduciendo la satisfacción que normalmente proporciona el aprendizaje y la exploración intelectual (Chamaya Benavides, 2021; Gotlib & Joormann, 2010).

A nivel conductual, la depresión genera patrones de evitación y procrastinación que deterioran progresivamente el desempeño. El estudiante deprimido tiende a ausentarse de clases, postergar tareas, evitar interacciones con docentes y compañeros, y reducir actividades de estudio autónomo. Estas conductas, frecuentemente malinterpretadas como “falta de voluntad” o “desinterés”, son en realidad manifestaciones comportamentales del trastorno. El modelo de Lewinsohn (1974) explica este fenómeno como un ciclo de retroalimentación negativa: la depresión reduce la actividad, la inactividad disminuye el acceso a refuerzos positivos (aprobaciones, logros, socialización académica), lo que confirma las cogniciones negativas y profundiza el estado depresivo. Interrumpir este ciclo requiere intervención específica que reactive conductualmente al estudiante y reestructure sus evaluaciones cognitivas.

A nivel somático, las alteraciones del sueño y la fatiga crónica operan como mecanismos silenciosos de deterioro académico. El insomnio o la hipersomnia, criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor, interfieren con los procesos de consolidación de la memoria durante el descanso, fundamentales para el aprendizaje. Bayona-Largo y Brenes-Solís (2023) identificaron los problemas de sueño como factor de riesgo significativo para depresión (IC: 2,046-6,929). La fatiga, uno de los síntomas más frecuentes en población universitaria, reduce la resistencia cognitiva, aumenta el ausentismo y deteriora el rendimiento en evaluaciones de alta carga mental. Estudios indican que el 63 % de los estudiantes con depresión reportan dificultades de

concentración por cansancio, y el 73 % percibe un impacto negativo directo en su desempeño evaluativo.

Tabla 7

Vías de interferencia de la depresión en el rendimiento académico universitario

Nivel	Mecanismo	Consecuencia académica
Cognitivo	Déficit en atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas	Dificultad para estudiar, organizar, tomar decisiones
Conductual	Evitación, procrastinación, reducción de actividad	Ausentismo, postergación de exámenes, entrega tardía de trabajos
Somático	Alteraciones del sueño, fatiga crónica, anhedonia	Menor retención, menor resistencia, desmotivación
Interpersonal	Retraimiento social, dificultad para pedir ayuda	Aislamiento, menor aprovechamiento de redes de apoyo

Nota. Elaboración propia basada en Chamaya Benavides (2021), Bayona-Largo y Brenes-Solís (2023) y Eisenberg et al. (2007).

5.2. Evidencia Empírica y la Hipótesis del "Estudiante Resiliente"

La revisión de la literatura sobre la relación entre depresión y rendimiento académico revela un panorama complejo y, en apariencia, contradictorio. Esta heterogeneidad no indica debilidad del campo, sino la presencia de variables moderadoras y mediadoras que condicionan la dirección e intensidad de la asociación.

Entre los estudios que reportan asociación significativa y negativa, se destacan:

Carvo Pareja (2024): en estudiantes de enfermería en Perú, encontró una correlación negativa moderada y altamente significativa (r = -.531, p < .001) entre depresión y rendimiento.

Franco et al. (2011, citado en Chamaya Benavides, 2021): en una muestra de 385 universitarios en Colombia, hallaron relación significativa entre depresión y rendimiento regular o malo.

Hernández Chuquimbalqui (2021): en estudiantes de Psicología en Perú, reportó asociación significativa (χ^2 = 10.130; *gl* = 2; *p* = .006) con una prevalencia depresiva del 83 %.

Sin embargo, investigaciones de rigor metodológico equivalente no confirman esta asociación:

Bayona-Largo y Brenes-Solís (2023): en 206 estudiantes de medicina en Nicaragua, el 42,68 % de los deprimidos tenía rendimiento "Muy Bueno" y el 34,15 % "Excelente". El análisis estadístico no halló asociación significativa.

Chamaya Benavides (2021): en 304 estudiantes multidisciplinarios en Perú, la relación no fue significativa (Tau-c = 0,015; *p* = 0,586), aunque el 88,2 % presentaba rendimiento bajo independientemente de la depresión.

Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021): en estudiantes de Psicología en México, no hallaron diferencias en depresión entre grupos de rendimiento regular e irregular, pese a una prevalencia del 49,4 %.

Esta divergencia podría sugerir la aparición del **"**Estudiante Resiliente" o *"estudiante compensador"*: en ciertos contextos, el rendimiento académico opera no como indicador de bienestar, sino como mecanismo de defensa o distracción frente al malestar emocional. Desde la TCC, estudiantes con esquemas de autonomía fuertemente consolidados (*"mi valor depende de mí rendimiento"*) podrían mantener un esfuerzo académico intenso como forma de sostener la autoestima, incluso a costa de agotamiento y malestar psíquico. Desde el psicoanálisis, esta dinámica sería posible leerse como funcionamiento del *falso self* académico: el estudiante aprueba, cumple y avanza, pero desde un lugar de cumplimiento rígido más que de aprendizaje genuino. Cuando la presión supera la capacidad defensiva, o cuando la tesis/prácticas exigen una elaboración subjetiva que el falso self no puede sostener, se produciría un colapso que se manifiesta como crisis depresiva o abandono.

Además, factores moderadores como la severidad de la depresión afrontamiento (pasivas vs. activas), el soporte social y familiar, y las condiciones**,** las estrategias de socioeconómicas explican por qué la relación varía entre poblaciones. En contextos de alta vulnerabilidad, el estudio puede funcionar como la única vía de movilidad social disponible, activando mecanismos de perseverancia que contrarrestan temporalmente el impacto cognitivo de la depresión (Chamaya Benavides, 2021).

En carreras de ciencias de la salud, la exposición al sufrimiento ajeno y la presión ética pueden potenciar la internalización del malestar, haciendo que el rendimiento académico sea tanto un refugio como un precipitante de estrés.

Por tanto, la relación entre depresión y rendimiento académico no es lineal ni universal, sino contextual, dinámica y mediada por factores protectores y de vulnerabilidad. Reconocer esta complejidad es fundamental para evitar lecturas simplistas que patologizan el bajo rendimiento o invisibilizan el sufrimiento detrás del alto desempeño académico.

MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio se enmarca dentro de un enfoque cuantitativo, dado que se propone medir y analizar la relación entre variables a través de instrumentos estandarizados y procedimientos estadísticos. El diseño de la investigación es no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables, sino que se observan tal como se presentan en su contexto natural (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Asimismo, se trata de un estudio descriptivo. Por un lado, se describen los niveles de depresión y el rendimiento académico de los estudiantes; por otro, se analiza la relación aparente existente entre ambas variables. El estudio presenta un corte transversal, ya que la recolección de los datos se realizó en un único momento temporal.

2. Definición conceptual y operacional de las variables

Variable Depresión

La depresión es un síndrome en el que predominan patrones de pensamiento negativos y distorsionados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro, que influyen en las emociones, la conducta y los síntomas físicos. (Beck, 2010)

Definición operacional: la depresión fue medida a través del puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II), el cual permite clasificar los niveles en mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y severa (29-63).

Variable Rendimiento académico

El rendimiento académico se entiende como el nivel de logro alcanzado por el estudiante expresado en sus tasas de aprobación, avance y regularidad dentro del plan de estudios universitario. (Latiesa, 1992)

Definición operacional: el rendimiento académico fue evaluado a partir de la relación entre la cantidad de materias aprobadas y la cantidad de materias regularizadas, en función del año de cursado y los años de permanencia en la Facultad, según la información aportada por los estudiantes mediante un cuestionario estructurado.

3. Descripción del contexto de investigación

El estudio se realizó en la Universidad Abierta Interamericana (UAI), sede Rosario, institución universitaria privada cuyo modelo pedagógico se caracteriza por la

fuerte vinculación entre la teoría y la práctica profesional. La carrera de Licenciatura en Psicología, en sus años avanzados, integra prácticas supervisadas en dispositivos clínicos, comunitarios e institucionales, lo que genera un entorno académico de alta exigencia que es relevante para el objeto de estudio de la presente investigación.

4. Unidades de análisis: población, muestra y muestreo

Población

La población objeto de estudio estuvo constituida por estudiantes de la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario, pertenecientes a la carrera de Licenciatura en Psicología de cuarto y quinto año de cursado regular, durante el segundo cuatrimestre del año 2025.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 49 estudiantes universitarios, de los cuales solo 45 cumplían con los criterios de inclusión, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, teniendo en cuenta la disponibilidad y voluntad de participación. Hernández-Sampieri et al. (2014) señalan que este tipo de muestreo es apropiado en investigaciones exploratorias y descriptivas cuando no se busca generalización estadística sino profundidad en el análisis de la muestra seleccionada.

Criterios de inclusión: (a) ser estudiante regular de la UAI, sede Rosario, cursando cuarto o quinto año de la Licenciatura en Psicología; (b) tener 18 años o más; (c) aceptar voluntariamente participar mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: (a) presentar dificultades que impidan la comprensión de los instrumentos; (b) no completar la totalidad de los cuestionarios administrados; (c) estar cursando otros años de la misma carrera u otra carrera en la misma institución.

5. Técnicas, instrumentos y procedimientos

Instrumento 1: Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II*)*

La medición válida y confiable de la depresión es un requisito metodológico fundamental en la investigación empírica. El Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) constituye el instrumento de tamizaje más utilizado a nivel mundial, con más de 2.000 estudios de validación y aplicación en contextos clínicos, educativos y comunitarios. Su desarrollo no es un hecho técnico aislado, sino la expresión instrumental del modelo cognitivo de Beck: mide los síntomas

cognitivos, afectivos y somáticos que la teoría identifica como centrales, y está diseñado para ser sensible al cambio terapéutico.

Tabla 8

Propiedades psicométricas del BDI-II en población hispanohablante (Sanz et al., 2005)

Propiedad	Valor/Descripción	Interpretación
Consistencia interna (α)	0,89	Alta homogeneidad entre ítems
Validez convergente	r > 0,50 con MCMI-II	Mide adecuadamente el constructo depresión
Validez discriminante	r = 0,36 con STAI-Ansiedad	Específico para depresión, no confusión con ansiedad
Estructura factorial	Bifactorial (somático/cognitivo)	Coherente con modelo teórico de Beck
Puntos de corte	0-13 / 14-19 / 20-28 / 29-63	Permite gradación clínica y comparabilidad

Nota. Datos extraídos de Sanz et al. (2005).

Se optó por utilizar los parámetros de confiabilidad reportados por Saenz et al. (2005) dada la naturaleza exploratoria y el tamaño muestral (N=45), no obstante, se reconoce que el calculado de α de Cronbach en la muestra actual habría fortalecido la validez interna del instrumento.

El BDI-II presenta ventajas metodológicas claras: brevedad (5-10 minutos), formato de autoinforme estandarizado, disponibilidad de versiones validadas en español, y amplia trayectoria en investigación universitaria latinoamericana. No obstante, presenta limitaciones inherentes a los instrumentos de autorreporte: posible sesgo de deseabilidad social, dificultad para discriminar depresión de otros cuadros (ansiedad, estrés académico, duelo normal), y dependencia de la introspección y capacidad de insight del participante. Por estas razones, se recomienda su uso como instrumento de tamizaje y no como herramienta diagnóstica definitiva, complementándolo con entrevista clínica o evaluación multidimensional cuando sea posible.

En el contexto de la presente investigación, el BDI-II se justifica por su validez, confiabilidad, sensibilidad al cambio y su alineación teórica con el modelo cognitivo que sustenta parte del marco explicativo. Su aplicación permite cuantificar la severidad sintomática, comparar resultados con estudios previos y establecer bases empíricas para la intervención institucional en salud mental universitaria.

Instrumento 2: Cuestionario de datos académicos y sociodemográficos

Se elaboró un cuestionario estructurado con el objetivo de recabar información sociodemográfica (edad, sexo, año de cursado) y datos relacionados con el rendimiento académico (cantidad de materias cursadas: regularizadas y aprobadas, y año actual de cursado con los años de permanencia en la carrera).

Para determinar el rendimiento académico del estudiante se utilizó la siguiente fórmula, (Gómez Alonso, 2011):

$$\text{Rend. Académico} = \frac{\text{Cant. Mat. Aprobadas}}{\text{Cant. Mat. Cursadas}} \cdot \frac{\text{Año que cursa}}{\text{Permanencia en la carrera}}$$

Variación de 0 a 1 con la siguiente puntuación:

Puntuación	**Calificación**	**Agrupación**
0 – 0.20	Malo	Bajo
0.20 – 0.40	Regular	
0.40 – 0.60	Bueno	Medio
0.60 – 0.80	Muy bueno	Alto
0.80 – 1	Excelente	

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la autorización a las autoridades institucionales de la UAI sede Rosario. Posteriormente, se informó a los estudiantes sobre los objetivos de la investigación, garantizando el carácter voluntario y confidencial de su participación. Los participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se explicitaron los alcances del estudio, la confidencialidad de los datos y el derecho a retirarse en

cualquier momento sin consecuencias. La administración de los instrumentos se realizó en formato digital mediante Google Forms, durante el segundo cuatrimestre de 2025.

6. Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló respetando los principios éticos establecidos para la investigación en psicología, de acuerdo con los lineamientos de la American Psychological Association (APA), la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Se resguardó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, y los datos recolectados fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, sin que la identidad de los participantes sea divulgada en ninguna publicación o informe.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Resultados sociodemográficos

La muestra estuvo conformada por 45 estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario, cursando cuarto y quinto año. En relación con la edad, los participantes se ubicaron mayoritariamente en el rango de 21 a 35 años, lo cual es esperable para estudiantes de los años avanzados de esta carrera. Respecto al género, se observó una predominancia del género femenino (71,10%), en concordancia con la tendencia histórica de la carrera de Psicología, tanto a nivel nacional como internacional.

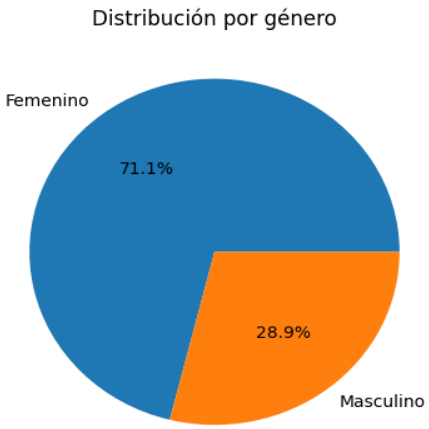


Figura 1. Distribución por género en la muestra (N = 45). Elaboración propia.

Como se observa en la Figura 1, el género femenino representa el 71,10% de la muestra (n = 32), mientras que el género masculino representa el 28,90% (n = 13).

2. Resultados del nivel de depresión (BDI-II)

Los resultados a partir del Inventario de Depresión de Beck- Segunda Edicion (BDI-II, Beck et al, 1996) evidencian la presencia de sintomatología depresiva en una proporción significativa de la muestra. La distribución de los niveles de depresión fue la siguiente: depresión mínima o ausente (0-13): 57,80% (n = 26); depresión leve (14-19): 24,50% (n = 11); depresión moderada (20-28): 13,30% (n = 6); depresión severa (29-63): 4,40% (n = 2).

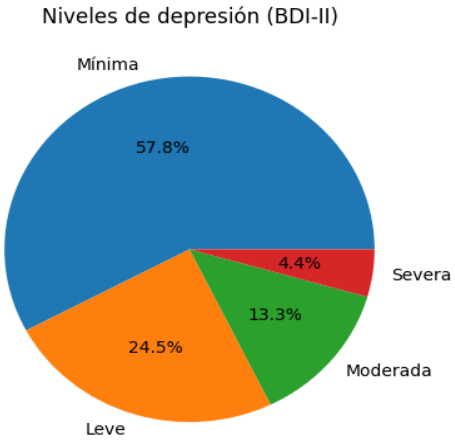


Figura 2. Distribución de niveles de depresión según BDI-II (N = 45). Elaboración propia.

Como se observa en la Figura 2, más de la mitad de los estudiantes (57,80%) presenta niveles mínimos de depresión. Sin embargo, resulta significativo que el 42,20% restante evidencia algún grado de sintomatología depresiva que puede interferir en su bienestar y desempeño académico. Esta cifra es consistente con la literatura previa que reporta prevalencias de entre el 39% y el 49% en estudiantes de Psicología (Cuamba Osorio & Zazueta Sánchez, 2021; Chamaya Benavides, 2021), aunque inferior a los valores más elevados reportados en otras muestras (Hernández Chuquimbalqui, 2021: 83%). La presencia de síntomas como pérdida de energía, cambios en el sueño, cansancio y dificultad de concentración —evaluados por el BDI-II— resulta particularmente relevante en el contexto académico, donde estas funciones son fundamentales para el rendimiento.

3. Análisis Factorial del BDI-II: Comparación de Dimensiones Sintomáticas

3.1. Sección A — Peso Relativo de los Factores en la Muestra Total

El BDI-II presenta una estructura bifactorial validada en población hispanohablante (Sanz et al., 2005), que distingue entre un factor cognitivo-afectivo (ítems 1-13; puntaje máximo = 39) y un factor somático-motivacional (ítems 14-21; puntaje máximo = 24). Para comparar el peso relativo de cada dimensión en la muestra,

se calcularon los porcentajes del puntaje máximo posible, permitiendo una comparación equitativa entre factores de distinta extensión.

Tabla 1

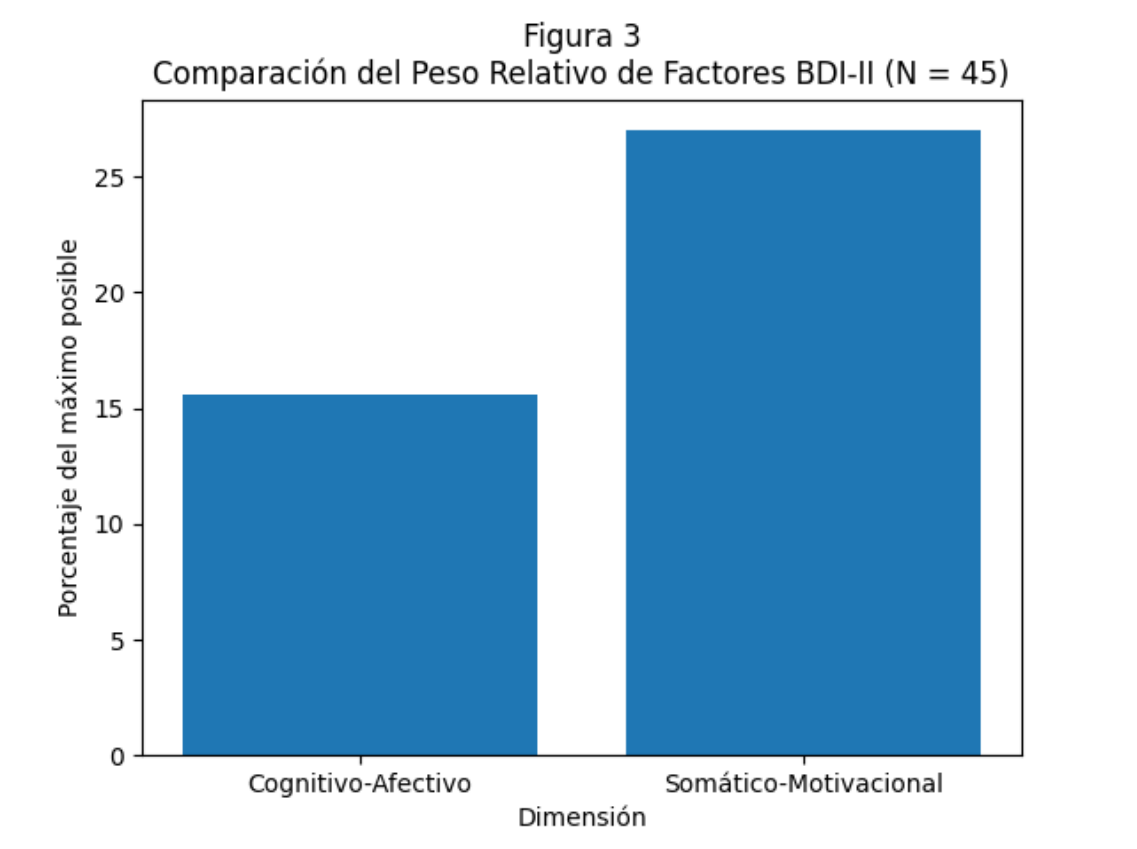
Comparación de Factores del BDI-II en la Muestra Total (N = 45)

Dimensión	**Puntaje promedio**	**Puntaje máximo posible**	**% del máximo posible**
Factor cognitivo-afectivo	6.1	39	15.6%
Factor somático-motivacional	6.5	24	27.0%

Nota. Los porcentajes del máximo posible se calcularon dividiendo el puntaje promedio por el puntaje máximo teórico de cada factor y multiplicando por 100. Datos obtenidos de la planilla de análisis factorial BDI2_Analisis_Factorial.xlsx.

Figura 3

Comparación del Peso Relativo de Factores BDI-II en la Muestra Total (N = 45)



- Factor Cognitivo-Afectivo: 15.6%
- Factor Somático-Motivacional: 27.0%

Nota. Las barras representan el porcentaje del puntaje máximo posible alcanzado por el promedio muestral en cada dimensión.

Los resultados indican que el factor somático-motivacional presenta un peso relativo significativamente mayor (27.0% del máximo posible) en comparación con el factor cognitivo-afectivo (15.6% del máximo posible). Este hallazgo sugiere que, en esta población de estudiantes avanzados de Psicología, los síntomas de naturaleza somática y motivacional —tales como fatiga, alteraciones del sueño, pérdida de energía y disminución del interés— constituyen la dimensión más comprometida de la sintomatología depresiva.

Desde una perspectiva clínica, este patrón resulta coherente con las demandas específicas del ciclo superior de la carrera: la combinación de seminarios teóricos, prácticas supervisadas, elaboración del trabajo integrador final y, en muchos casos, responsabilidades laborales externas, puede generar una carga de estrés acumulativo que se manifiesta prioritariamente en el plano somático y motivacional (Bayona Largo & Brenes Solís, 2023). La fatiga crónica y las alteraciones del sueño, en particular, operan como mecanismos silenciosos de deterioro funcional que pueden preceder a la consolidación de patrones cognitivos depresógenos más estables (Walker, 2017).

3.2. Sección B — Evolución de los Factores Según Nivel de Severidad Depresiva

Para examinar cómo varía la expresión sintomática a medida que aumenta la severidad depresiva, se compararon los promedios de cada factor agrupados por nivel de depresión. Los resultados se presentan en la **Tabla 2** y la **Figura 4**.

Tabla 2

Promedios y Porcentajes del Máximo Posible por Factor y Nivel de Depresión (N = 45)

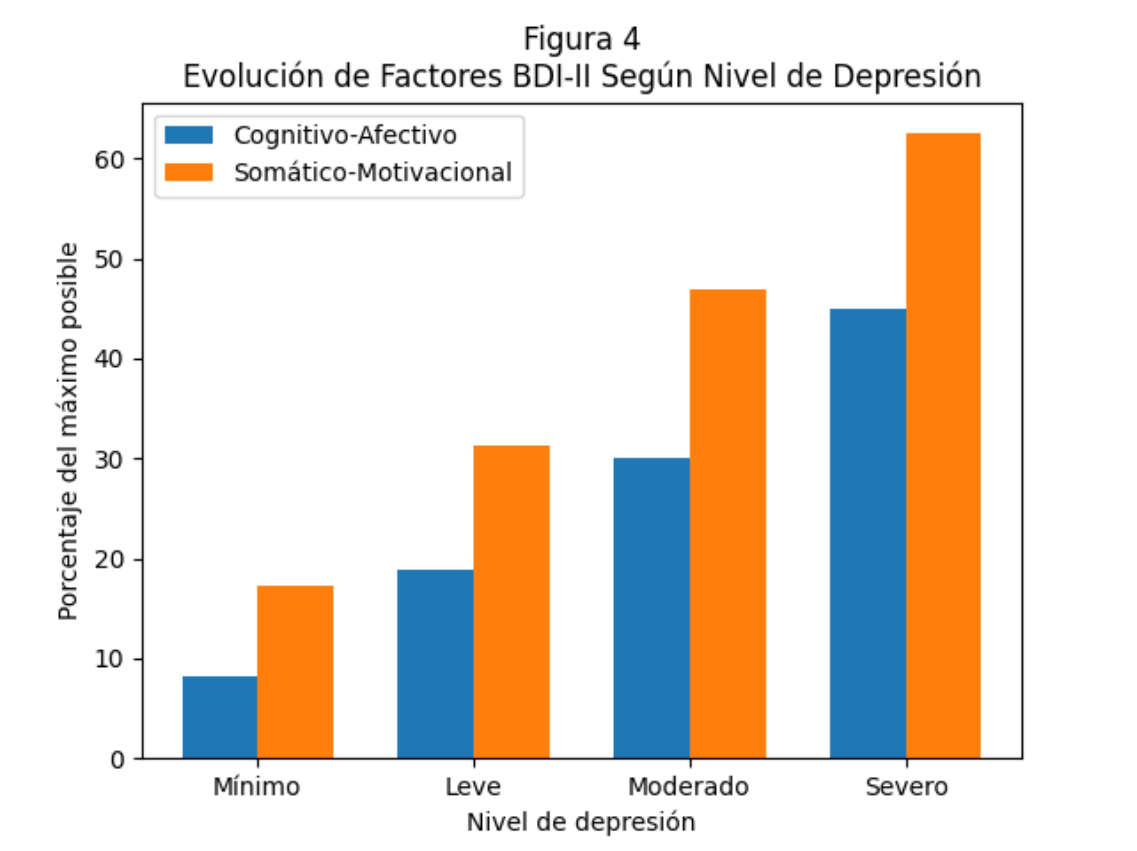
Nivel de depresión	***n***	**Factor Cognitivo-Afectivo**		**Factor Somático-Motivacional**	
		M	% del máx.	*M*	% del máx.
Mínimo (0-13)	27	3.2	8.2%	4.1	17.3%

Nivel de depresión	***n***	**Factor Cognitivo-Afectivo**		**Factor Somático-Motivacional**	
Leve (14-19)	8	7.4	18.9%	7.5	31.3%
Moderado (20-28)	8	11.8	30.1%	11.3	46.9%
Severo (29-63)	2	17.5	44.9%	15.0	62.5%
Total	**45**	**6.1**	**15.6%**	**6.5**	**27.0%**

Nota. Los porcentajes del máximo posible se calcularon dividiendo el puntaje promedio por el puntaje máximo teórico de cada factor (39 para cognitivo-afectivo; 24 para somático-motivacional) y multiplicando por 100. Datos obtenidos de la planilla de análisis factorial BDI2_Analisis_Factorial.xlsx.

Figura 4

Evolución de Factores BDI-II Según Nivel de Depresión



Eje X: Niveles de depresión (Mínimo n=27, Leve n=8, Moderado n=8, Severo n=2) Eje Y: Porcentaje del puntaje máximo posible (0-70%)

Barras por nivel:

- **Mínimo**: Cognitivo-Afectivo 8.2%, Somático-Motivacional 17.3%
- **Leve**: Cognitivo-Afectivo 18.9%, Somático-Motivacional 31.3%
- **Moderado**: Cognitivo-Afectivo 30.1%, Somático-Motivacional 46.9%
- **Severo**: Cognitivo-Afectivo 44.9%, Somático-Motivacional 62.5%

Nota. Las barras representan los promedios grupales para cada nivel de severidad depresiva.

3.2.1. Patrón de Progresión Sintomática

El análisis de la Tabla 2 y la Figura 4 revela un patrón de progresión claro y consistente: a medida que aumenta la severidad depresiva, ambos factores muestran incrementos proporcionales en sus puntajes. Sin embargo, se observan diferencias cualitativas relevantes:

1. Preeminencia sostenida del factor somático-motivacional: en todos los niveles de severidad, el factor somático-motivacional presenta porcentajes del máximo superiores a los del factor cognitivo-afectivo. Esta diferencia es particularmente marcada en los niveles leve (31.3% vs. 18.9%) y moderado (46.9% vs. 30.1%), sugiriendo que los síntomas físicos y motivacionales pueden constituir indicadores tempranos y sensibles del deterioro asociado a la depresión en esta población.
2. Aceleración diferencial en niveles severos: en el nivel severo, el factor cognitivo-afectivo muestra un incremento proporcionalmente mayor (de 30.1% a 44.9%) en comparación con el factor somático-motivacional (de 46.9% a 62.5%). Este patrón podría reflejar que, en estadios avanzados de la depresión, la distorsión cognitiva negativa —la tríada cognitiva de Beck (2010)— adquiere un peso relativo creciente, consolidando un ciclo de retroalimentación que profundiza el cuadro clínico.
3. Umbral de transición entre niveles: el salto más pronunciado en ambos factores se observa entre los niveles mínimo y leve, lo que sugiere la existencia de un umbral sintomático crítico. Superado este umbral, la progresión hacia niveles moderados y severos parece seguir una trayectoria más lineal, lo que tiene implicancias para la detección temprana y la intervención preventiva.

3.2.2. Interpretación Teórica

Desde el modelo cognitivo de Beck (2010), estos resultados pueden interpretarse a la luz de la activación progresiva de esquemas depresógenos. En niveles leves, los estudiantes podrían experimentar predominantemente síntomas somáticos y motivacionales (fatiga, dificultades de concentración, alteraciones del sueño) como respuesta al estrés académico acumulado. A medida que la severidad aumenta, estos síntomas se asocian con la activación de cogniciones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, consolidando la tríada cognitiva negativa y generando un deterioro funcional más amplio.

4. Resultados del rendimiento académico

El rendimiento académico fue evaluado a partir de la relación entre la cantidad de materias aprobadas y regularizadas por los estudiantes, en función del año de cursado y los años de permanencia en la carrera. Los resultados indican que el 68,90% de los estudiantes presenta un rendimiento académico alto; el 17,80% un rendimiento medio, evidenciado en materias pendientes o leve retraso en la trayectoria académica; y el 13,30% un rendimiento bajo, caracterizado por un número significativo de materias no aprobadas o una extensión considerable del tiempo de cursado respecto al plan de estudios.

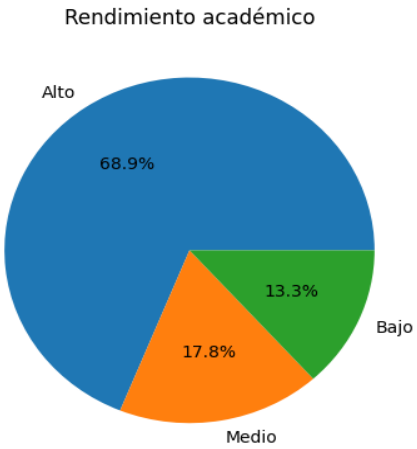


Figura 5. Distribución del rendimiento académico (N = 45). Elaboración propia.

Como ilustra la Figura 3, predominan las trayectorias académicas favorables en la muestra. El predominio del rendimiento alto podría relacionarse con el perfil de los estudiantes que llegan a cuarto y quinto año: son quienes ya superaron los años iniciales de la carrera y, en cierta medida, han demostrado una capacidad de persistencia académica. No obstante, la existencia de un 13,30% con rendimiento bajo requiere atención, especialmente considerando los niveles de sintomatología depresiva detectados.

5. Relación entre depresión y rendimiento académico

Al analizar la relación aparente entre el nivel de depresión y el rendimiento académico, se observa una tendencia general a que mayores niveles de depresión se asocian con un menor rendimiento académico. Los estudiantes con niveles mínimos de depresión tienden a mostrar trayectorias académicas más estables y favorables, mientras que aquellos con niveles moderados o severos presentan en mayor proporción dificultades como menor cantidad de materias aprobadas o retraso en la carrera.

No obstante, esta relación no es totalmente lineal. Algunos estudiantes con niveles elevados de depresión logran mantener un rendimiento académico adecuado, lo que es coherente con los planteos teóricos revisados. Desde la perspectiva de Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021), el propio rendimiento académico puede funcionar como un "factor protector" en algunos casos: el compromiso con el estudio actúa como mecanismo de distracción frente al malestar emocional. Desde el modelo cognitivo de Beck (2010), la presencia de esquemas de autonomía fuertemente consolidados —"mi

valor depende de mí rendimiento"— puede llevar a que estudiantes con depresión mantengan el esfuerzo académico como forma de sostener la autoestima, a pesar del costo emocional que eso implica.

La hipótesis del "estudiante resiliente" propuesta por Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021) sugiere que el rendimiento académico puede funcionar como mecanismo de distracción o reparación frente al malestar emocional, especialmente en carreras de ciencias de la salud donde la vocación de cuidado opera como factor motivacional potente.

En cualquier caso, los resultados confirmarían que la depresión influye en el desempeño académico, pero que esta influencia es mediada por factores protectores individuales y contextuales que es necesario considerar en el diseño de intervenciones.

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo general describir la incidencia del nivel de depresión en el rendimiento académico en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI), sede Rosario. Los hallazgos permiten responder a la pregunta de investigación de manera matizada: sí existe una incidencia del nivel de depresión sobre el rendimiento académico, pero dicha relación no es lineal ni determinista, y está mediada por variables protectoras individuales y contextuales que la modulan de manera dinámica.

Los datos revelaron que el 42,20% de la muestra presenta algún grado de sintomatología depresiva clínicamente relevante, distribuida en depresión leve (24,50%), moderada (13,30%) y severa (4,40%), mientras que el 57,80% restante se ubica en el rango de depresión mínima o ausente. Simultáneamente, el 68,90% de los participantes mantiene un rendimiento académico alto, lo que configura una aparente paradoja que constituye, en rigor, el hallazgo central y más revelador del estudio: una proporción significativa de estudiantes logra sostener trayectorias académicas favorables en presencia de sintomatología depresiva, lo que interpela directamente los modelos teóricos que postulan una relación unidireccional y negativa entre ambas variables.

Desde la perspectiva cognitiva de Beck (2010), el malestar depresivo compromete funciones ejecutivas esenciales para el aprendizaje universitario —atención sostenida, memoria de trabajo, planificación y motivación intrínseca—, generando una interferencia que debería traducirse en deterioro del desempeño. Sin embargo, la evidencia empírica sugiere que muchos estudiantes logran sostener su trayectoria académica activando esquemas de alto rendimiento o mecanismos de compensación conductual, lo que explica la no linealidad observada. Esta tensión entre el deterioro funcional que la depresión induce y la capacidad de mantener el desempeño a través de mecanismos defensivos constituye el nudo clínico y pedagógico central que este estudio ilumina.

La prevalencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante hallada en esta muestra (42,20%) se ubica en el rango medio de la evidencia internacional disponible para estudiantes de ciencias de la salud. Este valor es consistente con los reportados por Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021) en estudiantes de Psicología en México (49,4%) y Chamaya Benavides (2021) en una muestra multidisciplinaria

peruana (39,1%), pero se distancia significativamente de la prevalencia extraordinaria documentada por Hernández Chuquimbalqui (2021) en Psicología en el Perú (83%) y supera los valores registrados en estudiantes de Medicina en Nicaragua por Bayona Largo y Brenes Solís (2023) (39,81%). Esta diferencia puede atribuirse a variaciones contextuales —el entorno socioeconómico rosarino difiere sustancialmente del de regiones de alta vulnerabilidad del interior del Perú—, al momento específico del ciclo lectivo en que se recopiló la información y a posibles sesgos de autopercepción propios del instrumento de autoinforme utilizado.

Uno de los hallazgos más originales y clínicamente relevantes del presente estudio concierne a la estructura factorial de la sintomatología depresiva en la muestra. El análisis diferenciado de los dos factores del BDI-II (Sanz et al., 2005) reveló una preeminencia sostenida del factor somático-motivacional sobre el factor cognitivo-afectivo en todos los niveles de severidad: en la muestra total, el factor somático-motivacional alcanzó el 27,0% del puntaje máximo posible, frente al 15,6% del factor cognitivo-afectivo. Esta diferencia se mantiene al desagregar por nivel de severidad: en depresión mínima (17,3% vs. 8,2%), leve (31,3% vs. 18,9%), moderada (46,9% vs. 30,1%) y severa (62,5% vs. 44,9%).

Este patrón sugiere que, en esta población específica, los síntomas de fatiga crónica, alteraciones del sueño, pérdida de energía y disminución del interés constituyen la dimensión más comprometida de la experiencia depresiva. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, esto es coherente con la hipótesis de que, en niveles iniciales de sintomatología, el deterioro somático y motivacional precede a la consolidación de la tríada cognitiva negativa de Beck (2010): los estudiantes experimentan primero el agotamiento físico y la desmotivación como respuesta al estrés académico acumulado, y solo en estadios más avanzados estas experiencias se articulan con distorsiones cognitivas negativas sistemáticas sobre el yo, el mundo y el futuro. El salto más pronunciado entre el nivel mínimo y leve en ambos factores refuerza esta hipótesis, sugiriendo la existencia de un umbral sintomático crítico cuya identificación temprana es fundamental para la intervención preventiva.

El predominio del rendimiento alto (68,90%) en una muestra con presencia significativa de sintomatología depresiva no pudiera leerse como evidencia de que la depresión no afecta el desempeño, sino como la expresión de un fenómeno más complejo: el de la función defensiva del rendimiento académico. Esta dinámica fue anticipada teóricamente por Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2021), quienes

propusieron la hipótesis del «estudiante resiliente» o «compensador», según la cual el compromiso académico puede operar como mecanismo de distracción o reparación frente al malestar emocional, especialmente en carreras donde la vocación de cuidado actúa como factor motivacional potente.

En este marco, la preeminencia del factor somático-motivacional observada en el análisis factorial del BDI-II (27,0% del máximo posible vs. 15,6% del cognitivo-afectivo) resulta clínicamente coherente: la fatiga crónica, las alteraciones del sueño y la pérdida de energía emergen como los signos más visibles del desgaste en esta etapa, operando como indicadores tempranos de deterioro antes de que se consoliden patrones cognitivos depresógenos estables. Estos síntomas somáticos no son triviales en el contexto formativo: la fatiga deteriora directamente la concentración durante las supervisiones clínicas y las sesiones de trabajo sobre el TIF; las alteraciones del sueño comprometen la consolidación de la memoria y la capacidad de integración teórica; y la pérdida de energía reduce la motivación para sostener el esfuerzo autónomo que la elaboración de la tesis requiere.

Entre las fortalezas del presente estudio se destacan el uso de un instrumento psicométricamente robusto y validado en población hispanohablante (BDI-II; Sanz et al., 2005), la especificidad de la muestra focalizada en estudiantes avanzados de Psicología en el contexto argentino —una población insuficientemente abordada en la literatura nacional—, la integración del análisis factorial diferenciado por dimensiones sintomáticas como aporte metodológico que enriquece la interpretación de los datos más allá de los puntajes totales.

Es necesario, sin embargo, reconocer con rigor las limitaciones que condicionan el alcance de las conclusiones. El tamaño muestral reducido (N = 45) y el muestreo no probabilístico intencional impiden la generalización estadística de los resultados y reducen la potencia para detectar asociaciones significativas entre variables. El diseño transversal captura un único momento temporal durante el segundo cuatrimestre de 2025, imposibilitando establecer relaciones causales o analizar la evolución de la sintomatología depresiva y el rendimiento académico a lo largo del ciclo lectivo o entre años. Además, la operacionalización del rendimiento académico mediante autorregistro podría introducir sesgos de deseabilidad social o de percepción subjetiva —los estudiantes pueden sobrestimar o subestimar su progreso—, y la ausencia de medidas clínicas diagnósticas estructuradas limita la distinción entre sintomatología depresiva subclínica y trastorno depresivo mayor propiamente dicho. Finalmente, no se midieron

variables mediadoras y moderadoras documentadas en la literatura como significativamente influyentes —estrategias de afrontamiento, calidad del sueño, soporte sociofamiliar, carga laboral externa, lo que impide explorar los mecanismos a través de los cuales la depresión ejerce su impacto diferencial sobre el rendimiento. Estas limitaciones no invalidan los hallazgos, pero delimitan su alcance interpretativo y señalan con claridad el horizonte de mejora metodológica para investigaciones futuras.

En cuanto a futuras investigaciones, se recomienda: (a) diseños longitudinales que permitan observar la evolución de la sintomatología depresiva y el rendimiento a lo largo del ciclo lectivo y entre cuarto y quinto año, identificando momentos críticos de incremento del riesgo; (b) muestras probabilísticas más amplias que aumenten la potencia estadística y la generalización a otras sedes y contextos institucionales; (c) incorporación de variables mediadoras y moderadoras —calidad del sueño, estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido, variables socioeconómicas e historia de tratamiento psicológico— que permitan construir un modelo explicativo de la relación depresión-rendimiento más robusto y contextualmente preciso; (d) estudios cualitativos que exploren la experiencia subjetiva del malestar y la construcción de la identidad profesional en esta etapa transicional; y (e) investigaciones comparativas entre disciplinas de ciencias de la salud en el contexto argentino que permitan aislar los estresores específicos de la formación en Psicología y distinguirlos de los propios de otras carreras del campo sanitario.

La relación no lineal entre depresión y rendimiento académico revela una complejidad ética y pedagógica fundamental: el alto rendimiento puede enmascarar sufrimiento psíquico sostenido por mecanismos defensivos cuyo costo subjetivo es diferido al ejercicio profesional temprano, mientras que el bajo rendimiento puede ser la expresión visible de un colapso defensivo que, en rigor, comenzó mucho antes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. En Selected papers on psycho-analysis (pp. 418-501). Hogarth Press.

Alvarado-Arias, F., et al. (2024). Relación entre depresión y rendimiento académico en universitarios de enfermería. Asunción (Paraguay), 21(M), 54-69.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.

Bayona Largo, D. N., & Brenes Solís, A. K. (2023). Depresión y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Medicina, Universidad Católica Redemptoris Mater, 2023. Universidad Católica Redemptoris Mater.

Beck, A. T. (2010). Terapia cognitiva de la depresión (19.ª ed.). Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979)

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. The Psychological Corporation.

Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. William Morrow.

Carvo Pareja, L. C. (2024). Depresión y rendimiento académico en estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público de la provincia de Concepción, 2021. Universidad Nacional del Centro del Perú.

Chamaya Benavides, N. F. (2021). Depresión y rendimiento académico en estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, 2019 [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio UNCP.

Cominetti, R., & Ruiz, G. (1997). Algunos factores del rendimiento: las expectativas y el género. Human Development Department. LCSHD Paper Series, No. 20. The World Bank.

Corea del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña, 89*(Supl.1), 46–52. https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047

Cuamba Osorio, N., & Zazueta Sánchez, N. A. (2021). Depresión, afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes de Psicología. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, 8(Edición Especial), 1-12.

Dávila-Hernández, A., González-González, R., Liangxiao, M., & Xin, N. (2016). Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Revista Internacional de Acupuntura*, *10*(1), 9–15. https://doi.org/10.1016/j.acu.2016.01.003

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Academic Medicine, 81(4), 354-373.

Edel Navarro, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 1(2), 1-15.

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. American Journal of Orthopsychiatry, 77(4), 534-542.

Fonagy, P. (2001). Attachment theory and psychoanalysis. Other Press.

Freud, S. (1976). Duelo y melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 14, pp. 235-255). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917)

García de Fanelli, A. M. (2014). Rendimiento académico y abandono universitario: Modelos, resultados y alcances de la producción académica en la Argentina. Revista Argentina de Educación Superior, 8, 9-38.

Ghasemi, M., Phillips, C., Fahimi, A., McNerney, M. W., & Salehi, A. (2017). Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 80*, 555–572. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.002

Gomez Alonso, R. (2011) Material de Cátedra, Materia Taller de Tesis.

González-Pienda, J. A. (2003). El rendimiento escolar: Un análisis de las variables que lo condicionan. Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación, 7(8), 247-258.

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 285-312.

Green, A. (2005). El pensamiento clínico. Amorrortu.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hernández Chuquimbalqui, A. F. (2021). Depresión y rendimiento académico en los estudiantes de Psicología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas-2021 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza].

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Herrera-Pérez, E. R., & Tinoco-Trujillo, H. G. (2021). Correlación entre depresión y rendimiento académico en estudiantes de medicina humana en una universidad privada de Lima-2021. Universidad Peruana Unión.

Ibáñez Aldaco, A. L., Barraza-Macías, A., & González-Bañales, D. L. (2019). Depresión y rendimiento académico en los alumnos del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Durango. *Praxis Investigativa ReDIE*, *11*(20), 36–44.

Jiménez, M. (2000). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. Infancia y Sociedad, 24, 21-48.

Klein, M. (2004). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En Obras completas (Vol. 1). Paidós. (Trabajo original publicado en 1940)

Lacan, J. (1962-1963). El Seminario. Libro X: La angustia. Paidós.

LeDoux, J. (1996). The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life. Simon & Schuster.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research (pp. 157-185). Winston-Wiley.

Marcheco-Teruel, B. (2015). El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2015/cgc151a.pdf

Manzanera-Escarti, R., & Lozano-Ortiz, J. A. (2009). *Neurobiología de la depresión* [Presentación]. 31.° Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. Nota descriptiva. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

].Pintrich, P. R., & De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. Journal of Educational Psychology, 82(1), 33-40.

Pola, A. H. (2013). *Relación entre el rendimiento académico y los hábitos de estudio en alumnos universitarios* [Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55(1), 68-78.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud, 16(2), 121-142.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press

Tinto, V. (1987). Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition. University of Chicago Press.

Walker, M. (2017). Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams. Scribner.

Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Lawrence Erlbaum.

Winnicott, D. W. (1993). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós. (Trabajo original publicado en 1965)

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: "Incidencia del nivel de depresión en el rendimiento académico en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana sede Rosario."

Investigador responsable: Alfio Gaibazzi. Carrera: Licenciatura en Psicología, UAI Rosario. Directora: Ps. Anabel Muñoz.

Por medio del presente documento, declaro que he sido informado/a de manera clara y comprensible acerca de los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios del estudio mencionado. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas. Asimismo, comprendo que mis datos serán tratados con estricta confidencialidad y serán utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, sin que mi identidad sea divulgada en ninguna publicación o informe.

Nombre y apellido del participante: _____

DNI: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO B

Cuestionario Sociodemográfico y Académico con Inventario de la depresión Escala Beck BDI (BDI-2)

Incidencia de la depresión en el rendimiento académico en estudiantes del ciclo superior de la Licenciatura de Psicología en UAI

El presente cuestionario tiene como objetivo reconocer los niveles de depresión y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de educación superior durante sus estudios. La sinceridad con que respondan las preguntas será de gran utilidad para dicha investigación, que forma parte del TIF (Trabajo de Integración Final) de la carrera de la Licenciatura de Psicología en UAI.

Esta información nos ayudará a contextualizar los resultados de la investigación garantizando la confidencialidad de sus respuestas (Ley de Protección de Datos 25.326). Todos los datos son anónimos y se usarán únicamente con fines académicos.

Por favor, lea cada pregunta con atención, y elija la respuesta que considere personalmente correcta, se le solicita que sea sincero/a, marcando la casilla correspondiente ubicada a la izquierda considerándola como afirmación. La respuesta a este cuestionario es voluntaria, por lo que usted está en su derecho de contestarlo o no. El cuestionario se responde en aprox. 3 minutos. Gracias por su colaboración.

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. **¿ Acepta participar de esta investigación? ***

Marca solo un óvalo.

- ◯ Sí *Salta a la pregunta 2*
- ◯ No *Salta a la sección 5 (Gracias por su atención.)*

Sección Socio-demográfico

2. 1 ¿Cuál es su género? *

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no decirlo
- Otro: _____

3. 2 ¿Cuál es su edad en años? *

_____

4. 3 ¿Actualmente usted con quien vive? *

Marca solo un óvalo.

- Solo/a
- Acompañado/a por persona/s
- Acompañado/a por mascota/s
- Acompañado/a por personas/s y mascota/s

5. 4 ¿Cuál es el año de ingreso en la carrera de Psicología? *

_____

6. 5 ¿En qué año u años está cursando la carrera de Psicología? *

_____

7. 6 ¿Indique la cantidad de materias cursadas de la carrera de Psicología? *

_____

8. 7 ¿Indique la cantidad de materias aprobadas de la carrera de Psicología? *

_____

9. 8 ¿Usted consume algunas de estas sustancias? Seleccione una o más Opciones. *

Selecciona todos los que correspondan.

- [ ] Nada
- [ ] Alcohol
- [ ] Tabaco
- [ ] Vaper / cigarrillo electrónico
- [ ] Sustancias ilícitas
- [ ] Fármacos
- [ ] Otro: _____

10. 9 ¿Usted presenta alguna alteración o problema de sueño? *

Marca solo un óvalo.

- ◯ Si
- ◯ No

11. 10 ¿Usted presenta algún tipo de trastorno psicológico y/o psiquiátrico diagnosticado ? Si su respuesta es afirmativa especifique cual. *

Marca solo un óvalo.

- ◯ Si

No

Otro:

12. 11 ¿Usted tiene o ha tenido acompañamiento psicológico y/o psiquiátrico ? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

Inventario de la depresión Escala Beck BDI (BDI-2)

Este cuestionario está formado por 21 ítems. Por favor, lea cada una con atención, y elija la respuesta de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, marcando la casilla correspondiente ubicada a la izquierda considerándola como afirmación.

13. 1. Tristeza *

Marca solo un óvalo.

No me siento triste

Me siento triste gran parte del tiempo

Me siento triste todo el tiempo

Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

14. 2. Pesimismo *

Marca solo un óvalo.

No estoy desalentado respecto al futuro

Me siento mas desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo

No espero que las cosas funcionen para mi.

Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar

15. 3. Fracaso *

Marca solo un óvalo.

- No me siento como un fracasado
- He fracasado mas de lo que hubiera debido
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Siento que como persona soy un fracaso total

16. 4. Perdida de placer *

Marca solo un óvalo.

- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

17. 5. Sentimiento de culpa *

Marca solo un óvalo.

- No me siento particularmente culpable
- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable todo el tiempo

18. 6. Sentimientos de castigo *

Marca solo un óvalo.

- No siento que este siendo castigado.
- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado.

19. 7. Disconformidad con uno mismo *

Marca solo un óvalo.

- Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- He perdido la confianza en mí mismo
- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- No me gusto a mí mismo.

20. 8. Autocritica *

Marca solo un óvalo.

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

21. 9. Pensamientos o Deseos Suicidas *

Marca solo un óvalo.

- No tengo ningún pensamiento de matarme
- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- Querría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

22. 10. Llanto *

Marca solo un óvalo.

- No lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro por cualquier pequeñez
- Siento ganas de llorar pero no puedo.

23. 11. Agitación *

Marca solo un óvalo.

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

24. 12. Perdida de Interés *

Marca solo un óvalo.

- No he perdido el interés en otras actividades o personas
- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- Me es difícil interesarme por algo

25. 13. Indecisión. *

Marca solo un óvalo.

- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- Tengo problemas para tomar cualquier decisión

26. 14. Desvalorización. *

Marca solo un óvalo.

- No siento que yo no sea valioso
- No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- Siento que no valgo nada.

27. 15. Perdida de Energia. *

Marca solo un óvalo.

- Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía que la que solía tener
- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- No tengo energía suficiente para hacer nada.

28. 16. Cambios en los Hábitos de Sueño. *

Marca solo un óvalo.

- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- Duermo un poco más que lo habitual
- Duermo un poco menos que lo habitual
- Duermo mucho más que lo habitual
- Duermo mucho menos que lo habitual
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

29. 17. Irritabilidad. *

Marca solo un óvalo.

- No estoy tan irritable que lo habitual
- Estoy más irritable que lo habitual.
- Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- Estoy irritable todo el tiempo.

30. 18. Cambios en el Apetito *

Marca solo un óvalo.

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- Mi apetito es mucho menor que antes.
- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- No tengo apetito en absoluto
- Quiero comer todo el día

31. 19. Dificultad de Concentración. *

Marca solo un óvalo.

- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada

32. 20. Cansancio o Fatiga. *

Marca solo un óvalo.

- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

33. 21. Perdida de Interés en el Sexo. *

Marca solo un óvalo.

1. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
2. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
1. Estoy mucho menos interesado en el sexo
2. He perdido completamente el interés en el sexo

Gracias por su participación.

Gracias por su atención.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios