Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2019-02-07

Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la regulación emocional en estudiantes universitarios

Cucco o Ciancardini, Carla

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/847

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
REPUBLICA ARGENTINA

"Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la regulación emocional en estudiantes universitarios"

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS 1989 (O.C.S 553/09)

NOMBRE Y APELLIDO DE LOS ALUMNOS:

Cucco o Ciancardini, Carla DNI 27.170.922

Rosales, María Inés DNI 33.102.681

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Cognitiva – IPSIBAT – CIMEPB. Facultad de Psicología UNMDP - CONICET.

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: Sí

Fecha de presentación:

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas: Cucco o Ciancardini, Carla Matrícula N° 5698/02 DNI N°27.170.922 y Rosales, María Inés Matricula N° 7969/07 DNI N° 33.102681, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Cucco o Ciancardini, Carla Matrícula N° 5698/02 DNI N°27.170.922 y Rosales, María Inés Matricula N° 7969/07 DNI N° 33.102681 conforme los objetivos y el Plan de Trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 3 días del mes de Diciembre de 2018”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor:

Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co- Supervisor:

Las estudiantes Cucco o Ciancardini y Rosales han cumplido más que satisfactoriamente con lo propuesto en el Plan de Trabajo. Durante su desarrollo han demostrado dedicación para la conclusión del estudio y la colecta de datos, un nivel de exigencia muy alto y un fuerte compromiso con todas las actividades planteadas. Además del interés particular por las relaciones entre los síntomas depresivos y el uso de estrategias de regulación emocional, se destacan por poseer capacidad para aprender y asimilar. Su trabajo reviste importancia, ya que recopila información y presenta evidencias empíricas que permiten aportar al conocimiento científico sobre las relaciones e interacciones de la depresión con la regulación emocional, además de caracterizar a los estudiantes de la UNMDP.

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Cucco o Ciancardini, Carla (Matrícula N° 5698/02 DNI N°27.170.922) y Rosales, María Inés(Matricula N° 7969/07 DNI N° 33.102681).

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

Firma, aclaración y sello del Supervisor:

ÍNDICE

Descripción resumida…….……7

Descripción detallada……..……...……..8

Objetivo general …..…….…….……27

Objetivos particulares…….…….27

Hipótesis de trabajo……..……...……..27

Metodología……..……..……...……..28

Tipo de estudio...……..…….....28

Participantes……...…….....……28

Instrumentos.....28

Procedimiento.....30

Procesamiento de datos.....30

Presentación de los resultados.....31

Discusión de los resultados y conclusiones……...……...…..37

Referencias bibliográficas……44

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El objeto del estudio es establecer la relación existente entre la ocurrencia de los síntomas depresivos y el tipo y la frecuencia de uso de estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Con base en la literatura científica, se parte del supuesto de que las personas con mayor cantidad e intensidad de síntomas depresivos mostrarán una tendencia a utilizar con menor frecuencia estrategias de reevaluación cognitiva y con mayor frecuencia estrategias de supresión de las emociones, y de que se observará una mayor cantidad de síntomas de depresión en mujeres que en hombres**.** Para ello, se trabajará con una muestra no probabilística, de conveniencia, de aproximadamente 200 estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Mar del Plata con edades entre 18 y 30 años, a quienes se le aplicará el Inventario de Depresión de Beck-II (DBI-II) y la adaptación al español de la Escala Baptista de Depresión (EBADEP-A) para evaluar la presencia y la intensidad de los síntomas de la depresión, y la versión en español del Cuestionario de Regulación Emocional –CERQ- que permite analizar el uso de estrategias de regulación emocional. Se espera encontrar una asociación entre la ocurrencia de síntomas depresivos y el uso particular de estrategias de regulación emocional.

PALABRAS CLAVES: Depresión – Estrategias de regulación emocional – Estudiantes universitarios – Psicología.

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Motivo y antecedentes

El tránsito por la universidad, representa para el individuo una experiencia del ciclo vital que definirá el resto de su vida con características que le son propias.

El ámbito universitario constituye un lugar en que son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar los objetivos en un plazo determinado por la duración de la carrera elegida. Durante esta etapa algunos estudiantes deben enfrentar una gran cantidad de estresores psicosociales, como por ejemplo, el desarraigo, vivir solos, carecer de apoyo económico, el reto que implica tener calificaciones satisfactorias, la incertidumbre del futuro, etc. Todos estos factores aumentan el riesgo de desarrollar síntomas depresivos.

Arrivillaga et al. (2003), plantean que la depresión podría relacionarse con las dificultades académicas, con la consecuente pérdida de interés y/o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico.

Entre los estudiantes universitarios la depresión puede constituir un problema importante, pues al malestar psicológico del individuo, se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio ya que las funciones cognitivas se alteran sensiblemente durante la depresión (Manelic & Ortega, 1995).

La población estudiantil universitaria se caracteriza por una vulnerabilidad debido a las exigencias que plantea la vida académica. Estas exigencias pueden provocar sentimientos negativos por no poder responder de la forma esperada (Velásquez et al. 2008). Los estudiantes universitarios experimentan con frecuencia altos niveles de agotamiento, cinismo y falta de eficacia respecto a sus actividades académicas. Sin embargo, se ha mostrado que la autopercepción de bienestar correlaciona con sentimientos de tranquilidad y optimismo que resultan clave para el afrontamiento del agotamiento y las dificultades académicas. Los sentimientos de bienestar influyen en las estrategias de afrontamiento ante

problemáticas cotidianas entre las que se incluyen las demandas académicas (Velásquez et al., 2008).

Son diversos los marcos conceptuales que se refieren a la depresión, con bases en la práctica clínica y en los hallazgos de las investigaciones.

El DSM-V (APA, 2013) define a la depresión como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Como rasgo común, se caracteriza por la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

Por otra parte, para la Organización Mundial de la Salud (1992) la depresión es un trastorno que puede hacerse crónico o recurrente, y es caracterizado por

"(…) la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (…)". (OMS, 1992)

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales – DSM-IV- (APA, 2000), la depresión es un cuadro heterogéneo que resulta de la disfunción de varios neurotransmisores o sistemas metabólicos que se caracteriza por presentar una vulnerabilidad particular (genética), una sensibilidad incrementada (estrés) y una desincronización de los ritmos biológicos. Se presenta con humor depresivo, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o de autodepreciación, con disturbios en el sueño o en el apetito, pérdida de energía y dificultad para concentrarse

Tomando el modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck (2010), el sustrato psicológico de la depresión se explica a través de tres conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un

modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas.

En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga.

La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una "inhibición psicomotriz".

En cuanto a la organización estructural del pensamiento depresivo otro componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes puedan conceptualizar la misma situación de manera diferente, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables. La persona categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica

con ellos. La persona pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, la persona se ve cada vez más incapacitada para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.

En cuanto a los errores en el procesamiento de la información, las fallas sistemáticas que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia de la persona en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Los errores que presentan en el procesamiento de la información los pacientes depresivos son:

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva (relativa al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a calificar todas las experiencias según una o dos categorías

opuestas, por ejemplo: impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, la persona selecciona las categorías del extremo negativo.

Si se realizara un corte transversal de la sintomatología de la depresión hemos llegado a la conclusión de que debemos buscar el principal foco de patología en el modo peculiar que tiene el individuo de verse a sí mismo, sus experiencias y su futuro (la “triada cognitiva” y en su forma idiosincrática de procesar la información inferencia arbitraria, recurso selectivo, sobregeneralización, etc.)

Según Arrivillaga, Cortes, Goicochea y Lozano (2003) existen variables individuales que pueden relacionarse con la depresión ya que contribuyen a su aparición. En la investigación realizada por estos investigadores tomando como muestra a la población universitaria de la Universidad Pontificia Javeriana-Cali, se destacaron las variables como antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, ocurrencia de eventos críticos, consumo de alcohol y planeación y/o intento suicida. En función de la temática de nuestra investigación nos parece pertinente enunciar las conclusiones a que arribaron estos investigadores en cada una de las variables estudiadas:

Con respecto a la variable antecedentes familiares de depresión se puede decir que esta variable no es un factor determinante en la aparición de la misma, ya que se encontraron casos en los que no existía reporte de antecedentes familiares de algún episodio depresivo, pensando así, que pueden encontrarse otros factores biopsicosociales relacionados que actúen como factores desencadenantes o de mantenimiento de la depresión. El parentesco más relevante para los tres niveles de depresión es el padre o la madre. Siguiendo los resultados de esta investigación se puede inferir que este grado de consanguinidad tan cercano puede actuar como factor de predisposición para el desarrollo de depresión, aunque también existen otros factores adicionales, tales como tensión en el medio ambiente en el que se mueven las personas y la configuración psicológica que pueden ocasionar el principio de episodios depresivos.

Otra variable señalada, es el haber experimentado en el pasado algún episodio depresivo, hallándose en la investigación una respuesta afirmativa a esta variable en todos los niveles de depresión. Relacionado con esta variable se encontró que para los jóvenes del estudio los eventos críticos más significativos ocurridos en los últimos seis meses son inestabilidad económica, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido y separación de padres, lo que corrobora la hipótesis de que situaciones estresantes sumadas a déficit en estrategias de afrontamiento podrían ser generadoras de episodios depresivos recurrentes.

Según Paykel (1992, citado por Arrivillaga et al., 2003), se ha demostrado la importancia que tienen los acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte en la aparición de una depresión. En la investigación fue evidente que los estresores psicosociales relacionados con procesos de duelo juegan el papel más importante en la aparición del trastorno y exponiendo al sujeto a un riesgo aumentado de padecer otros episodios depresivos, probablemente por desencadenar cambios biológicos persistentes.

Las variables en las dificultades académicas de la investigación, se encontraron de manera significativa en los niveles de depresión moderado y severo. Esto se puede relacionar por un lado con eventos estresores o amenazantes siendo posibles desencadenantes de episodios depresivos. Por otro lado, podría estar conectada con una consecuencia, como la pérdida del interés y/o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico.

En la investigación fue evidente la presencia de planeación suicida para los tres niveles de depresión en cada uno de los instrumentos, sobresaliendo el intento de suicidio en los niveles de depresión moderada y severa. Esta variable alerta acerca de la relación directa entre depresión e intento de suicidio e igualmente evidencia el peso del nivel cognitivo, generador de desesperanza en el comportamiento de este grupo de personas.

Finalmente, la última variable por destacar, es el consumo de alcohol que resultó ser mayor en el nivel de depresión moderada, que en los demás tipos de depresiones. Así mismo se presentó una frecuencia de consumo entre ocho y quince días. Posiblemente, se pueda pensar que el consumo de alcohol en los jóvenes sea una consecuencia de la depresión, como una forma de «automedicación» de relativa protección psicológica en contra de la misma, pero puede a su vez presentarse depresión por efectos sobre el sistema nervioso central.

En función de lo expuesto, parecería esperable que la aparición de síntomas de depresión estuvieran vinculados a la capacidad de las personas para controlar o manejar sus afectos y sus emociones.

Desde hace un tiempo, las emociones, los estados de ánimo y los afectos han comenzado a ganar importancia no solo entre los científicos, sino también en la sociedad en general. Tal como lo señala Zaccagnini (2004), la sociedad actual ha concedido un nuevo papel a las emociones. Estas han dejado de ser algo negativo a reprimir para convertirse en un elemento positivo que ayuda a actuar y tomar decisiones y, por tanto, a adaptarse a la vida cotidiana. Las personas son capaces de incrementar, mantener o reducir sus emociones positivas y negativas cuando lo deseen o necesitan; por lo tanto, son capaces de modificar su conducta, dependiendo de sus intereses, motivos o de las situaciones en las que se encuentran (Koole, 2009).

Un aspecto fundamental de las emociones que se ha desarrollado y estudiado en la actualidad hace referencia a la regulación de las emociones. La literatura especializada (Gross y Thompson, 2007) señala que las personas generalmente evalúan sus emociones y recurren al uso de diversas estrategias con el propósito de ejercer algún tipo de dominio sobre las mismas para alcanzar las metas planteadas. Dichas estrategias permiten modular la intensidad de la respuesta emocional, como así también producir cambios en el tipo o valencia de la emoción experimentada (Koole, 2009).

"(…) La regulación emocional (…) puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. (Thompson,

1994), o también como cualquier intento que hacen las personas para modificar en alguna medida la ocurrencia, intensidad o duración de un estado emocional, ya sea positivo o negativo, bien alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción o bien modificando algún aspecto de la emoción en si misma (Gross, 1998). (…)".

Puede pensarse a la regulación emocional como la capacidad de ejercer control sobre las propias emociones. Se trata de un proceso que implica tanto las emociones positivas como las negativas aunque es más frecuente el intento de disminuir las emociones displacenteras; se trata de un proceso que varía en un continuo desde la actividad deliberada y conciente hasta el automatismo y no supone en principio formas de regulación emocional adaptativas vs. formas desadaptativas, sino que esta propiedad estará en estrecha relación con el contexto témporo espacial del individuo. Existen un conjunto de estrategias de regulación emocional que se diferencian según el momento en el que tengan su primer impacto en la secuencia de la generación emocional. Así podemos nombrar la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue atencional, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta (Gross, 1998). La reevaluación cognitiva –como exponente más representativo del cambio cognitivo- y la supresión de la expresión emocional –como exponente más representativo de la modulación de la respuesta- son las estrategias de regulación emocional que mayor soporte empírico y experimental han recibido en la investigación científica. Según Zelazo y Cunningham (2007) y otros autores (Barret, Ochsner y Gross, Damasio, 1994), las emociones se entienden como un aspecto de la cognición, específicamente aquel que se refiere al aspecto motivacional. Según estos autores, es posible tener una cognición más o menos emocional o más o menos motivada. Así, se utiliza el término emoción para hacer referencia a un aspecto del procesamiento de la información que se manifiesta en múltiples dimensiones: la experiencia subjetiva, el comportamiento observable y la actividad psicofisiológica. La regulación emocional (RE) se refiere entonces, a la modulación de la cognición motivada y a sus manifestaciones que puede ocurrir en una variedad de maneras (Gross y Thompson, 2007) pero una de las más deliberadas es a través del

proceso cognitivo conciente y es esta forma de RE la que se considera en términos de Funcionamiento Ejecutivo. Si bien se considera a la RE asociada con el FE, queda claro que no son estas las únicas vías para entender la RE (Fitzsimons y Bargh, 2004) ya que, como cualquier otro fenómeno psicológico, la RE puede ocurrir en una variedad de formas, algunas de las cuales pueden ser automáticas. Desde una perspectiva del desarrollo también puede decirse que la regulación emocional consiste en los procesos intrínsecos y extrínsecos responsables del monitoreo, la evaluación y la modificación de las reacciones emocionales, especialmente en cuanto a sus características de intensidad y temporalidad para cumplimentar los propios objetivos (Thompson, 1994).

Siguiendo a Thompson el concepto *regulación emocional*, puede definirse como "*…toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso…*" (Thompson, 1994) o como cualquier intento que hacen las personas para modificar en alguna medida la ocurrencia, intensidad o duración de un estado emocional, ya sea positivo o negativo, bien alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción o bien modificando algún aspecto de la emoción en sí misma (Gross, 1998).

Las formas específicas mediante las cuales las personas regulan sus emociones son las estrategias de regulación emocional (Koole, 2009). Gross (2001) reconoce la existencia de estrategias concientes e inconcientes implicadas en reducir, mantener o aumentar tanto emociones positivas como negativas.

Dentro de las estrategias conscientes, Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) diferencian las estrategias cognitivas de regulación emocional (ECRE) que se refieren a los pensamientos o las formas cognitivas de manejar la información emocionalmente activante y las estrategias conductuales que dan cuenta de lo que se hace ante ésta. En los últimos años, las ECRE han cobrado especial relevancia debido a que constituyen una cuestión teórica central en la explicación de la sintomatología clínica (Aldao & Nolen- Hoeksema, 2010; Garnefski et al., 2001, 2002). Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) han seleccionado para su medición nueve ECRE: autoculpabilización, implica pensamientos que llevan a culparse a sí mismo por lo que se ha atravesado; culpar a otros refiere a la

estrategia de atribuir la culpa de la situación en otros; aceptación incluye formas cognitivas de aceptar lo que se ha experimentado y resignarse ante ello; planificación da cuenta de los pensamientos sobre qué pasos tomar y cómo manejar el evento negativo (a pesar de que no implica necesariamente que sea seguido por este tipo de conducta); refocalización positiva implica enfocarse en pensamientos alegres y positivos en vez de pensar sobre el tema que despierta emociones negativas; rumiación refiere a pensar sobre sentimientos o pensamientos asociados con el evento negativo; reevaluación positiva implica darle un sentido positivo a la experiencia atravesada; poner en perspectiva refiere a pensamientos que minimicen o relativicen la gravedad de la situación al compararlo con otros eventos y catastrofización implica tener pensamientos excesivos que enfatizan el terror experimentado

Las ECRE se han agrupado en adaptativas y no adaptativas en función de su asociación con variables clínicas y de salud. Dentro de las primeras se encuentran la reevaluación positiva, la planificación, la refocalización positiva, la aceptación y la puesta en perspectiva. Entre las segundas, se encuentran la rumiación, la autoculpabilización, culpar a otros y la catastrofización.

Estudios anteriores encuentran que las ECRE adaptativas se asocian con niveles de optimismo y autoestima, relacionándose negativamente con síntomas de estrés, angustia, depresión y ansiedad, en tanto las ECRE no adaptativas se asocian positivamente con estos síntomas.

Una serie de estudios antecedentes señalan que el uso deficiente de las estrategias de regulación emocional genera mayor vulnerabilidad frente a la ocurrencia de eventos negativos y amplía las probabilidades de desarrollar síntomas psicopatológicos (Garnefski & Kraaij, 2007), mientras que un uso adecuado de las mismas aumenta la tolerancia de experiencias vitales negativas.

De lo descrito anteriormente, se desprende que la depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, actualmente existe una codependencia entre depresión y ansiedad; diversos marcos conceptuales que parten de la práctica clínica y de los hallazgos de las investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre. Varios estudios indican

que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominan las mujeres y los estudiantes de licenciaturas «difíciles» como ingeniería, medicina, etc. Así mismo, en los estudiantes universitarios la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico y mecanismos de supresión de la cólera mientras que la angustia se asocia a pérdidas de soporte social.

Con respecto a la regulación emocional, se observan inconsistencias en los resultados de los estudios sobre las diferencias de edad. Sin embargo, estudios recientes sugieren que el tipo de ocupación que las personas desempeñan posee influencia sobre su estilo cognitivo más allá de su género, por lo que es posible que las diferencias en las estrategias cognitivas de regulación emocional (EC-RE) sean mejor explicadas por el tipo de carrera que por el género.

Recientes investigaciones han estudiado las relaciones entre depresión y regulación emocional. Éstas sostienen que las dificultades en la autorregulación del afecto después de experimentar eventos negativos en la vida, pueden contribuir al riesgo de la aparición de la depresión, y de hecho hay evidencia de que los pacientes deprimidos muestran un uso más frecuente de estrategias mal adaptativas al regular el afecto y muestran dificultades efectivamente en la aplicación de estrategias consideradas más bien adaptadas. Los aspectos cognitivos de la depresión pueden desempeñar un papel importante para ayudarnos a entender estas dificultades en la autorregulación (Joorman, Stanton, 2016).

Además señalan que los déficits en la regulación emocional se han identificado como un importante factor de riesgo y de depresión. Se investigó sobre los efectos a largo plazo de la regulación emocional sobre síntomas depresivos, y qué habilidades específicas de regulación emocional estaban asociadas con síntomas posteriores de depresión. Investigaciones realizadas (Berking, Wirtz, Svaldi y Hofmann, 2013) sugieren que los déficits en la regulación emocional pueden contribuir al desarrollo de la depresión y que las intervenciones que mejoren sistemáticamente las habilidades de regulación emocional adaptativa pueden ayudar a prevenir y tratar los síntomas depresivos. La regulación

emocional incluye procesos, extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales para lograr sus metas (Thompson, 1994). Las habilidades específicas de regulación emocional ayudan a prevenir, reducir o acortar la intensidad o duración de los estados disfóricos que se han encontrado para reactivar los patrones de pensamiento depresivo y así contribuir a la (re) ocurrencia de la depresión.

En 2013, D'Avanzato, Joormann, Siemer e Gotlib investigaron la especificidad del uso de estrategias de regulación emocional en individuos diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (MDD), con Trastorno de Ansiedad Social (SAD) y en los Trastornos del Control de Impulsos (CTL); y la estabilidad de la estrategia en uso en participantes anteriormente deprimidos (es decir, remitidos; RMD). Obtuvieron como resultado que las personas depresivas presentaban una alta rumiación en sus pensamientos pero curiosamente, no presentaban una baja en el uso de la estrategia de reevaluación cognitiva. Estos resultados pueden proveer indicios acerca de las maneras en las que el uso de la estrategia de regulación emocional mantiene desórdenes psicológicos.

La mayoría de los estudios sobre regulación de las emociones y depresión se han llevado a cabo en los Estados Unidos. Cada cultura, sin embargo, fomenta y refuerza diferentemente la respuesta emocional, resultando en diferencias en las circunstancias bajo las cuales las respuestas emocionales son sancionadas (Butler, Lee, y Gross, 2007; Campos y Barrett, 1989).

La regulación emocional también sirve para canalizar las respuestas emocionales de una manera apropiada, dentro de una cultura particular (Saarni, 1984). No sólo las normas y valores culturales afectan la forma en que se regulan las emociones, el género también puede influir en la forma en que se regulan las emociones. Investigaciones anteriores han demostrado que los hombres y las mujeres pueden diferir en el uso de estrategias específicas debido a diferencias biológicas y procesos diferenciales de socialización (Kring y Gordon, 1998). Razón por la cual se ha investigado en primer lugar, si la frecuencia del uso de estrategias específicas de regulación de las emociones difiere según la cultura y el género. En segundo lugar se han investigado las diferencias de género y

culturales en la asociación entre el uso de las emociones y síntomas depresivos. En 2013 los resultados de una investigación realizada por Kwon, Yoon, y Joormann, sugieren que hay diferencias culturales en el uso de las estrategias de regulación emocional.

La cultura afecta los procesos de valoración de las emociones, porque la cultura tiene diferentes normas, creencias y valores que gobiernan nuestros pensamientos, e incluso la percepción del yo y el medio ambiente (Matsumoto, et al. 1988; Mauro, Sato y Tucker, 1992; Scherer, 1997).

Se ha mostrado que el género es una factor de influencia en la frecuencia de uso de estas formas específicas de regulación emocional (Garnefski et al., 2004). Las mujeres y varones difieren en la regulación de sus emociones y esto contribuye a su vez, a las diferencias de género en la psicopatología (Hyde, Mezulis y Abramson, 2008). Algunos estudios indican que las mujeres utilizan estrategias más focalizadas internamente y pasivas para la regulación de sus emociones, como por ejemplo, la rumiación, la reevaluación cognitiva (Tamres, Janicki y Helgeson, 2002) y la distracción (NolenHoeksema, 2012). Esto podría deberse a que, por ejemplo, las mujeres informan experimentar más cantidad de emociones negativas y evalúan los eventos como más estresantes por lo que tienen más cantidad de emociones a ser reguladas (Hyde et al., 2008). También informan mayor intensidad emocional que los varones, tanto de emociones positivas como negativas (Gohm, 2003). Finalmente, se ha indicado que las mujeres son más atentas a sus emociones y más propensas a involucrarse en esfuerzos para cambiarlas (Brody & Hall, 1993).

NolenHoeksema y Aldao (2011) hallaron que las mujeres informaron mayor uso de las estrategias rumiación, reevaluación, solución de problemas, aceptación y apoyo social que los varones. Asi mismo, Garnefski et al. (2004) hallaron que las mujeres informaron mayor frecuencia de rumiación, refocalización positiva y catastrofización que los varones. En ambos estudios las estrategias adaptativas se asociaron de forma negativa con síntomas de depresión y las no adaptativas de forma positiva. Sin embargo, existe una línea de trabajo que permitiría hipotetizar que el tipo de carrera tendría más influencia que el género en la frecuencia de uso

de EC-RE. Se ha mostrado que las diferencias de rendimiento en tareas cognitivas comúnmente atribuidas al género de los participantes resultan mejor explicadas por su tipo de ocupación. Por ejemplo, en tareas de escucha dicótica las mujeres suelen presentar un patrón de escucha bilateral en tanto los varones un patrón unilateral. Sin embargo, Govier y Bobby (1994) y Govier y Boden (1997) encontraron que las personas que se desempeñaban en ocupaciones típicamente femeninas (tales como enfermería, enseñanza en pre-escolar, trabajos domésticos) presentaron un patrón de escucha bilateral, en tanto las personas que se desempañaban en tareas típicamente masculinas (operación de grúas, conducción de vehículos, policía, cirugía) presentaban un patrón unilateral. Estos patrones se presentaron independientemente del género de los participantes. En tareas de rotación de imágenes mentales que implican habilidades de memoria espacial los varones suelen desempeñarse mejor que las mujeres (Linn y Petersen, 1986) y en tareas de producción de sinonimia que implican habilidades de fluidez verbal las mujeres suelen tener rendimientos superiores a los hombres (Hines, 1990). Sin embargo, Govier y Feldman (1999) hallaron que las personas con ocupaciones típicamente femeninas se desempeñaban mejor en tareas de fluidez verbal que personas con ocupaciones típicamente masculinas. También encontraron que las personas con ocupaciones típicamente masculinas se desempeñaron mejor en tareas de memoria espacial que las personas con ocupaciones típicamente femeninas.

Nuevamente, estos resultados fueron independientes del género de los participantes. Los autores interpretan estos hallazgos sugiriendo que cada tipo de ocupación demanda habilidades cognitivas específicas y esto podría provocar incrementos en dichas habilidades. Así, las ocupaciones típicamente femeninas demandarían habilidades cognitivas específicas que provocarían mejoras en la fluidez verbal y las ocupaciones típicamente masculinas generarían mejoras en la memoria espacial (Govier y Feldman, 1999). En este sentido, el tipo de ocupación que las personas poseen podría incrementar las habilidades en un dominio determinado. Siguiendo con este argumento, es posible hipotetizar que aquellas carreras consideradas típicamente femeninas -como por ejemplo la Psicología

(Sáinz, López-Sáez y Lisbona, 2004)- posean demandas asociadas a la mayor reflexión sobre el mundo emocional (e.g. Roe, 2002) y esto diferencie a sus estudiantes en sus capacidades de reconocimiento y/o regulación de la emoción en relación a otras carreras. Pinto, Dutra, Filgueiras, Juruena y Stingel (2013) analizaron si estudiantes de ciencias humanas y exactas diferían en su reconocimiento de expresiones faciales emocionales. Sus resultados mostraron medias de reconocimiento diferentes entre ambos grupos, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los estudiantes de ciencias humanas mostraron mayor reconocimiento de expresiones de felicidad, sorpresa y enojo que los estudiantes de ciencias exactas; aunque estos últimos mostraron mayor reconocimiento de expresiones de miedo y tristeza.

Diversas investigaciones han mostrado que los estudiantes universitarios son un grupo vulnerable al desarrollo de síntomas de depresión (Arrivillaga et al., 2004; Dávila-Figueras, et al., 2011; Gutiérrez-Rodas et al., 2010; Riveros et al., 2007). De modo que el ámbito universitario como contexto propicio para la promoción de la salud mental y el bienestar ha comenzado a considerarse sumamente valioso ya que las intervenciones que se realizan en él incrementarían no sólo el bienestar emocional de los estudiantes sino también su rendimiento académico (Romo-González, et al., 2014)

Una consecuencia frecuente de la falta de regulación emocional relacionada al rendimiento es el efecto ejercido sobre los procesos cognitivos superiores, imprescindibles para el aprendizaje y el óptimo desempeño académico (Gargurevich, 2008). La falta de regulación emocional afecta directamente el rendimiento en los exámenes, ya que disminuye los procesos atencionales, la recuperación de la información y fomenta la ansiedad (Benbenutti, McKeachie y Lin, 2002, Abril; Gargurevich, 2008).

Farkas (2002), en su estudio, encontró que los exámenes son los eventos estresantes más frecuentes y que las estrategias de afrontamiento que predominan en tales situaciones son aquellas centradas en la emoción y no las centradas en el problema.

La preocupación por todo lo relativo a los exámenes (preparación y

resultados obtenidos, especialmente), asi como la sobrecarga de trabajo, como consecuencia de la importante cantidad de contenidos de aprendizaje, se constituyen en los principales estresores en el colectivo de estudiantes universitarios (Abouseie, 1994; Feldman, et al., 2008; Muñoz, 2004).

En los últimos años han surgido nuevas líneas de investigación que tratan de analizar el papel que desempeñan diferentes características psicológicas o recursos intrapsíquicos como potenciales protectores del estrés entre estudiantes (Akgun y Ciarrochi, 2003; Cabanach, et al., 2011; Cabanach, et al., 2014).

Entre estos recursos intrapsíquicos, el estudio de las competencias relacionadas con el manejo y regulación de las emociones como factor protector del estrés se ha constituido recientemente en un tópico de gran interés (Akerjordet y Severinsson, 2008; Hernandez, et al., 2010; Por, et al., 2011). La regulación emocional se ha vinculado con un afrontamiento más adaptativo del estrés en estudiantes, lo que conlleva el desarrollo de niveles inferiores de estrés y *burnout*.

El *burnout* académico (BA) hace referencia al sentimiento de agotamiento emocional (AE) experimentado por la persona a causa de las demandas académicas, derivando posteriormente en una actitud cínica y poco comprometida con sus labores estudiantiles, además de creencias de poca capacidad en las actividades que realiza.

Aunque existen múltiples factores asociados a la aparición del BA, su punto de partida y núcleo es el AE. De esta forma, el AE facilita la aparición de reacciones de distanciamiento emocional y cognitivo respecto a la actividad como forma de afrontar la sobrecarga que esta conlleva, aunque esa dinámica podría traer insatisfacción con los estudios, y finalmente el abandono. Es decir, el BA se consideraría el producto de un afrontamiento poco eficiente del estudiante universitario ante los eventos más o menos adversos en el marco de su vida académica, o por fallos en la regulación de la expresión emocional.

La regulación emocional (RE) engloba una serie de procesos conductuales, fisiológicos, cognitivos y emocionales, que los individuos llevan a cabo para influir sobre las emociones que experimentan, delimitando cuándo las tienen y cómo las expresan, con el objetivo de lograr un equilibrio.

Una de las formas más eficaces de regular las emociones es mediante el abordaje cognitivo de la información de carácter emocional que proviene del entorno, ya que de este modo la persona posee un mayor control sobre sus emociones durante y después de una experiencia amenazante o estresante, pudiendo abordarla haciendo uso de diferentes estrategias: rumiación (pensar excesivamente sobre los sentimientos y pensamientos asociados al evento), catastrofización (pensamientos que sobredimensionan la experiencia), autoculparse y culpar a otros. Estas 4 estrategias se asocian a psicopatología (ansiedad y depresión, entre otras). Por otro lado, existen otras estrategias como poner en perspectiva (comparar con otro acontecimiento para disminuir el impacto emocional), aceptación, focalización positiva (generar pensamientos agradables), reinterpretación positiva y refocalización en los planes (pensar en qué hacer para solucionar el problema); todas ellas se relacionan directamente con conductas funcionales (autoeficacia, autoestima, etc.).

Existen antecedentes de la relación teórica entre las estrategias de RE y AE, lo cual es coherente debido a que la conceptualización original del *burnout* le otorga relevancia al aspecto emocional (irritabilidad, agotamiento y distanciamiento), por lo cual es factible establecer su vinculación con las estrategias de regulación emocional presentadas. El AE aparece con mayor frecuencia en personas que utilizan la inhibición emocional como estrategia de RE predominante, y en estudiantes universitarios el AE se relaciona directamente con dificultades para regular las emociones.

Estudios recientes enmarcan la RE dentro del modelo de habilidad de la inteligencia emocional, encontrando relaciones negativas con el AE. Ademas, existe evidencia de la relación directa del AE con síndromes clínicos como ansiedad y depresión, y de su asociación inversa con la autoeficacia académica y la autoestima; considerando además los planteamientos que indican que la RE previene la aparición del BA.

La experiencia de AE tiene carácter insidioso. El punto de partida parece ser el desbalance entre las exigencias del contexto académico y los recursos de la persona. En estos casos, es muy probable que el estudiante fracase en diversas

tareas (exámenes, trabajos, etc.), y esto vaya retroalimentando las emociones negativas experimentadas en principio.

Tradicionalmente, las estrategias se han dividido en 2 grupos, funcionales (aceptación, focalización positiva, reinterpretación positiva, poner en perspectiva y refocalización en los planes) y disfuncionales (rumiación, catastrofización, autoculparse y culpar a otros) en función de su asociación con otras variables. No obstante, desarrollos recientes involucran a las denominadas *estrategias funcionales* con un procesamiento más racional de la información disponible (estrategias elaborativas); y a las denominadas *estrategias disfuncionales* con procesos automáticos, menos racionales y que se orientan al aumento de la seguridad del individuo (estrategias automáticas. Lo que parece determinar que facilite o no la aparición de psicopatología es el evento vital experimentado, si el afronte involucra estrategias asociadas a creencias irracionales, además de la frecuencia con la que se utiliza dicha estrategia.

Desde la perspectiva de la regulación emocional basada en habilidades, Gratz y Roemer (2004) identifican diferentes dimensiones que la integran. En concreto, la atención y la conciencia de las emociones; la claridad o comprensión de las emociones; la aceptación de las emociones; la capacidad para controlar las conductas impulsivas y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas, y la capacidad para utilizar estrategias de regulación emocional contextualmente apropiadas para modular las respuestas emocionales con el objetivo de satisfacer los objetivos individuales y las demandas situacionales. Si bien estas dimensiones que integran la regulación emocional están presentes, en mayor o menor medida, en todos los individuos, consideramos que la combinación que exista entre ellas va a tener relevancia en la gestión diferencial del mundo emocional, es decir, en la regulación emocional

Si bien los estudios revisados sugieren que la regulación emocional de los estudiantes constituye un factor de importancia para favorecer el comportamiento académico óptimo, en Argentina no se han realizado estudios que brinden evidencia empírica al respecto.

Por lo expuesto, el objetivo de este estudio será el de colectar evidencia empírica que permita contribuir al debate sobre las relaciones entre la depresión y la regulación emocional, además de los efectos de estar atravesando el paso por la universidad, ya que la literatura no registra antecedentes específicos sobre la relación entre depresión y autorregulación emocional en universitarios de nuestro país. Adicionalmente, permitirá obtener información sobre la ocurrencia de la depresión y las características de la RE en la población universitaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las relaciones entre la presencia, frecuencia e intensidad de síntomas depresivos y el uso de estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Mar del Plata

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Detectar y caracterizar la presencia, la frecuencia y la intensidad de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata.
2. Detectar y caracterizar el tipo y la frecuencia de uso de estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios, de la ciudad de Mar del Plata.
3. Analizar las asociaciones entre el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de regulación emocional con la ocurrencia de síntomas depresivos en la población descrita.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existe una relación entre la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos y las estrategias de regulación emocional utilizadas por estudiantes universitarios. Se espera encontrar que aquellos sujetos con puntuaciones más altas en las escalas de depresión tiendan a utilizar con menor frecuencia estrategias de regulación emocional de forma general, y con mayor frecuencia estrategias de supresión de las emociones. Adicionalmente, se espera que las

mujeres presenten un número mayor de síntomas depresivos y con mayor intensidad que los hombres.

En los estudios con universitarios no suelen detectarse diferencias en síntomas de depresión entre hombres y mujeres, debido a la presencia de homogeneidad a nivel de estudios en cuanto a los objetivos a alcanzar, intereses, exigencias académicas, roles, actividades y profesión comunes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio con un diseño ex post facto, de un grupo con múltiple medidas, transversal de tipo descriptivo-correlacional.

Participantes:

La población para este estudio serán estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se seleccionará una muestra no probabilística, de conveniencia, de aproximadamente 200 estudiantes de ambos sexos que acepten participar voluntariamente y completar los inventarios. Los mismos serán reclutados en las distintas sedes de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se les informarán los objetivos del estudio y se solicitará su consentimiento por escrito.

Instrumentos:

1. Para evaluar la presencia de síntomas de depresión y su intensidad, se aplicará la adaptación al español (Sanz, García-Vera, Espinosa y Vázquez, 2005; Sánz & Vázquez, 2011) del BDI-II, Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer & Brown, 1996). El BDI-II es un autoinforme clásico que proporciona una medida de la presencia y gravedad de la depresión de adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimiento de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnósticos de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 2013) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1992). Se le solicita en las instrucciones a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluida el día de hoy, para ser consistentes con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto de los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contiene 7 categorías. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

2. Adicionalmente, para confirmar la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos, se aplicará la versión adaptada al español por el Dr. Urquijo de la Forma A de la Escala Baptista de Depresión para Adultos EBADEP-A (Baptista, 2012). El EBADEP-A es un instrumento cuya construcción tiene como base indicadores sintomáticos de depresión derivados de teorías sobre la depresión como la Cognitiva (Beck & cols., 1997), la Comportamental (Ferters, Culbertson & Boren, 1977); también dos manuales internacionales de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV y la Organización Mundial de la Salud, CID-10 (APA, 2002, OMS, 1993). Este instrumento es autoadministrable y contiene 45 ítems con 26 descripciones de sintomatología depresiva que serán agrupadas en 7 categorías las cuales son: 1-humor 2-vegetativo 3-motores 4-sociales 5-cognitivos 6-sociales y 7-irritabilidad. Con el objetivo de responder a los 45 ítems prescriptos, cada ítem presenta dos frases en una misma línea en cada una de ellas. Entre medio de ambas frases, se encuentran cuatro círculos que responden a una escala Likert, que va desde 0 (cero) a 3(tres), en donde cero indica ausencia de depresión mientras que acercarse a tres implica presencia de sintomatología depresiva. Este instrumento se encuentra en proceso de adaptación al español por el grupo de Investigación dirigido por el Dr. Urquijo y se espera que este trabajo aporte datos para contribuir con ello. Para su

interpretación se considera que cuanto menor puntuación menor sintomatología de depresión. . Las puntuaciones para los ítems irán de 0 a 3 puntos, la puntuación total puede variar de o a 63 puntos. . Para su interpretación se considera que cuanto menor puntuación menor sintomatología de depresión. Siendo mínima de 0 a 59, leve de 60 a 76, moderada de 77 a 110 y grave de 111 a 135.Las 21 categorías que se evalúan son 1- tristeza 2-pesimismo 3-sentimiento de fracaso 4-perdida de placer 5-sentimiento de culpa 6- sentimiento de castigo 7-insatisfaccion con uno mismo 8-auto critica 9-pensamiento suicida 10- llanto 11-agitacion 12-perdida de interés 13-indecision 14- inutilidad 15-perdida de energía 16-cambios en el patrón de sueño. 17-irritablidad 18- cambios en el apetito 19- dificultades de concentración 20- cansancio o fatiga 21- perdida de interés en el sexo.

3. Para evaluar la regulación emocional, se utilizará la versión en español (Rodríguez-Carvajal et. al, 2006) del Cuestionario de Regulación Emocional CERQ (Gross y John, 2003). El mismo permite analizar el uso de las estrategias de regulación emocional. Se trata de un instrumento con 36 ítems donde las opciones de respuesta van desde 1 ((*Casi) Nunca*) hasta 5 ((*Casi) Siempre*). Dicho instrumento evalúa las estrategias de regulación emocional que las personas utilizan después de haber experimentado un suceso negativo en sus vidas.

Procedimiento:

Inicialmente se contactará a estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se les informará sobre los objetivos y características del estudio y se solicitará su consentimiento por escrito. Luego les serán administrados los instrumentos de evaluación psicológica. Se buscará integrar la muestra de manera equilibrada en función del sexo. Posteriormente, se cargarán los resultados en una base de datos y se procederá a realizar análisis estadísticos y a establecer una vinculación de los mismos con la finalidad de poner a prueba las hipótesis propuestas.

Procesamiento de datos:

Se realizarán análisis estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes,

medidas de tendencia central, desvíos, máximos y mínimos) para caracterizar la frecuencia, la intensidad y el tipo de los síntomas depresivos y el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de autorregulación emocional de la muestra. Se aplicarán análisis de correlación bivariada para determinar las asociaciones entre la depresión y las estrategias de autorregulación emocional utilizadas y pruebas t de diferencias de medias o sus equivalentes para datos no paramétricos, en el caso de que se verifiquen violaciones a los supuestos de normalidad de los datos, para determinar la existencia de diferencias de sexo.

Presentación de los resultados

La muestra estuvo conformada por un total de 200 sujetos de los cuales 145 son mujeres y 55 hombres.

Con el objeto de caracterizar el comportamiento de las variables en la muestra del estudio, se obtuvieron los estadísticos descriptivos que se presentan en la Tabla 1

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de todas las variables para toda la muestra

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desvio típico
Culpar a otros	4	19	8,31	3,056
Autoculparse	4	20	11,14	3,472
Aceptación	6	66	13,12	4,818
Rumiación	4	21	12,41	3,739
Catastrofización	4	20	8,53	3,445
Poner en perspectiva	4	20	13,37	3,536
Reinterpretación positiva	4	23	14,19	3,432
Focalización en los planes	8	20	15,17	2,884
Focalización positiva	4	20	11,41	3,945
EBADEP	0	110	33,06	22,074
DBI-II	0	42	11,41	8,367

Los resultados sobre la depresión se interpretarán más adelante cuando los niveles de depresión sean considerados.

Según lo expuesto en la Tabla 1, los resultados sobre el uso de estrategias de regulación emocional que los estudiantes de la UNMDP evaluados en la muestra utilizan después de haber experimentado un suceso negativo en sus vidas indicarían que la más utilizada es la aceptación y por esto, parecería ser que dichos estudiantes se resignan a lo sucedido, aceptándolo y pensando que no se puede cambiar, que se autoculpan antes que culpar a otros. Así mismo utilizan más la reinterpretación positiva que la rumiación, por lo que atribuyen mentalmente un significado positivo a un evento en términos de crecimiento personal, pensando que ese evento los hace más fuertes, antes que pensar todo el tiempo y/o estar preocupados por los sentimientos y pensamientos asociados con el evento negativo. Sin embargo, la forma más adecuada de interpretar estos datos supone su comparación con los valores normativos (Rodríguez-Carvajal et. al, 2006; Gross y John, 2003).

A continuación, en la Tabla 2, se presentan los datos obtenidos en este estudio, los datos normativos y los valores correspondientes al coeficiente delta de Cohen que permite establecer la magnitud de las diferencias entre los resultados de las dos muestras.

Tabla 2

Coeficientes delta de la magnitud de las diferencias en las puntuaciones de estrategias de regulación emocional de la muestra con los valores normativos:

Factor	UNMDP (n=192)		Población general (n=942)		d de Cohen
	X	d.e.	X	d.e.	
Culpar a otros	8,31	3,056	8,55	2,79	-0,082
Autoculparse	11,41	3,472	12,42	3,53	-0,365
Aceptación	13,12	4,818	13,36	2,67	-0,061
Rumiación	12,41	3,739	13,47	4,58	-0,253
Catastrofización	8,53	3,445	8,62	3,14	-0,027
Poner en perspectiva	13,37	3,536	13,64	3,68	-0,074

Reinterpretación positiva	14,19	3,432	15,83	2,88	-0,517
Focalización en los planes	15,17	2,884	16,18	2,59	-0,368
Focalización positiva	11,41	3,945	12,59	3,64	-0,310

Los resultados de la comparación permiten observar diferencias en las puntuaciones de ambas muestras. De acuerdo a Cohen (1969), se consideran pequeños los efectos >0.20, medios los >0.50 y grandes los >0.80 y, por lo tanto, podemos afirmar que los estudiantes de la UNMDP no presentan diferencias con la población general en el uso de las siguientes estrategias: culpar a otros, aceptación, catastrofización y poner en perspectiva. Se observan diferencias pequeñas que indican que los estudiantes que participaron del estudio tienden a utilizar en menor medida el autoculparse, rumiación, focalización en los planes y focalización positiva que la población general; mientras que en cuanto al uso de la reinterpretación positiva como estrategia hay una diferencia media respecto de la población general, haciendo ésta ultima un mayor uso de la misma, que los estudiantes de la UNMDP.

Con el fin de determinar si existen diferencias en estas variables según el sexo y las facultades incluidas en la muestra, los datos fueron sometidos a una prueba t, para dos muestras independientes en función del sexo y de la facultad a la que asistían.

Tabla 3

Niveles de depresión, según el EBADEP, para toda la muestra

Nivel depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínimos	172	86,0	86,0	86,0
Leve	19	9,5	9,5	95,5
Moderado	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Los resultados expuestos en la Tabla 3 permiten observar que los estudiantes universitarios de UNMDP no presentan indicadores de sintomatología depresiva grave; así mismo la mayoría de ellos, el 86%, no presentan ningún indicador de sintomatología depresiva. Mientras que menos del 10% de los sujetos presentan indicadores de sintomatología depresiva leve y sólo 9 sujetos presentan indicadores de sintomatología depresiva moderado.

Tabla 4

Niveles de depresión, según el DBI-II, para toda la muestra

Nivel Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínimos	140	70,0	70,0	70,0
Leve	30	15,0	15,0	85,0
Moderado	21	10,5	10,5	95,5
Grave	9	4,5	4,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Los resultados permiten observar que muchos estudiantes (el 70%), aunque significativamente menos que con el EBADEP, no presentan indicador de sintomatología depresiva alguno. Mientras que con el DBI clasifica en un 15% de su población con nivel leve, el EBADEP solo lo hace con el 9,5%. Así mismo, se observan diferencias significativas entre ambos instrumentos, en cuanto a los niveles de sintomatología depresiva leve y moderado; como se puede observar en la tabla los primeros niveles están presente en 30 sujetos lo que equivale al 15% y el segundo, es decir los niveles de sintomatología depresiva moderado están presente en el 10,5%, lo que equivale a 21 sujetos.

Con el objeto de determinar en los resultados la existencia de diferencia de sexo, se sometieron a un análisis de comparación de medias para dos muestras independientes. A continuación en la Tabla 5 se muestran los resultados.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos y diferencias de sexo

Variable	Femenino (n=145)		Masculino (n=55)		t
	Media	DS	Media	DS	
Culpar a otros	7,96	2,845	9,22	3,414	-2,642(*)
Autoculparse	10,97	3,345	11,58	3,784	-1,122
Aceptación	12,91	2,843	13,67	7,972	-0,999
Rumiación	12,47	3,749	12,25	3,743	0,361
Catastrofización	8,33	3,389	9,04	3,569	-1,295
Poner en perspectiva	13,50	3,518	13,04	3,595	0,821
Reinterpretación positiva	14,24	3,489	14,04	3,305	0,376
Focalización en los planes	15,03	2,853	15,53	2,962	-1,095
Focalización positiva	11,23	3,970	11,87	3,873	-1,022
EBADEP	33,65	22,306	31,51	21,573	0,611
DBI-II	11,86	8,691	10,22	7,390	1,237

* Diferencias significativas al nivel de 0,05

En la Tabla 5 podemos observar que los resultados del análisis de comparación de medias, confirman que la diferencia sólo es significativa para la estrategia de culpar a otros, con puntuación más alta para los hombres.

Las diferencias en la depresión, fueron calculadas con la puntuación directa de las escalas, indicadoras de la cantidad de síntomas, pero no refleja la intensidad, que puede evaluarse en función de los niveles de depresión. A continuación, en la Tabla 6, se presentan los resultados de la comparación en función del sexo y del nivel de depresión evaluado por cada una de las escalas.

Tabla 6

Nivel de Depresión	Femenino (n=145)	Masculino (n=55)	t

	Media	DS	Media	DS		Sig. (Bilateral)
EBADEP	1,2069	0,51230	1,1273	0,43267	1,022	0,308
DBI - II	1,5586	0,88879	1,3273	0,74671	1,714	0,088

Los resultados de la Tabla 6 indican que las diferencias en relación al sexo, no son estadísticamente significativas entre el EBADEP y el DBI-II.

Para evaluar la existencia de asociaciones entre la sintomatología depresiva y el uso de estrategias de regulación emocional se aplicó una prueba de correlación bivariada de Pearson, cuyos resultados se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7

	Total EBADEP	Total DBI-II	Nivel de Depresión EBADEP	Nivel de Depresión DBI-II
Culpar a otros	0,089	0,081	0,093	0,063
Autoculparse	0,284(**)	0,385(**)	0,203(**)	0,349(**)
Aceptación	0,009	-0,001	-0,031	-0,062
Rumiación	0,291(**)	0,328(**)	0,172(**)	0,294(**)
Catastrofización	0,324(**)	0,393(**)	0,233(**)	0,341(**)
Poner en perspectiva	0,021	-0,021	0,027	-0,049
Reinterpretación positiva	-0,216(**)	-0,269(**)	-0,175(**)	-0,259(**)
Focalización en los planes	-0,078	-0,107	-0,022	-0,127(*)
Focalización positiva	-0,219(**)	-0,274(**)	-0,101	-0,267(**)
Total	0,108	0,111	0,080	0,055

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).
** La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

Como se observa en la Tabla 7, las estrategias de regulación emocional que se asocian de manera sistemática a la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos son el autoculparse, la rumiación, la catastrofización y la reinterpretación positiva para los dos instrumentos y la focalización positiva solo para el DBI-II. Los datos indican que mayor uso de estrategias de reinterpretación positiva, y focalización positiva se asocian a una disminución de la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos, mientras que el uso más alto de culpar a otros, autoculparse, rumiación y catastrofización, se asocian a un aumento del mismo.

Discusión de los Resultados y Conclusiones

El presente trabajo tuvo por objetivo general determinar las relaciones entre la presencia, frecuencia e intensidad de síntomas depresivos y el uso de estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dentro de los objetivos particulares, el primero de ellos refería detectar y caracterizar la presencia, la frecuencia y la intensidad de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata, los resultados mostraron algunas diferencias dependiendo de la escala utilizada. Según el EBADEP-A, el 86%, presenta indicadores de sintomatología depresiva mínima, un 9,5% leve y sólo nueve sujetos (4,5%) presentan indicadores de sintomatología depresiva moderada. De acuerdo al DBI-II, también muchos estudiantes (70%), aunque significativamente menos que con el EBADEP-A, presentan indicadores de sintomatología depresiva mínima, 15% sintomatología leve, 21 sujetos (10,5%) presentan indicadores de sintomatología depresiva moderada y solo 9 sujetos (4,5%) sintomatología grave. Efectivamente, las escalas de depresión utilizadas en este estudio evalúan la sintomatología de forma diferente. De acuerdo a las características de los instrumentos, es probable que el EBADEP-A, al incorporar la dimensión social que no evalúa el DBI-II permita discriminar con mayor sensibilidad el componente de aislamiento, y por ésta razón no se observan indicadores de sintomatología grave, ya que aquellos estudiantes con dicha sintomatología no podrían asistir a la universidad y por ende, no podrían haber participado de la muestra, sin embargo sería interesante y recomendable realizar nuevos estudios que permitan comprender estas diferencias.

En referencia al segundo objetivo particular, detectar y caracterizar el tipo y la frecuencia de uso de estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios, de la ciudad de Mar del Plata. En función de los resultados sobre el uso de estrategias de regulación emocional, podemos afirmar que los estudiantes de la UNMDP tienden a utilizar en menor medida el autoculparse, rumiación, focalización en los planes, focalización positiva y reinterpretación positiva que la

población general. Así mismo, la estrategia que utilizan en mayor medida es la aceptación y por esto, parecería ser que dichos estudiantes se resignan a lo sucedido, aceptándolo y pensando que no se puede cambiar; se autoculpan antes que culpar a otros; y utilizan mas la reinterpretación positiva que la rumiación, por lo que atribuyen mentalmente un significado positivo a un evento en términos de crecimiento personal, pensando que ese evento los hace más fuerte, antes que pensar todo el tiempo y/o estar preocupados por los sentimientos y pensamientos asociados con el evento negativo.

Con respecto al tercer objetivo que planteamos en este trabajo, analizar las asociaciones entre el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de regulación emocional con la ocurrencia de síntomas depresivos en la población descrita, los resultados permitieron determinar que el uso de las estrategias de regulación emocional tales como autoculparse, rumiación, catastrofización, reinterpretación positiva y focalización positiva, se asocian de manera sistemática a la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos, mientras que el uso de culpar a otros, aceptación, poner en perspectiva y focalización en los planes no se asocian de manera sistemática a la frecuencia e intensidad de los mismos. Si se consideran tan solo los niveles de depresión que establecen ambas escalas, los resultados del EBADEP- A muestran una asociación con la catastrofización y autoculparse, en el sentido de que los sujetos que presentan puntuaciones más altas de catastrofización y autoculparse tienden a presentar niveles más altos de sintomatología depresiva, mientras que el DBI-II vincula sintomatología depresiva de mayor gravedad a niveles más altos de autoculparse y catastrofización. Si se consideran las puntuaciones totales, en vez de los niveles, el DBI-II mantiene las mismas relaciones, mientras que el EBADEP asocia mayor sintomatología depresiva a niveles más altos de catastrofización y rumiación. Pareciera que los resultados del DBI-II se muestran más consistentes y sólidos, sin variaciones dependientes de la puntuación o la escala. De cualquier manera, es posible concluir, de forma sintónica con los resultados de numerosos estudios (Koole, 2009; Gross 2001; Berking, Wirtz, Svaldi y Hofmann, 2013; Garnefski & Kraaij, 2007; Gross y Thompson, 2007) que un mayor uso de estrategias de regulación

emocional se asocian a menores niveles de sintomatología depresiva; las personas generalmente evalúan sus emociones y recurren al uso de diversas estrategias con el propósito de ejercer algún tipo de dominio sobre las mismas para alcanzar las metas planteadas.

Estos resultados permitieron confirmar las hipótesis planteadas. En primer lugar, se confirmó una relación entre el uso de estrategias de regulación emocional y la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos y que los sujetos que presentaron puntuaciones más elevadas en el uso de estrategias de regulación emocional presentaron menor frecuencia e intensidad de síntomas depresivos. De este modo, es preciso decir que una serie de estudios antecedentes señalan que el uso deficiente de las estrategias de regulación emocional genera mayor vulnerabilidad frente a la ocurrencia de eventos negativos y amplía las probabilidades de desarrollar síntomas psicopatológicos (citando a Garnefski y Kraaij, 2007), mientras que un uso adecuado de las mismas aumenta la tolerancia de experiencias vitales negativas. Las estrategias de regulación emocional se han agrupado en adaptativas y no adaptativas; dentro de las primeras se encuentran la reevaluación positiva, la planificación, la refocalización positiva, la aceptación y la puesta en perspectiva. Entre las segundas, se encuentran la rumiación, la autoculpabilización, culpar a otros y la catastrofización.

Estudios anteriores encuentran que las estrategias de regulación emocional adaptativas se asocian con niveles de optimismo y autoestima, relacionándose negativamente con síntomas de estrés, angustia, depresión y ansiedad, en tanto las estrategias de regulación emocional no adaptativas se asocian positivamente con estos síntomas.

Estos resultados coinciden con los hallados por Joorman, Stanton, quien sostiene que las dificultades en la autorregulación del afecto después de experimentar eventos negativos en la vida, pueden contribuir al riesgo de la aparición de la depresión, y de hecho hay evidencia de que los pacientes deprimidos muestran un uso más frecuente de estrategias mal adaptativas al regular el afecto y muestran dificultades efectivamente en la aplicación de

estrategias consideradas más bien adaptadas. Los aspectos cognitivos de la depresión pueden desempeñar un papel importante para ayudarnos a entender estas dificultades en la autorregulación; además señala que los déficits en la regulación emocional se han identificado como un importante factor de riesgo y de depresión. Así mismo, La falta de regulación emocional afecta directamente el rendimiento en los exámenes, ya que disminuye los procesos atencionales, la recuperación de la información y fomenta la ansiedad (Benbenutti, McKeachie y Lin, 2002, Abril; Gargurevich, 2008).

Para Beck (2010), el sustrato psicológico de la depresión se explica a través de tres conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a esto, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. Podríamos indicar que aquellos sujetos con una alta puntuación en las estrategias de regulación emocional de autoculparse, rumiación y aceptación, tendrían una visión negativa acerca de si mismos, puntuando alto en depresión.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse

cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. Podríamos indicar que aquellos sujetos que puntúen alto en catastrofización, y bajo en reinterpretación positiva, y poner en perspectiva, tendrían mayor tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. El paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados Podríamos indicar que esto se relaciona con aquellos sujetos con una alta puntuación en el uso de la aceptación como estrategia de regulación emocional.

Con respecto a la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos según el sexo, los resultados indican que las diferencias en relación al sexo, no son estadísticamente significativas entre el EBADEP y el DBI-II, en estudiantes universitarios de Mar del Plata. Sin embargo, varios estudios indican que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominan las mujeres y los estudiantes de licenciaturas «difíciles» como ingeniería, medicina, etc. Así mismo, en los estudiantes universitarios la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico y mecanismos de supresión de la cólera. En relación a esto Kring y Gordon plantean que los hombres y las mujeres pueden diferir en el uso de estrategias específicas debido a diferencias biológicas y procesos diferenciales de socialización.

A su vez, estos resultados se condicen con los de Garnefski que ha mostrado que el género es un factor de influencia en la frecuencia de uso de las formas específicas de regulación emocional.

Otros investigadores que tambien arribaron a los mismos datos fueron Hyde, Mezulis y Abramson (2008), quienes sostienen que las mujeres y varones

difieren en la regulación de sus emociones y esto contribuye a su vez, a las diferencias de género en la psicopatología. En relación a esto, Tamres, Janicki y Helgeson(2002), indican que las mujeres utilizan estrategias más focalizadas internamente y pasivas para la regulación de sus emociones, como por ejemplo, la rumiación, la reevaluación cognitiva y la distracción.

NolenHoeksema y Aldao (2011) hallaron que las mujeres informaron mayor uso de las estrategias de rumiación, reevaluación positiva y aceptación que los varones. Así mismo, Garnefski et al. (2004) hallaron que las mujeres informaron mayor frecuencia de rumiación, refocalización positiva y catastrofización que los varones. En ambos estudios las estrategias adaptativas se asociaron de forma negativa con síntomas de depresión y las no adaptativas de forma positiva.

Con respecto a lo mencionado anteriormente podemos afirmar que los estudiantes de la UNMDP no presentan diferencias con la población general en el uso de las siguientes estrategias: culpar a otros, aceptación, catastrofización y poner en perspectiva. Se observan diferencias pequeñas que indican que los estudiantes que participaron del estudio tienden a utilizar en menor medida el autoculparse, rumiación, focalización en los planes y focalización positiva que la población general; mientras que en cuanto al uso de la reinterpretación positiva como estrategia hay una diferencia media respecto de la población general, haciendo ésta ultima un mayor uso de la misma, que los estudiantes de la UNMDP. Si bien las estrategias de culpar a otros, Autoculparse, aceptación, catastrofización, focalización en los planes y focalización positiva, son más utilizadas por los hombres que por las mujeres, éstas hacen mayor uso de la rumiación, poner en perspectiva y reinterpretación positiva, los resultados del análisis de comparación de medias, confirman que éstas diferencias sólo es significativa para la estrategia de culpar a otros, con puntuación más alta para los hombres.

Al analizar los resultados de las asociaciones entre el uso de estrategias de regulación emocional y la sintomatología depresiva, los resultados mostraron que aquellos sujetos que utilicen en mayor grado la focalización positiva y la reinterpretación positiva tienden a presentar un menor nivel de depresión,

mientras que aquellos que hagan un mayor uso de autoculparse, rumiación y catastrofización tienden a un mayor nivel de sintomatología depresiva.

Las conclusiones de esta Investigación aportan información de relevancia para conocer el uso de estrategias de regulación emocional de los alumnos de la Universidad Nacional de Mar del Plata, caracterizar la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos y conocer la existencia de relaciones entre el uso de estrategias de regulación emocional y la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos. Vale agregar que reviste importancia, en tanto que los datos obtenidos permiten realizar una continuación de las investigaciones previas sobre uso de regulación emocional y Sintomatología Depresiva, en estudiantes de la UNMDP, permitiendo así contribuir al conocimiento y profundización de dicha temática.

En función de ello, la principal sugerencia que podría hacerse para un próximo estudio, sería la de trabajar con una muestra mayor que tenga en cuenta a más estudiantes de otras carreras de la Universidad, como Psicología, Ingeniera, Económicas, Arquitectura, entre otras, ya que la mayoría de estudiantes que conformaron nuestra muestra forman parte de la facultad de Derecho.

Otra de los puntos a tener en cuenta es que la mayoría de los sujetos que participaron de la investigación son mujeres (n=145) y solamente 55 hombres, conformando un total de 200 sujetos para toda la muestra. Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta que el tipo de muestra es no probabilística, por lo que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abouserie, R. Sources and levels of stess in relation to locus of control and self esteem in university students. *Educational Psychology, 14*, 323-330

Akerjodet.K, Severinsson.E. (2008) Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of nursing management*, 16 pp.565-577

Akgun. S, Ciarrochi. J. (2003) Learned resourcefulness moderates the relationship between academic stress and academic performance. *Educational Psychology*, 23 pp. 287-294

Aldao, A., Nolen – Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion- regulation strategies across psychopatholoy: A meta- analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 217-237

Aldao.A., & Nolen- Hoeksema.S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behavioral, Reserch and Therapy*, *48* pp. 974-983

Almansa, G., Budía, M., López, J. L., Márquez, M., Martínez, A. I., Palacios, B., & Sáenz-López Buñuel, P. (2014). Efecto de un programa de Mindfulness sobre variables motivacionales y psicológicas en educación primaria. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación, 3*, pp. 120-133.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed).* Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J., & Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, 3, 17-26.

Arrivillaga-Quintero, M., Cortés-García, C., Goicochea-Jimenez, V. L., & Lozano-Ortiz, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Pontificia Universidad Javeriana Cali*, 3, pp.17–25.

Ato, M., López,J., Benavente, A. (2013) Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología *An Psicol*, 29 , pp. 1038-1059

Baas, M., De Dreu, C.K.W., Nijstad, B.A. (2008) A meta-analysis of 25 years of research on mood and creativity. *Psychol Bull*, 134, pp. 739-756

Baptista, M. N. (2004). Depressão: histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Baptista, M.N. (2012). *Escala Baptista de Depressao, versao adulto (EBADEP-A).* Sao Paulo: Vetor.

Barrett, L. F., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). On the automaticity of emotion. In J. Bargh (Ed.), *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes* (pp. 173–217). New York: Psychology Press

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Ciudad: Editorial.

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).* USA: NCS Pearson, Inc.

Benbenutti, H., McKeachie, W. & Lin, Y. (2002, Abril). *Emotion regulation and test anxiety: The contribution of academic delay of gratification*. Ponencia presentada en la Annual Meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, Estados Unidos.

Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J., & Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy, 57(2014),*13-20.

Brackett,M.,. Palomera,R., Mojsa-Kaja,J., Reyes,M.R., Salovey, P. (2010) Emotion regulation ability, burnout, and job satisfaction among British secondary-school teachers. *Psychol Sch*, 47, pp. 406-417

Brody, L.R., Hall, J.A. (1993). Gender and emotion in context. En M. Lewis, J. M. Haviland y L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* pp. 89–121.

Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are social consequences of emotion suppression culture specific? *Emotion*, 7, pp.30-48.

Caballero,C., Hederich, C., Palacio J. (2010) El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados a su aparición. *Rev Lat Psic*, 42, pp. 131-146

Cabanach. R.G, Souto- Gestal. A., Fernandez. Cervantes. R., Freire. C. (2011) Regulación emocional y burnout académico en estudiantes universitarios de fisioterapia. *Revista de investigación en educación*, 2 pp. 7-18

Cabanach.R.G, Souto- Gestal .A, Freire.C., Ferradas, M.D.M.F. (2014) Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. *European Journal of Educaction and Psychology*, 7 pp. 43-57

Campos, J.A.D.B., Maroco, J. Maslach (2012) Burnout Inventory–Student Survey: Portugal–Brazil cross–cultural adaptation. *Rev Saúde Públ*, 46, pp. 816-824

Carlotto, M., Gonçalves. S. (2008) Preditores da síndrome de burnout em estudantes universitarios. *Pensam Psicol*, 4, pp. 101-109

Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* NuevaYork: Academic Press.

Colin H. Stanton, Jutta Joormann (2016). Contributions from experimental psychopathology to the understanding and treatment of mental disorders. *Behaviour Research and Therapy*. Volumen 86, pp. 1-104

Cropley, M, Zijlstra, F. Work and rumination J. Langan-Fox, C.L. Cooper (Eds.), (2011) *Handbook of stress in the occupations*, Edward Elgar Publishing Limited, Glos, UK , pp. 487-502

Czernik,G.E, Giménez, S., Morel, M.M, Almirón L.M (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* ISSN: 0327-3954 / ISSN: 1514-9862, vol. 13- Nº 2 - 2006, pp.64 a 73.

D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I.H. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cogn Ther Res, 37*, 968–980.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, pp. 135-168.

Dominguez, S. (2013) Análisis psicométrico de la Escala de cansancio emocional en estudiantes de una universidad privada. *Rev Digit Inv Docenc Univ*, 7, pp. 45-55

Dominguez, S., Medrano,L. (2016) Propiedades psicométricas del Cognitive Emotional Regulation Questionnarie (CERQ) en estudiantes universitarios de Lima. *Psychol Av Discip*, 10, pp. 53-67

Domínguez-Sánchez, F., Lasa-Aristu,A., Amor,P., Holgado-Tello F. (2013) *Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnarie Assess*, 20 , pp. 253-26

Esteban,B. (2014) Una aproximación a la influencia de la inteligencia emocional percibida en su relación con los niveles de burnout y engagement en el desempeño del trabajo social. *Rev Int Trab Soc Bienestar*, 3, pp. 123-131

Farkas, C. (2002). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Psykhe, 11*(1),

57-68.
Feldman,L., Goncalves.G, Chacon-Puignau.J, Zaragoza.N, Bagés. J de Paulo (2008) Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7 pp. 739-751
Fernandez-Arata M, Dominguez-Lara S, Merino-Soto C. (2016) Ítem único de burnout académico y su relación con autoeficacia académica en estudiantes universitarios. *Enferm Clin*. En prensa. DOI: 10.1016/j.enfcli.2016.07.001.
Ferster, C.B., Culbertson, S. & Boren, C.P. (1977). *Princípios do comportamento.* (Trad: M.I. Rocha e Silva, M.A. de Campos Rodrigues & M.B. Lima Pardo). São Paulo: Hucitec.
Fitzsimons, G. M. & Bargh, J. A. (2004). Automatic self-regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp.151-170). New York: Guilford Press.
Gargurevich, R. (2008). La autorregulación de la emoción y el rendimiento en el aula: el rol del docente. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria, 1,* 1-12.
Garnefski, N,. Kraaij V. (2009) Cognitive coping and psychological adjustment in different types of stressful life events. *Individ Differ Res*, 7, pp. 168-181
Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment, 23,*141-149.
Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, pp. 1311–1327.
Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., van den Kommer, T., & Vandenkommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), pp. 267–276
Garnefski, N., Van Den Kommer, T, Teerds.J, Legerstee.J, & Onstein, E, (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparision between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of personality*, 16 pp.403-420
Garnefski, N., Baan,N., Kraaij,V. (2005) Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis *Pers Individ Dif*, 38 , pp. 1317-1327
Garnefski.N, Kraaij.V. & Spinhoven.P (2001) Negative life events cognitive emotional regulation and emotional problems. *Personality and individual differences*, 30 pp. 1311-1327
Garnefski.N, Van Den Kommer.T., Kraaij.V., Teerds .J. , & Onstein .E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparsion between a clinical and non- clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, pp. 403.420
Garnefsky, N., Kraaij, V. , Spinhov P. (2001) Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*, 30, pp. 1311-1327
Garnefsky, N. , Kraaij V. (2007) The cognitive emotion regulation questionnarie: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess*, 23 , pp. 141-149
Garnefsky,N., Kraaij,V.,. Spinhoven,P. (2002) *Manual for the use of Cognitive Emotion*

Regulation Questionnarie DATEC, Leiderdorp, the Netherlands
Gohm CL. (2003) Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, pp.594–607
González, M., Landero, R. (2007) Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas en una muestra de México. *An Psicol*, 23, pp. 253-257
González,J., Ros,A.B., Jiménez, M.I. , Garcés, E. (2014) Análisis de los niveles de burnout en deportistas en función del nivel de inteligencia emocional percibida: el papel moderador de la personalidad. *Cuad Psicol Dep*, 14, pp. 39-48
González,S., Souto,A., Fernández,R, Freire. C. (2011) Regulación emocional y burnout académico en estudiantes universitarios de fisioterapia. *Rev Invest Educ*, 9, pp. 7-18
Govier, E. & Bobby, P. (1994). Sex and occupation as markers for task performance in a dichotic measure of brain asymmetry. *International Journal of Psychophysiology*, 18, pp179-186.
Govier, E. & Boden, M. (1997). Occupation and dichotic listening performance. *Laterality*, 2,pp. 27-32.
Govier, E., & Feldman, J. (1999). Occupational choice and patterns of cognitive abilities. *British Journal of Psychology*, 90, pp.99–108.
Grandey, A. (2000) Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol*, 5, pp. 95-110
Gratz.K., Roemer. L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, pp.41-54
Gross J. (1998) The emerging field of the emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*, 2, pp. 271-299
Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotional regulation process: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, pp. 348-362.
Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2,* 271-299.
Gross, J.J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*, New York: The Guilford Press.
Hernandez. M.B, Blavo.C., Hardigan .P.C, Perez. A.M, Hges.K. (2010) Differences in percevied stress, depression, and medical symptoms among medical, nursing, and physician assistant students: a latent class analysis. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 16, pp. 35-39
Hines, M. (1990). Gonadal hormones and human cognitive development. En *J. Balthazart (Ed.), Hormones, brain and behaviour in vertebrates. Sexual differentiation neuroanatomical aspects, neurotransmitters and neuropeptides*, pp. 53-54
Hyde, J.S., Mezulis, A.H., Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115:pp.291– 313
Joorman, J. & Stanton C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*. (Ed.) Elsevier.
Joormann, J., & Vanderlind, W.M. (2014). Emotion Regulation in Depression: The Role of

Biased Cognition and Reduced Cognitive Control. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 402–421.

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion, 23*, 4-41.

Kraaij,V., Garnefski,N., De Wilde,E.E., Dijkstra,A., Gebhardt,W., .Maes,S. *et al* (2003) Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors J Youth Adolesc, 32 , pp. 185-193

Kring, A. M., & Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 686 -703.

Kwon, H., Yoon, K.L., Joormann, J., & Kwon, J.H. (2013). Cultural and gender differences in emotion regulation: Relation to depression. *Cognition and emotion, 27(5),* 769-782.

Linn, M. C. & Petersen, A. C. (1986). A meta-analysis of gender diåerences in spatial ability : Implications for mathematics and science achievement. En J. S. Hyde y M. C. Linn (Eds.), *The psychology of gender: Advances through meta-analysis*. Baltimore, MD: Johns Hopkins

Manelic R.H, Ortega Soto H.A. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Ment*; 18(2), 31-34.

Maslach, C. (1982) Burnout, the cost of caring. *Prentice Hall Press*, New York

Maslach, C., Schaufeli W., Leiter, M. (2001) Job burnout. *Annu Rev Psychol* 52, pp. 397-422

Matsumoto, D., Kudoh, T., Scherer, K., & Wallbott, H. (1988). Antecedents of and reactions to emotions in the United States and Japan. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 19, pp. 267-286.

Kring, A. M., & Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 686- 703.

Medrano L. (2014) Cognición y emoción: el papel de los procesos cognitivos en la regulación de emociones. *V Congreso Iberoamericano y XI Congreso Nacional de Profesionales y Estudiantes de Psicología*; 12-14 nov., Lima, Perú

Muñoz. F.J. (2004) El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial. *Servicio de publicaciones de la universidad de Huelva*

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, pp.161–87.

Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6),pp 704–708

Ochsner, K.,. Gross J. (2005) The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*, 9, pp. 242-249

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento ICD-10*. Madrid: Técnicas Gráficas Forma.

Pena,M., Extremera, N. (2012) Inteligencia emocional percibida en el profesorado de primaria y su relación con los niveles de burnout e ilusión por el trabajo (engagement) *Rev duc*, 359 , p. 604-627

Pepe-Nakamura, A., Míguez, C., Arce,R. (2014) Equilibrio psicológico y burnout académico. *Rev Invest Educ*, 12 , pp. 32-39

Riveros, Q., Hernandez, V. & Rivera, B. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Rev. Investig. Psicol*., ISSN:1560 -909 X, vol. 10 – N°1 – 2007, pp 91- 102.

Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B. & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de regulación emocional*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross y John, 2003). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Roe, R. A. (2002). What Makes a Competent Psychologist? *European Psychologist*, 7, pp. 192– 202.

Roelofs,J., Huibers, M.,. Peeters, F. ,Arntz, A., van Os,A. (2008) Rumination, worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behav Res Ther*, 46 , pp. 1283-1289

Rohland B., Kruse G., Rohrer J. (2004) Validation of a single-item measure of burnout against the Maslach Burnout Inventory among physicians. *Stress Health,* 20, pp. 75-79

Romo-González, T., Ehrensweig, Y., Sánchez-Gracida, O. D., Enríquez-Hernández, C. B., López-Mora, G., Martínez, A. J., & Larralde, C. (2014). Promotion of individual happiness and well-being of students by a positive education intervention. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5, pp.79–102.

Rosario-Hernández,E.,Millán, L.V.R. , Pla, L.D. , Colondres,.S. . Franceschini,J.A.SIrizarry, , A.R. *et al.* (2015) Las demandas laborales y su efecto en el bienestar del sueño: el papel mediador de la rumiación relacionada al trabajo. *Rev Puertorriq Psicol*, 26, pp. 150-169

Saarni, C. (1984). An observational study of children's attempts to monitor their expressive behavior. *Child Development*, 55, pp. 1504-1513.

Sáinz, M., López-Sáez, M., & Lisbona, A. (2004). Expectativas de rol profesional de mujeres estudiantes de carreras típicamente femeninas o masculinas. *Acción Psicológica*, 3, pp.111–123.

Salovey,P., Mayer, J.D (1990) .Emotional intelligence. *Imagin Cogn Pers*, 9, pp. 185-211

Sanz, J., Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Adaptación Española*. Madrid: Pearson Educación, SA.

Sanz, J.; García-Vera, M.; Espinosa, R., 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)*, pp.121-142.

Schaufeli, W.B., Martínez I.M., Marques A., Salanova, M., Bakker A.B. (2002) Burnout and engagement in university students. A cross-national study. *J Cross Cult Psychol*, 33 , pp. 464-481

Tamres, L.K., Janicki, D. & Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: a metaanalytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6,pp. 2-30.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3),pp. 25-52.

Vahle-Hinz, T., . Bamberg, E., Dettmers, J., Friedrich, N.,. Keller .M. (2014) Effects of work stress on work-related rumination: Restful sleep, and nocturnal heart rate variability experienced on workdays and weekends. *J Occup Health Psychol*, 19, pp. 217-230

Van Dierendonck, D. , Schaufeli, W., Sixma H. (1994) Burnout among general

practitioners: A perspective from equity theory. *J Soc Clin Psychol*, 13, pp. 86-100

Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, a, Velásquez, N., & Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación En Psicología*, 11(2), pp.139–152.

Villar Fernández, C. (2011). *La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano* (tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Castilla y León, España

Zaccagnini, J. L. (2004). *Qué es inteligencia emocional: la relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Zelazo, PD , y Cunningham, W. (2007). Función ejecutiva: Mecanismos subyacentes a la regulación emocional . En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). Nueva York, NY: Guilford.