

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia



RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tesis Presentada por la Bachiller:

Lewis Paredes, Jessica Lizbeth

Para optar el Grado Académico de:

**Maestro en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia**

Asesor:

Mg. Arce Pamo, Miguel Ángel

Arequipa- Perú

2021

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 21 de Diciembre del 2020

Dictamen: 000629-C-EPG-2020

Visto el borrador de tesis del expediente 000629, presentado por:

2008002772 - LEWIS PAREDES JESSICA LIZBETH

Titulado:

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0190 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**

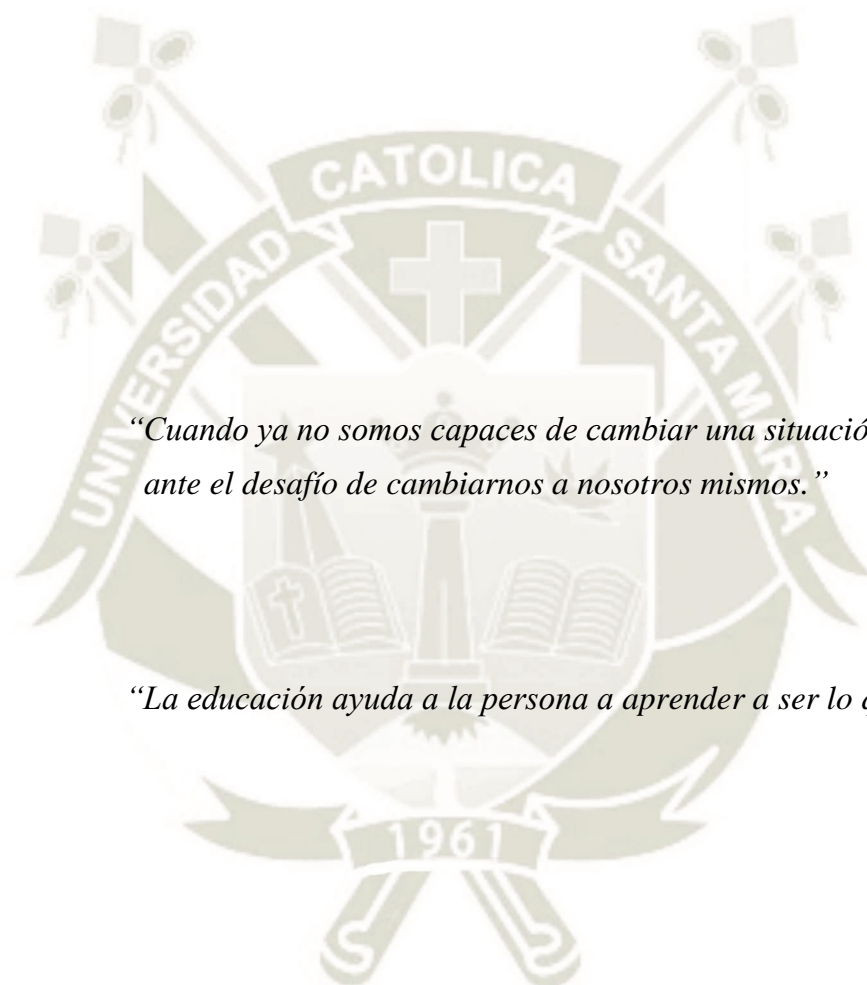


**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**5937 - ANCHANTE HERNANDEZ ELVA ELVIRA
DICTAMINADOR**






“Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación, nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros mismos.”

- Viktor Frankl

“La educación ayuda a la persona a aprender a ser lo que es capaz de ser”

- Hesíodo

*A los alumnos de Beca 18,
quiénes con sus historias de superación,
fuerza y resiliencia,
inspiraron la realización de este trabajo.*



*Al valioso equipo humano de Dirección de
Comunidad Universitaria y Área de Bienestar
Estudiantil de la Universidad, que acoge a estos
estudiantes,
pues realizan una dedicada labor de
acompañamiento y soporte a los alumnos en su
tránsito por la vida universitaria.*

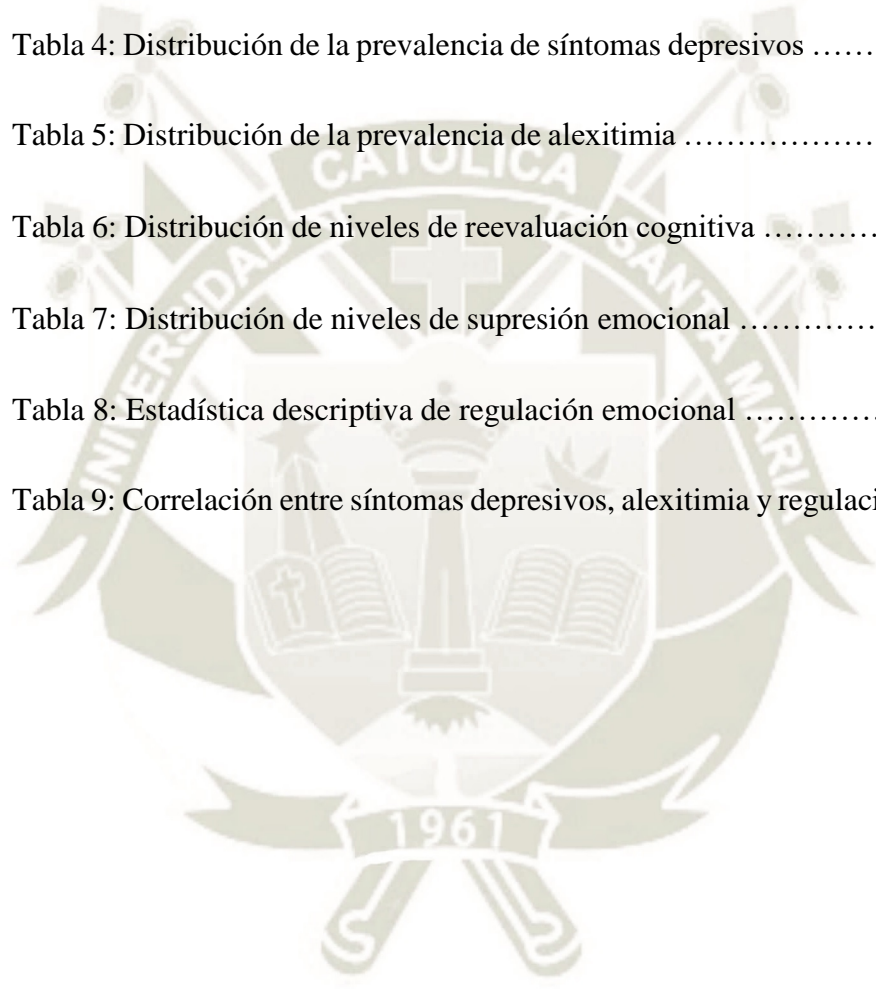
*A mi querida familia:
Toda mi gratitud
por la paciencia infinita,
motivación constante
y amor auténtico.*

ÍNDICE GENERAL

Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Hipótesis	3
Objetivos	3
CAPITULO I: Marco teórico	4
CAPÍTULO II: Metodología	22
CAPITULO III: Resultados y Discusión	29
Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias bibliográficas	61
Anexos	
Anexo N° 1: Consentimiento informado	
Anexo N° 2: Ficha sociodemográfica	
Anexo N° 3: Cuestionario de Regulación emocional	
Anexo N° 4: Escala de Alexitima de Toronto	
Anexo N° 5: Cuestionario de autorreporte de Zung	

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1: Distribución de la muestra según sexo31
- Tabla 2: Distribución de la muestra según edad33
- Tabla 3: Distribución de la muestra según escuela profesional35
- Tabla 4: Distribución de la prevalencia de síntomas depresivos37
- Tabla 5: Distribución de la prevalencia de alexitimia39
- Tabla 6: Distribución de niveles de reevaluación cognitiva41
- Tabla 7: Distribución de niveles de supresión emocional43
- Tabla 8: Estadística descriptiva de regulación emocional45
- Tabla 9: Correlación entre síntomas depresivos, alexitimia y regulación emocional47



ÍNDICE DE GRÁFICOS

• Gráfico 1: Distribución de la muestra según sexo	32
• Gráfico 2: Distribución de la muestra según edad	34
• Gráfico 3: Distribución de la muestra según escuela profesional	36
• Gráfico 4: Distribución de la prevalencia de síntomas depresivos	38
• Gráfico 5: Distribución de la prevalencia de alexitimia	40
• Gráfico 6: Distribución de niveles de reevaluación cognitiva	42
• Gráfico 7: Distribución de niveles de supresión emocional	44
• Gráfico 8: Distribución de la reevaluación cognitiva y supresión emocional.	46
• Gráfico 9: Dispersión entre alexitimia y reevaluación cognitiva	48
• Gráfico 10: Dispersión entre alexitimia y supresión emocional	49
• Gráfico 11: Dispersión entre alexitimia y síntomas depresivos	50
• Gráfico 12: Dispersión entre síntomas depresivos y supresión emocional..	51

RESUMEN

La presente investigación analiza la relación entre el tipo de regulación emocional, alexitimia y síntomas depresivos en estudiantes becarios del programa nacional denominado BECA 18 de una universidad privada de la ciudad de Arequipa durante el año 2019. Para el desarrollo del estudio se aplicó un diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional explicativo. Se contó con la participación de 114 alumnos de ambos sexos cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 17 y 22 años, pertenecientes a las diferentes escuelas profesionales ofrecidas en dicha universidad. Para la evaluación se utilizaron los instrumentos ERQ (Emotional Regulation Questionnaire) para regulación emocional, la escala de Toronto para alexitimia y el cuestionario de autorreporte de síntomas depresivos de Zung. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre Alexitimia y Supresión emocional ($r=.395$; $p<.001$) y entre esta última y la presencia de síntomas depresivos ($r=.319$; $p=.001$). En ambos casos la relación es directamente proporcional. Se concluye que la presencia de alexitimia y el uso de supresión como estrategia de regulación emocional están relacionados con sintomatología depresiva. Teniendo en cuenta estos resultados, se recomienda a la institución educativa la instauración de actividades que promuevan estrategias emocionales más saludables en los alumnos para la prevención de posible sintomatología depresiva.

Palabras Clave: Alexitimia, Regulación emocional, Depresión.

ABSTRACT

This research analyzes the relationship between Emotional Regulation strategies, alexithymia and depressive symptoms in students of Beca 18 College Scholarship of a private university of Arequipa city during 2019. A descriptive - explanatory study was designed to be applied for 114 students of both sex, which ages were between 17 and 22 years old. The questionnaire technique was used to measure the variables. Three measures were used: The Emotional Regulation Questionnaire Peruvian version (ERQP), the Spanish adaptation from Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Zung Scale for Depression. The results showed that alexithymia, suppression strategy ($r=.395$; $p<.001$) and depression ($r=.319$; $p=.001$) were related significantly. The final conclusion is that alexithymia and the use of suppression lead to depressive symptoms in the students. Considering this results, we recommend implementation of psychologic strategies for emotional regulation and other healthy issues to prevent depression in students.

Key Words: Alexithymia, emotional regulation, depression.

INTRODUCCIÓN

La instauración de programas de becas educativas en la formación de profesionales ha constituido una importante iniciativa del estado para combatir la desigualdad de oportunidades y una contundente estrategia para hacer de la inclusión social una realidad en nuestro país. Según cifras emitidas por el Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC, 2019) más de 62 000 jóvenes talentosos académicamente y de escasos recursos económicos fueron beneficiados entre el 2012 y el 2018 a nivel nacional. Lamentablemente, no todos ellos son historias de éxito. Algunos fracasos y abandonos de los programas educativos se deben a problemas económicos, brechas culturales, disparidad en el nivel educativo y otros factores, como los relacionados con el ámbito de la salud mental.

Precisamente, la salud mental es un factor determinante en el desarrollo de las personas y por ende de la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que en las últimas décadas los trastornos psicológicos han ido en ascenso a nivel mundial, generando cifras preocupantes en torno a su morbilidad (1). Dentro de ellos, la depresión ha adquirido relevancia en términos de carga y discapacidad, especialmente en grupos etarios correspondientes a adolescentes y adultos jóvenes (2). En ese sentido, los jóvenes universitarios son un grupo especialmente vulnerable a desarrollar depresión, en razón a las exigencias propias de la vida académica y a aspectos inherentes a esta etapa de la vida. Dentro del grupo antes mencionado, los alumnos beneficiados con algún tipo de beca, presentan mayores demandas que pueden incrementar el riesgo de padecer estragos en su salud mental (3).

El interés de esta investigación surge a partir del contacto con estudiantes del programa de Beca 18, puesto que un número significativo de ellos son derivados para evaluación psiquiátrica por los tutores de las oficinas de bienestar estudiantil, tras la observación de fracaso académico producido por la presencia de síntomas afectivos. Estos jóvenes tienen que lidiar con serios retos para lograr su adaptación a la vida universitaria, pues muchas veces han debido separarse de sus familias al proceder de zonas alejadas del lugar donde emprenden sus estudios. Algunos tienen éxito en el avance de sus logros académicos y su incorporación social, mas no así otros, en quienes los trastornos del ánimo constituyen un obstáculo para su desempeño.

Surge así la inquietud por estudiar qué factores están relacionados con la aparición de síntomas depresivos en esta población. Partiendo de datos teóricos encontramos que la depresión es de etiología multicausal, pero que algunos factores de orden psicológico como una adecuada Inteligencia emocional pueden prevenirlos (4). Deviene entonces el deseo de indagar si aspectos como el tipo de regulación emocional y padecer de alexitimia, (ambas características relacionadas con la inteligencia emocional), están relacionados con la presencia de sintomatología depresiva. En ese sentido, algunos investigadores también se han interesado en el tema, tratando de dilucidar las causas del fracaso de este ambicioso proyecto como Aramburú en su trabajo titulado “*Las Razones del Miedo: Deserción Temprana de Beca 18*” (5).

En la etiología de la depresión existe la suma de variados factores, tanto de orden biológico como psicológico, a los que se agregan situaciones ambientales que actúan como factores desencadenantes (6). Dentro de los factores de orden psicológico, se han descrito algunas características asociadas a la Inteligencia emocional que de ser óptimas protegen a las personas en situaciones difíciles (7). Una de ellas es la regulación emocional, concibiéndose como un rasgo que permite valorar y adecuarse a situaciones que resultan significativas afectivamente (8). Mientras, que la alexitimia, puede considerarse como un rasgo o característica que no permite dar lectura adecuada a la vida emocional, por ende, constituiría un factor de vulnerabilidad (9).

El presente estudio pretende indagar la relación existente entre las características psicológicas: regulación emocional y alexitimia y la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios becados de programas sociales de una universidad privada de la ciudad de Arequipa durante el año 2019. Los resultados podrían ser extrapolables y útiles para otras casas de estudios que acogen a estudiantes de estos programas tanto a nivel local como nacional.

Existen diversos estudios sobre las variables mencionadas, pero ninguno que lo haga sobre esta población concreta. Estas características confieren a la presente investigación, relevancia clínica y valor inédito. Los resultados obtenidos pueden procurar información relevante en el diseño de estrategias de intervención psicológica que ayuden a protegerlos del desarrollo de síntomas depresivos, o superarlos y de esta manera dar sostenibilidad a la iniciativa estatal de inclusión social.

HIPÓTESIS

Dado que los estudiantes universitarios becarios son vulnerables al desarrollo de trastornos mentales como la depresión mayor y es sabido que en su variada etiología están presentes aspectos de orden psicológico como el tipo de regulación emocional y la presencia de alexitimia, se plantea la siguiente hipótesis:

Es probable que exista relación entre la presencia de alexitimia, la regulación emocional y la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes becarios del programa Beca 18 de una universidad privada de Arequipa.

OBJETIVOS

1. Determinar la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes universitarios del programa Beca 18 en una universidad privada de Arequipa.
2. Identificar la presencia de alexitimia en los estudiantes universitarios pertenecientes al programa Beca 18.
3. Describir el tipo y nivel de regulación emocional usado por los estudiantes de Beca 18 de la institución.
4. Determinar la relación entre alexitimia, regulación emocional y la presencia de síntomas depresivos en estudiantes becarios de una universidad privada de Arequipa.



CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

1. SÍNTOMAS DEPRESIVOS

La depresión es el trastorno mental más prevalente a nivel mundial y a pesar de los diversos informes de la Organización Mundial de la Salud señalándola como una de las principales causas de discapacidad, aún permanece como una enfermedad escasamente diagnosticada y tratada. Se estima que alrededor de 350 millones de personas a nivel mundial la padecen y ha sido considerada por muchos sistemas sanitarios en diversos países como un problema de salud pública (37).

1.1 Definiciones, criterios diagnósticos y manifestaciones clínicas.

Los trastornos del ánimo son un conjunto de alteraciones que se caracterizan nuclearmente por variaciones en el estado afectivo. Están comprendidos dentro de estas enfermedades psiquiátricas, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y otros trastornos menores, como el trastorno distímico y ciclotímico.

El episodio depresivo mayor debe ser considerado en una persona que por más de 2 semanas experimenta ánimo triste o anhedónico, además de por lo menos 4 síntomas o signos de una lista que incluye alteraciones del sueño, apetito, del nivel de concentración y energía, sentimientos de culpa, dificultades para decidir y pensamientos de muerte e incluso ideación suicida. Pueden apreciarse síntomas y signos de diferente naturaleza, pero que prácticamente abarcan todas las funciones mentales y aspectos somáticos también (38).

El sistema de clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta edición (DSM-5) ha definido los siguientes criterios para su diagnóstico (39).

Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo mayor

DSM -5 (296.21-26)

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Estos síntomas deben estar presentes de forma importante durante el día, casi todos los días y con frecuencia son más intensos de forma matutina y presentan mejoría con el transcurrir de la jornada, a lo que se le ha denominado cronobiología de la Depresión. Otra característica importante es la magnitud del impacto que pueda tener en las actividades que la persona desarrollaba habitualmente, encontrándose mayor interferencia en cuanto mayor sea la intensidad del cuadro. Otros síntomas comunes son la presencia de quejas somáticas, irritabilidad, disminución de actividades placenteras inclusive lo referente a la actividad sexual. Las principales manifestaciones vegetativas están en el sueño y apetito. En ambos casos es posible encontrar un amplio rango de variaciones desde la pérdida hasta el marcado aumento. Estos últimos son motivos frecuentes de consulta. Otros aspectos son la perceptible alteración psicomotora, marcada por el enlentecimiento o agitación. Una queja subjetiva bastante común tiene que ver con el descenso de energía y proclividad a la fatiga y cansancio fácil. En el ámbito cognitivo es posible encontrar dificultades atencionales, pensamientos caracterizados por distorsiones cognitivas de contenido muy caracterizadas por la desesperanza, culpa o rumiación. La ambivalencia y dificultad para la toma de decisiones también se hacen

presentes dificultando tareas diarias y repercutiendo en la capacidad de memorizar, aprender o desplegar tareas cotidianas. La cronificación y gravedad pueden llevar a intensificar los síntomas y evidenciar síntomas psicóticos como ideación delirante y percepción alucinatoria. Es destacable que dichos síntomas pueden ser muy característicos en cuanto a duelo, condena, muerte, abandono o acusación. Finalmente, también es relevante las alteraciones producidas en las tendencias instintivas vitales que llevan a diferentes rangos de ideación, planificación y hasta tentativas suicidas. El suicidio puede considerarse como una de las complicaciones más severas, frecuentes y lamentables de la depresión (39).

1.2 Prevalencia y datos sociodemográficos

En nuestro país el último estudio epidemiológico sobre salud mental nacional, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” el año 2012 reportó una prevalencia de vida para Depresión Mayor de 17,2% en Lima Metropolitana, elevándose hasta 24,3% en ciudades fronterizas. En el 2015, esta misma institución realizó una investigación epidemiológica en las principales ciudades del país y encontró una alta prevalencia del diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor en las consultas a las entidades prestadoras de atención de salud mental, llegando a corroborarla hasta en 38,4%, seguida de Estrés postraumático y consumo de alcohol (40).

Algunos estudios señalan prevalencias en población general que van en rangos del 8 al 12 % en la mayoría de países alrededor del mundo. Las edades de mayor presentación están comprendidas en la tercera década de la vida, con una clara preferencia por el sexo femenino con una proporción que se mantienen entre el 1,5 a 3 por cada hombre. Así mismo que la mayoría de los casos presenta antecedentes de haberla iniciado a finales de la adolescencia (41).

1.3 Etiología y factores de riesgo

El estudio de la causalidad de la depresión tiene un amplio devenir histórico y una variada intervención de distintas perspectivas, que incluyen aspectos biológicos, psicológicos y culturales (42).

La comunidad científica ha llegado al consenso en cuanto a la interrelación de factores genéticos y ambientales para su ocurrencia. Los factores de riesgo más destacables son:

- El temperamento, siendo específicamente el neuroticismo el que predispone a la depresión ante la exposición de eventos adversos, comportándose como un rasgo de vulnerabilidad.
- Heredabilidad genética: observándose un riesgo mayor en familiares de primer grado y sobre todo para las formas endógenas caracterizadas por melancolía de inicio más precoz y alta recurrencia. Dentro de los variados estudios genéticos se ha encontrado que aquellos relacionados con la neurotransmisión de serotonina, dopamina y noradrenalina son los más relevantes. Estos datos han sido verificados en estudios familiares con hermanos gemelos mono y heterocigotos.
- Factores ambientales: Los acontecimientos vitales adversos en la infancia por su alta inducción al estrés y su ya bien reconocido efecto neurotóxico son un factor muy determinante para la vulnerabilidad a padecer depresión en la vida adulta (42).

Otras **perspectivas de orden psicológico** tienen sus propias hipótesis para explicar la etiología de la depresión. Desde el punto de vista **Psiconalítico**, las primeras aproximaciones aludían a la autoestima deficiente a consecuencia de la pérdida temprana de relaciones objetales. Más adelante, los nuevos enfoques psicodinámicos se centran en la sensibilización al fracaso de vínculos afectivos deficientemente construidos en las primeras etapas de la vida, tal como lo sustenta Bowlby en su teoría del Apego. Desde la corriente **Conductista**, sus autores postulan a la depresión como el estado resultado de la falta de motivación y reducción de la actividad por falta de refuerzos positivos o la extinción de conductas placenteras y disfrute por la presencia

de estímulos aversivos o castigos contingentes. Muchas estrategias psicoterapéuticas actuales se basan en estos principios del condicionamiento operante para contrarrestar la evitación y aislamiento propios de la depresión. Por su parte los modelos **Cognitivos**, interpretan la depresión como el resultado del procesamiento distorsionado de la realidad, de manera especial aquellos sucesos vitales importantes. Los aportes más significativos son los de Aaron Beck y Selligman, con la “triada cognitiva negativa” y la “indefensión aprendida”, respectivamente (42).

Las **teorías biológicas** sobre la depresión centran su atención en aspectos genéticos, neuroendocrinos y biomoleculares de neurotransmisión. Las bien descritas y reconocidas consecuencias de la secreción continua de cortisol por las glándulas suprarrenales tras una compleja reacción del Eje Hipotálamo hipofisiario suprarrenal tras la exposición al estrés, explican la sensibilización a posteriores situaciones que darían lugar a los síntomas depresivos. Junto a estos hallazgos también se encuentra la participación de las hormonas tiroideas y de crecimiento. Las teorías biomoleculares se basan en los hallazgos de alteraciones de la síntesis y metabolismo de las catecolaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina), que a su vez han servido de sustento para los abordajes farmacológicos (40).

Actualmente hay un creciente interés por dilucidar la etiología de la depresión vinculada a aspectos de las reacciones inflamatorias, dada su alta relación con procesos sistémicos de origen inflamatorio y los hallazgos cada vez más contundentes a nivel psiconeuroinmunoendocrinológico. Prueba de ello son la evidencia de biomarcadores inflamatorios presentes en los cuadros depresivos como citoquinas y células de respuesta inflamatoria (43).

Finalmente, la depresión es un fenómeno complejo que difícilmente se podría explicar por un único factor. Se comprende de ella que es una enfermedad crónica, recurrente, discapacitante y de origen multifactorial y que puede ser explicada principalmente por modelos de vulnerabilidad y estrés, donde participan elementos biológicos, psicológicos y ambientales.

1.4 Curso clínico y pronóstico

El curso clínico de la Depresión es variado, pues se pueden observar episodios únicos, recidivas y con menor frecuencia cuadros continuos. La mayoría de investigaciones señala que hay una tendencia a la recidiva, observándose una prevalencia de vida de hasta 2 o 6 episodios de recaídas. El principal criterio para predecir una recaída es la repetición de episodios en sí. Se ha postulado que un primer episodio predispone a otro en un 60% y este porcentaje se incrementa con los siguientes. Estudios de seguimiento de pacientes denotan que hasta un 85% de pacientes recidivan después de 3 años de culminar sus tratamientos. El pronóstico se ensombrece si hay presencia de comorbilidad psiquiátrica, médica y otros factores de cara a la idoneidad del tratamiento (39).

1.5 Abordaje, evaluación y tratamiento

El abordaje de los cuadros depresivos implica una adecuada evaluación clínica, de los antecedentes, comorbilidades médicas y psiquiátricas y la valoración del riesgo suicida. Para ello es fundamental la construcción de una historia clínica donde se recojan los datos obtenidos por la entrevista a quien padece la enfermedad y otros informantes. El seguimiento de casos se ha estandarizado a través del diseño de variadas guías de manejo que han logrado protocolizar el tratamiento de la Depresión, dada su alta frecuencia de consulta en el quehacer clínico especializado y de atención primaria (44).

El tratamiento de la Depresión implica la instauración de diversos recursos que impliquen intervenciones biológicas, psicosociales y físicas. Dentro de las primeras los fármacos antidepresivos han demostrado eficacia para controlar los síntomas y contener las recidivas. Otras modalidades de orden biológico son la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal, así como también la terapia lumínica para depresiones estacionales. Las estrategias psicosociales como las psicoterapias de diferente enfoque tienen variadas evidencias de eficacia, pero todas ellas mejoran cuando se usan paralelamente a la intervención farmacológica. Así mismo, la recomendación de cambios en estilos de vida saludable como la

incorporación de actividad física, dietas saludables y medidas de regulación del sueño han probado mejorar los resultados de intervención (45).

1.6 Depresión en estudiantes universitarios

La salud mental de los jóvenes universitarios es un tema desestimado entre los miembros de la comunidad académica, las autoridades competentes en educación superior y también por el propio personal de salud. Sin embargo, existen diversos estudios de investigación que demuestran que los estudiantes de las casas de educación superior son una población vulnerable al desarrollo de variados trastornos mentales (27).

El 2017, el American College Health Association (ACHA) evaluó el estado de salud de más de 50 mil estudiantes universitarios, encontrando en el ámbito mental prevalencias de depresión de hasta 13%, ansiedad en 24%, desórdenes del sueño en 20% y estrés de 30%. Estas cifras contrastaban con la escasa atención profesional con las que son abordadas y la amplia gama de síntomas que los acompañan como: desesperanza, sentimientos de soledad, autoagresión, pensamientos e intentos suicidas (28).

La depresión se asoma en la población universitaria con prevalencias importantes y dignas de atención. Así lo demostró Carranza al evaluar a más de 2000 estudiantes de universidades tanto públicas como privadas de Lima Metropolitana en el 2012, encontrando que 23.2% padecían de depresión (29).

La importancia de identificar sintomatología de clínica depresiva radica en su alta asociación a suicidio, constituyéndose éste una de las más lamentables complicaciones de dicho trastorno mental. Esta relación fue identificada en una investigación sobre conducta suicida en estudiantes de la Universidad Mayor de San Marcos realizada en el 2015 a más de 1500 alumnos de diversas facultades. En ella se encontró la presencia de ideación suicida en más de 22% de los alumnos e intentos de suicidio en 11%, cifras que exceden a las de la población general. Los factores más

relevantes asociados fueron sexo femenino, depresión y pertenecer a una familia no nuclear (30).

Los jóvenes universitarios están expuestos al desarrollo de problemas de salud mental, por diversas razones. Algunas de ellas son las presiones propias de la vida universitaria como la exigencia académica, horarios complicados, las expectativas profesionales y laborales futuras, la separación del núcleo familiar, entre otras, que pueden considerarse como un reto para la adaptación y por ende ser situaciones potencialmente generadoras de estrés. En ese sentido, una muestra de más de 1000 estudiantes universitarios de Lima y Huánuco, arrojó que el estilo de afrontamiento, los niveles de autoeficacia y la capacidad de adaptación estaban relacionadas con la experiencia de estrés y percepción de pérdida de la salud mental (31).

Es importante también considerar que la gran mayoría de estudiantes inician la formación superior en edades correspondientes al término de la adolescencia y transitan a la vida adulta durante su paso por la universidad. Esta es una etapa por naturaleza sensible a muchos cambios de orden social, biológico y psicológico, que de manera evolutiva agregan riesgos a la ocurrencia de los mencionados desórdenes mentales (32). En ese sentido la OMS, advierte que el suicidio constituye la segunda causa de muerte violenta entre personas de 15 a 26 años y una investigación colombiana encontró que entre adolescentes las causas más importantes se agrupan en 4 ámbitos: afectividad negativa y estrés, problemas de coyuntura interpersonal de orden familiar, factores biopsicosociales, y finalmente de tipo laboral y económico (37).

A lo anteriormente descrito, debemos sumar el peso que implica estudiar en una universidad privada en la condición de becado. Existe una demanda de mayor empeño por mantener promedios académicos mínimos para conservar la beca, muchas veces lograda como el resultado del esfuerzo intelectual de toda la vida escolar. Los alumnos becados en programas sociales del Estado representan un esfuerzo por materializar la inclusión social en el área educativa. De esta manera surgieron programas como Beca 18, Beca para hijos de docentes del Magisterio, Beca Vocación Maestro, etc. Muchos

de estos alumnos han dejado sus hogares en zonas deprimidas económicamente y representan la esperanza de sus familias y comunidades. Como puede deducirse, el proceso de adaptación es para ellos más duro que para alumnos locales y ordinarios, pues supone migración, cambio de estilo de vida, mayor autonomía, mayores demandas económicas, entre otros problemas (33).

2. REGULACIÓN EMOCIONAL

2.1 Emociones: Conceptos, características, funciones.

La conceptualización de las emociones es muy compleja. Diferentes enfoques de tipo biológico, social, evolucionista, construccionista han trazado el esfuerzo por comprenderlas. Estas pueden definirse como *“un fenómeno humano de respuesta, con componentes tanto fisiológicos como psicológicos y conductuales, que tienen bases evolutivas (se desarrollan y se vuelven más complejas conforme la persona crece, independientemente de la cultura), adaptativas (le ayudan a sobrevivir), funcionales (dependen del entorno y le permiten modificarlo), y que requieren de una interpretación de objetos, personas y situaciones (elicitadoras), que la preparan para realizar determinadas acciones y comunicar su estado a quienes la rodean.”* (23).

Las emociones influyen en la toma de decisiones, son parte del repertorio de procesos afectivos, junto con el humor, los sentimientos, el afecto y son filogenéticamente anteriores a la consciencia y cognición. Consisten en respuestas breves, próximas, intensas, de polaridad positiva o negativa que desatan respuestas fisiológicas destinadas a la adaptación y comunicación. Pueden ser primarias o secundarias, según el momento evolutivo de aparición y complejidad (24).

Otros autores mencionan desde su perspectiva, una cuádruple **composición** de las emociones. En primer lugar, el sentimiento como la parte subjetiva que da atribución y significado a la experiencia. En segundo término, la activación fisiológica que mediante procesos autonómicos y neurohormonales predispone corporalmente para una determinada acción. Un tercer componente está referido a los aspectos

motivacionales y un cuarto a la expresión de la emoción que sirve en última instancia para la comunicación interpersonal y que le confiere propiedades Sociales (25).

Caroll Izard, presenta 7 principios sobre las emociones en su Teorías de las Emociones Diferenciales:

- Son el resultado de la evolución y el desarrollo neurobiológico por y para lograr adaptación.
- Tiene gran influencia en la conciencia y en la percepción del medio y los acontecimientos.
- Poseen un rol motivacional y comunicativo, al poseer su componente experiencial.
- Organizan de forma inmediata el comportamiento frente a situaciones de relevancia adaptativa, especialmente las consideradas emociones básicas.
- Generan cogniciones e interpretaciones sobre las situaciones con potencialidad práctica. De esta manera generan aprendizaje acumulado para posteriores experiencias.
- Pueden generar esquemas desadaptativos que engendren psicopatología y malestar cuando se han asociado a situaciones negativas.
- Propician la atención selectiva sobre situaciones de interés, de esta manera conecta y organiza otras funciones mentales (26).

Este mismo autor catalogó como emociones básicas a las siguientes: alegría, miedo, ira, angustia, disgusto, interés, vergüenza y sorpresa, denotando su carácter universal y presencia desde el inicio de la vida (46).

Otra característica importante de las emociones es su indesligable vínculo al contexto y por ende varían en determinados momentos según su necesidad y conveniencia. Esta flexibilidad es aprendida por las personas a través señales culturales y acumulación de experiencias propias (26).

2.2 Regulación emocional

Conceptos

Según los autores Thompson y Gross (2007), Regulación emocional puede definirse como “el conjunto de estrategias realizadas para influir en la intensidad, duración y expresión emocional con el propósito de alcanzar metas tanto personales como sociales” (26).

Las emociones tienden a regularse cuando se experimentan como muy intensas, displacenteras o interferentes con los objetivos. Algunos autores creen que la regulación es parte inherente de las emociones en sí y no una característica independiente. Se ha podido apreciar que la regulación se da tanto para emociones positivas como negativas (25).

Aspectos evolutivos y asociados al sexo

La regulación emocional es un logro del desarrollo, es un signo de madurez emocional que se inicia con la *corregulación* que es un fenómeno inicial de regulación con otra figura de relación de apego. Es un proceso paulatino de incorporación e interiorización de estrategias regulatorias que han resultado eficaces sobre las emociones propias y de las de los demás (26).

El proceso de regulación emocional varía según la etapa del desarrollo de la persona, es así que en las primeras etapas de la vida se recurre a estrategias externas como solicitar a los padres que realicen esta tarea. Durante la adolescencia también se recurre a fuentes extrínsecas, pero basadas en las relaciones con los pares y también a procesos de autorregulación, dado el mayor desarrollo cerebral y complejidad del pensamiento (8).

La modalidad de regulación emocional varía no sólo según la edad, sino también el sexo. Se advierte que el sexo masculino recurre más frecuentemente a estrategias intrapersonales y de supresión; mientras que las mujeres a estrategias interpersonales y de reevaluación (26).

Modelos de regulación emocional

El modelo más difundido para la comprensión de los procesos de autorregulación emocional es el propuesto por Gross y Thompson. Estos autores señalan dos estrategias fundamentales:

- Reevaluación cognitiva:
Consiste en la alteración del surgimiento de la emoción y la reinterpretación de la situación elicitoria, para lograr modificar su impacto.
- Supresión:
Está centrada en la inhibición de la expresión emocional. Es por ende de tipo conductual y no modifica la situación.

Consecuencias del tipo de regulación

Comúnmente se ha asociado la regulación emocional de tipo supresor con consecuencias negativas tanto en el ámbito afectivo, cognitivo como conductual; mientras que la estrategia de reevaluación se correlaciona con experiencia de bienestar y afectividad positiva (25).

3. ALEXITIMIA

3.1 Desarrollo conceptual de Alexitimia

Según sus raíces etimológicas, el término Alexitimia (a=sin, lexis=palabra, thymos=emociones) se entiende de manera simple como la falta de palabras para expresar emociones. Así lo entendió Sifneos en 1972, al acuñar dicho término para un constructo psicológico que definía la dificultad cognitivo – afectiva, en torno a la experiencia y expresión de emociones básicas. Sus predecesores, Marty, Mc Lean, Uzan y Dumbar sentaron las bases para el estudio de esta característica bajo denominaciones como “inmadurez emocional”, “personalidad psicósomática” y la presencia de pensamiento operatorio. Todos ellos coincidieron en describir, dentro de

pacientes con enfermedades psicosomáticas, la falta de habilidad para la expresión de sus emociones en palabras y en cambio, traducirlas en variadas e inexplicables molestias físicas (9).

Desde la perspectiva de Nemiah, la Alexitimia contempla 4 dimensiones:

- 1) Dificultad para identificar y describir emociones.
- 2) Dificultad para discriminar entre emociones y sensaciones corporales.
- 3) Pensamiento simbólico muy rudimentario con escasa fantasía.
- 4) Estilo cognitivo de orientación externa y concreta (10).

Es preciso dejar en claro que las personas alexitímicas no fracasan en experimentar emociones, sino en denominarlas, diferenciarlas y verbalizarlas. Todas estas actividades están profundamente relacionadas con aspectos de la inteligencia emocional, como son el procesamiento y regulación emocional. A su vez, esto tiene un correlato neurobiológico sustentado en cambios metabólicos cerebrales extremos y discordantes con la intensidad y proporción de la respuesta emocional a sucesos vitales (11).

Progresivamente, las investigaciones se fueron distanciando del campo de la medicina psicosomática, al encontrar suficiente evidencia de que la alexitimia estaba presente tanto en enfermedades médicas como en trastornos psiquiátricos e incluso en personalidades con características estables alexitímicas. Es por ello que algunos estudiosos del tema, precisan la necesidad de diferenciar en qué contexto se dan estas características cognitivo-emocionales, pues pueden aludir a funcionamientos estructurales de personalidad, a manifestaciones transitorias como respuesta adaptativa o estar enmarcadas en una pobre respuesta afectiva, del pensamiento y fantasía generalizados (12).

Es así que algunos autores, distinguen entre alexitimia primaria, secundaria y espuria o pseudo alexitimia (14).

- A. Alexitimia Primaria: Queda definida por el cuadro más típico y estructural, de aparición precoz y por sus posibles explicaciones etiológicas de orden

genético, lesión cerebral temprana o carencias afectivas durante los 3 primeros años de vida. Todos estos aspectos probablemente vulneren la conexión interhemisférica y cortico-límbica y de esta manera interfieran en la adecuación emocional y cognitiva.

- B. Alexitimia Secundaria: De aparición más tardía y como consecuencia de lesiones “orgánicas” (infecciosas, degenerativas, postquirúrgicas, etc.) y también por severo trauma psicógeno, como es el caso del estrés postraumático.
- C. Pseudoalexitimias: A diferencia de todas las anteriores se caracterizan por su temporalidad, reversibilidad e inexactitud de los cuadros típicos de restricción y rigidez cognitiva. Llevan en común la pobreza afectiva, la disminución en el repertorio de expresividad emocional. Ellos son:
- Bloqueo emocional: es la manifestación defensiva y protectora frente a acontecimientos que reportan sufrimiento como enfermedades o eventos adversos. Según Otero, este es un mecanismo de represión neurótico y puede estar asociado a bajo coeficiente intelectual, marginalidad y baja educación.
 - Estados depresivos: en los que se encuentran características psicopatológicas similares como el embotamiento afectivo, el aislamiento, la estrechez cognitiva, entre otras (14).

3.2 Características epidemiológicas de la Alexitimia

A nivel general se encuentra Alexitimia en una frecuencia del 10.3%, con tendencia a aumentar con el sexo masculino, la edad, el menor grado de instrucción y la presencia de severidad depresiva. Estos autores encontraron también que se relacionaba con insatisfacción vital y pobre apoyo social (9).

La alexitimia es más frecuente en el sexo masculino. Diversos reportes arrojan cifras de hasta 10%. Algunos argumentos al respecto de esta predominancia masculina se

sostienen en aspectos neurobiológicos de dimorfismo sexual cerebral, atribuyendo a la mayor conexión interhemisférica femenina un elemento protector. Otros aspectos de orden cultural sostienen que las mujeres tienen mayor oportunidad de desarrollar la expresión emocional (13).

Ser alexitímico, según algunos autores está vinculado a la presencia de malas relaciones interpersonales, mala calidad de vida y alta morbilidad médica y psiquiátrica. Se halla en más del 60% de pacientes con enfermedades crónicas, especialmente las llamadas psicósomáticas como: úlcera péptica, colon irritable, migraña, fibromialgia, etc. (14).

3.3 Componentes alexitímicos y características clínicas

Fernández, M. señala que la Alexitimia puede entenderse como un complejo síndrome cuyos núcleos semiológicos integran los siguientes dominios (20):

- Pobreza de conciencia emocional: Manifestada principalmente por la escasez de percepción, reconocimiento y denominación emocional, tanto propia como ajena. Esta es la característica central.
- Estilo cognitivo pragmático: expresado en la gran restricción de fantasía e imaginación, abstracciones muy escasas y la prolijidad en las descripciones de detalles externos. Ello debido a la pobreza de simbolismo que presentan.
- Recursos comunicacionales escasos: como son la aprosodia, baja gesticulación y mímica que acompañan el discurso.
- Corporalidad somatizada: entendiéndose esta por la canalización corporal para la expresión de emociones. Acompaña frecuentemente la presencia de enfermedades crónicas y deben descartarse sobre todo ante la ineficacia de tratamientos ordinarios (20).

Clínicamente pueden observarse rasgos esenciales que coinciden con los anteriormente señalados y accesorios como: alto conformismo social, impulsividad en

la expresión de conflictos, relaciones interpersonales rígidas matizadas por la falta de empatía, personalidad inmadura y resistencia a la conexión de sus síntomas físicos con los conflictos psicológicos, lo que repercute en el éxito de las terapias implementadas para el manejo de la somatización (19, 21).

3.4 Aportes neurobiológicos sobre la etiología de la Alexitimia

Algunas explicaciones de orden neurobiológico sostienen la etiología de la alexitimia en 2 aspectos centrales:

- La conexión interhemisférica insuficiente, de manera que las emociones registradas por el hemisferio derecho, no logran acceder al hemisferio izquierdo desde el cual se verbalizarían. Esta débil interconexión puede deberse a los factores biológicos y psicógenos antes mencionados (genéticos, daño en el neurodesarrollo temprano, traumatismos encefalocraneanos, causas degenerativas, privación afectiva, etc.)
- La conexión neocortico- límbica insuficiente no permite la integración de áreas amigdalinas de percepción emocional con la corteza prefrontal cuya función moduladora y verbalizadora de las emociones queda interrumpida (15).

La alexitimia y el procesamiento de las emociones aún no tienen un mecanismo neurobiológico subyacente claro, pero la revisión llevada a cabo por diversos meta análisis de estudios de imágenes funcionales y estructurales colocan a estructuras como amígdala, ínsula, el ACC y las regiones de la corteza prefrontal (PFC) como asiento clave de la alexitimia en el cerebro (16). El progreso reciente en neuroimagen ha proporcionado información importante sobre la experiencia emocional en alexitimia (17). Por ejemplo, en estudios neurofuncionales, se halla que amígdala tiene un volumen más pequeño, y una activación menor, durante el procesamiento emocional negativo que se relaciona a altos niveles de alexitimia. Pero la mayor evidencia apunta a la ínsula, en asociación con alexitimia. Tanto la neuroimagen estructural, neuroquímica y funcional apoyan a que la patología insular podría conducir a alexitimia asociado a problemas con la empatía. Además, un trabajo muy

preliminar proporciona pistas de que la patología de la ínsula puede asociarse más con dificultades para identificar, analizar y verbalizar los sentimientos (es decir, alexitimia cognitiva). La actividad reducida específicamente dentro de la ínsula izquierda en relación con la alexitimia se ha observado predominantemente en tareas que requieren procesamiento de emociones a nivel cognitivo y en aquellos que evalúan la empatía por los demás (18).

3.5 Alexitimia y su vinculación con trastornos físicos y mentales

Es bien sabido que el constructo teórico de Alexitimia y su estudio surge de su apreciación en diversos trastornos físicos llamados enfermedades psicosomáticas. Se ha llegado a observar su relación como factor predisponente, precipitante y mantenedor de enfermedades, así como su valor pronóstico en muchas de ellas, tales como colitis, hipertensión arterial, migraña, artritis y muchas otras más (14).

La alexitimia ha sido considerada un factor de riesgo y un fuerte predictor de padecimientos mentales en variados estudios de investigación. Si bien la depresión mayor es uno de los más frecuentes en estar asociado a ella, también se ha hallado vinculado a trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, psicopatía, estrés postraumático y variados cuadros relacionados con el consumo de sustancias (22).



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas

Para la recolección de datos de las 3 variables se utilizará la técnica de la encuesta mediante la aplicación de cuestionario.

1.2 Instrumentos

Los instrumentos para la recolección de la información en cuestión en la presente investigación son:

Cédula de preguntas de identificación para datos sociodemográficos

En ella se incluyen datos para tipificación de los participantes como: edad, sexo, lugar de procedencia y carrera profesional.

Escala de Alexitimia de Toronto

El cuestionario fue creado por Taylor, Bagby y Parker en la década de los años 80, consta de 20 preguntas con respuestas tipo Likert, que puntúan del 1 al 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo, 2 moderadamente en desacuerdo, 3 ni acuerdo ni desacuerdo, 4 moderadamente de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. El puntaje mínimo es 20 puntos y máximo es de 100 puntos y puede determinarse la categoría de Alexitimia desde los 60 puntos. Tiene una alta confiabilidad dada su alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.81 y mide las 3 dimensiones más importantes del constructo, las mismas que son:

- Factor I: Dificultad para identificar emociones, a través de los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.

- Factor II: Deficiente expresión verbal de las emociones, a través de los ítems 2, 4, 11, 12, 17.
- Factor III: Presencia de pensamiento operatorio o basado en lo exterior y concreto, valorado por los ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

□ Cuestionario de Regulación Emocional

La escala de regulación emocional fue desarrollada por Gross en el 2003, siguiendo su modelo de comprensión de autorregulación emocional.

Las siglas obedecen a su nombre en inglés Emotion Regulation Questionnaire. Ha sido traducida en diferentes idiomas y validada en diferentes latitudes. En nuestro país la traducción y validación fue realizada por Gargurevich y sus colaboradores en el año 2010, precisamente en una muestra de estudiantes universitarios. Este instrumento es un cuestionario de autorreporte estructurado en 10 preguntas o ítems valorados en una escala del 1 al 7 según el grado de acuerdo con la sentencia. De estas 10 preguntas, 6 valoran la dimensión reevaluación cognitiva y 4 la dimensión supresión emocional, que son los dos componentes del modelo de Gross.

En el primer caso, la reevaluación cognitiva hace referencia a la adaptación de la reinterpretación racional de los eventos que desatan reacciones emocionales con el fin de ser mejor tolerados.

En el segundo caso, se destacan las estrategias de inhibición de conductas expresivas frente a eventos emocionales.

Todos los trabajos de validación coinciden en su adecuación para medir la regulación emocional en estas dos facetas. Goza de consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.7

□ Escala para Depresión de Zung

Este instrumento, creado en 1965 por Zung, permite valorar la presencia de síntomas depresivos a través de un cuestionario de autorreporte de 20 preguntas que incluyen los principales componentes del síndrome depresivo: aspectos relacionados con el humor dominante, características neurovegetativas y somáticas tales como el sueño, el apetito, el deseo sexual. Asimismo, aspectos cognitivos, que incluyen rumiaciones, incapacidad para decidir, pensamientos relacionados con la muerte y tenor suicida, y finalmente descripciones del sentir psicomotor. Es una prueba fiable, de larga data y ampliamente usada en poblaciones clínicas y no clínicas con probada sensibilidad. Cada ítem puede ser valorado cuantitativamente de manera que su evaluación global permite describir el síndrome depresivo en un rango de gravedad desde ausente hasta severo. Los puntos de corte son: ausente hasta 49 puntos, leve de 50 a 59, moderada de 60 a 69 y severa por encima de 70. Es un instrumento útil para screening, investigación y seguimiento en la evolución de pacientes tratados.

Las 20 frases formuladas están en términos positivos y negativos en su enunciado y deben ser cuantificadas en una escala de Likert de 4 puntos.

Sus índices de FIABILIDAD son adecuados con un índice de Cronbach entre 0,79 y 0,92. Y la VALIDEZ se correlaciona con otras escalas como la de Hamilton y Beck.

Las puntuaciones no discriminan sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico o nivel cognitivo (inteligencia).

1.3 Cuadro de coherencias

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO
Variable Independiente ALEXITIMIA	<u>Factor I:</u> Dificultad para identificar emociones	Cuestionario	Escala de Alexitimia de Toronto	Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14
	<u>Factor II:</u> Déficit en la expresión verbal emocional			2, 4, 11, 12, 17
	<u>Factor III:</u> Pensamiento operatorio			5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20
Variable Independiente REGULACIÓN EMOCIONAL	Reevaluación Cognitiva	Cuestionario	ERQ Cuestionario de Regulación emocional	1, 3, 5, 7, 8
	Supresión Emocional			2, 4, 6, 9
Variable Dependiente DEPRESIÓN	Humor dominante	Cuestionario	Escala de Depresión de Zung	1, 2, 3, 14, 15, 18, 19, 20
	Alteraciones cognitivas			11, 16, 17
	Alteraciones vegetativas somáticas			4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
	Alteraciones psicomotoras conductuales			13, 12

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

El estudio se realizó en el ámbito de una universidad privada de la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación temporal

Estudio coyuntural al año 2019.

2.3 Unidades de estudio

□ Universo

El universo lo conforman todos los estudiantes matriculados en el periodo académico 2019 - II en las carreras profesionales ofertadas por la universidad privada en la que se realizó la investigación. El número de matriculados asciende a la cifra de 7327. De ellos 241 corresponden al programa de Beca 18 y cursan diversos semestres de las diferentes facultades. La convocatoria Beca 18 del año 2018 es la más numerosa y está conformada por 120 alumnos y es la que se tomará para el estudio.

□ Muestra Final

Se utilizó muestreo por conveniencia. La muestra estuvo conformada por la totalidad de los alumnos estudiando en calidad de becarios por el programa de Beca 18 correspondientes a la convocatoria 2018. De los 120 estudiantes correspondientes a este grupo, pero finalmente se consignaron solamente 114 sujetos por cumplimiento adecuado de los criterios de inclusión y exclusión. Estos se detallan a continuación:

- Criterios de inclusión:
 - ✓ Pertener al programa Beca 18 de la convocatoria 2018 ✓
Alumnos de ambos sexos.
 - ✓ Estar cursando estudios en el momento de la evaluación

- Criterios de exclusión:
 - ✓ No haber firmado el consentimiento informado.
 - ✓ No desear participar de la investigación.
 - ✓ No haber completado las fichas de los instrumentos de evaluación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

Para efectos de la recolección de datos se realizaron coordinaciones administrativas con las autoridades responsables del programa de Beca 18 en la universidad, cuya entidad designada es el área de bienestar estudiantil.

La aplicación de la cédula de datos demográficos y los instrumentos de evaluación se realizó cumpliendo las indicaciones técnicas específicas de cada una, previa coordinación de fechas y horarios.

Se explicó a los estudiantes la finalidad y modalidad de la investigación. Se motivó a la participación, para luego proceder a la distribución de los instrumentos y desarrollo de las encuestas.

3.2 Criterios para el manejo de resultados

Tras la recolección de datos, se procedió a su procesamiento estadístico para efectuar el análisis, interpretación y discusión correspondientes. Se recurrió al empleo de estadística descriptiva e inferencial a través de medios electrónicos que contemplaban programas de Excel 2016 y SPSS. El análisis matemático de los datos se realizó a través de métodos paramétricos y no paramétricos según la distribución de los datos.



CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 1

Distribución de la muestra según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	54	47.4
Varón	60	52.6
Total	114	100.0

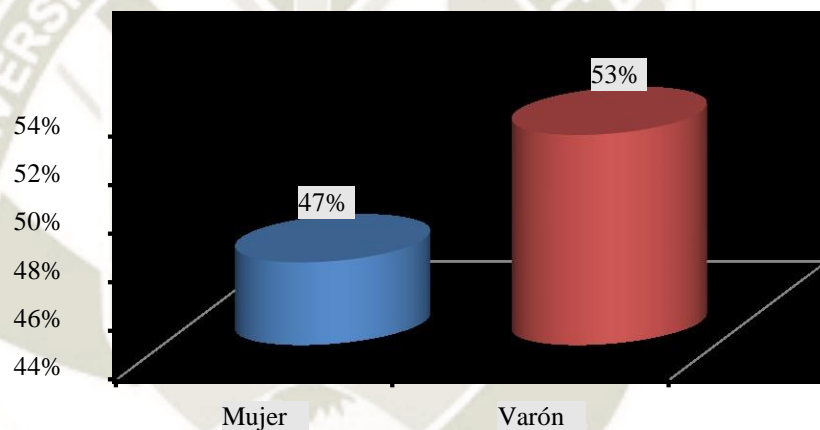
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

La tabla 1 muestra de los 114 estudiantes evaluados, el 52.6% de la muestra corresponde a los varones y el 47.4% a mujeres.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Grafico 1

Distribución de la muestra según sexo



Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 2
Distribución de la muestra según edad

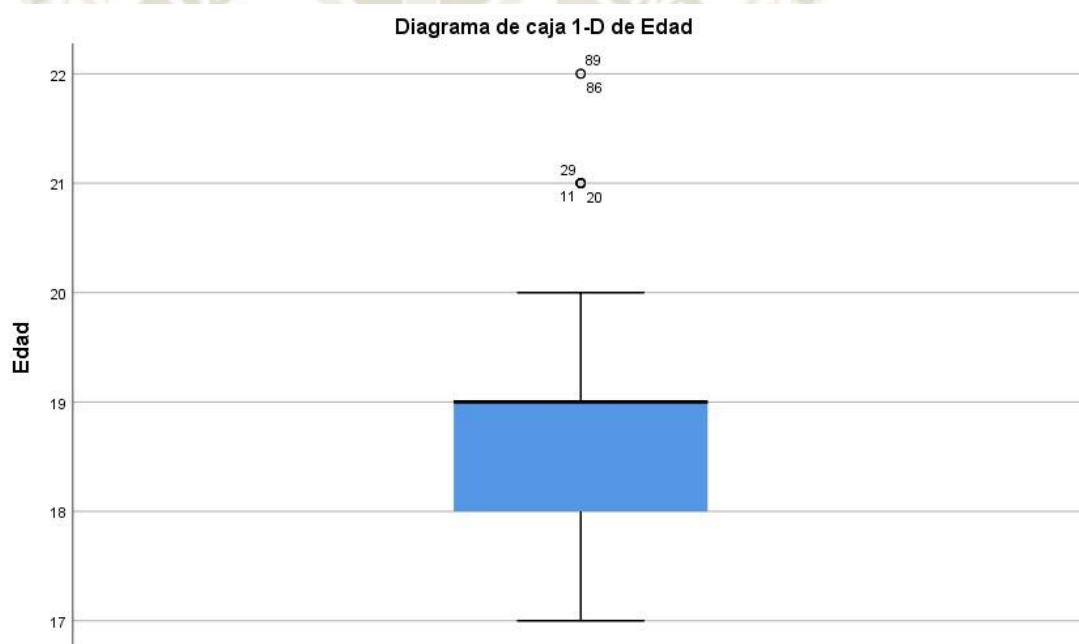
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Edad	114	17	22	18.83	1.064

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

En la Tabla 2 se puede observar que la edad de los evaluados fluctuó entre los 17 y 22 años, con una media de 18.83 años.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 2
Distribución de la muestra según edad



Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 3

Distribución de la muestra según escuela profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Ingeniería civil	40	35.1
Ingeniería industrial	42	36.8
Psicología	12	10.5
Ingeniería electrónica y telecomunicaciones	9	7.9
Derecho	5	4.4
Ciencias de la computación	6	5.3
Total	114	100.0

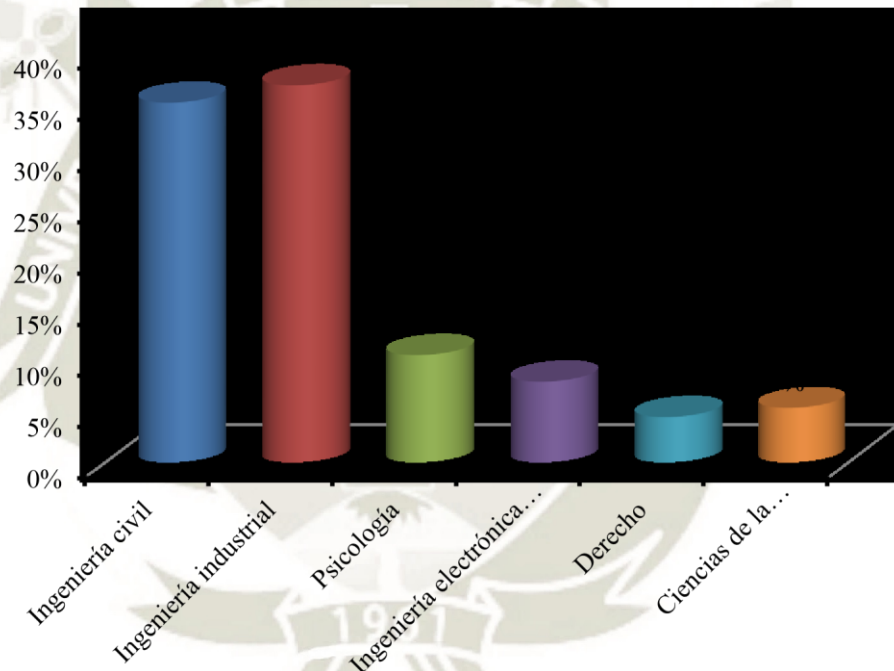
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

En la tabla 3 se observa que los alumnos de ingeniería industrial son quienes representan la mayor parte de la muestra (36.8%), seguidos de los de ingeniería civil (35.1%) y en menor medida por los de psicología (10.5%) y por debajo de ese porcentaje se encuentran alumnos de ingeniería de telecomunicaciones, Ciencias de la computación y Derecho.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 3

Distribución de la muestra según escuela profesional



Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 4
Distribución de la prevalencia de síntomas depresivos

	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	71	62.3
Leve	39	34.2
Moderada	4	3.5
Total	114	100.0

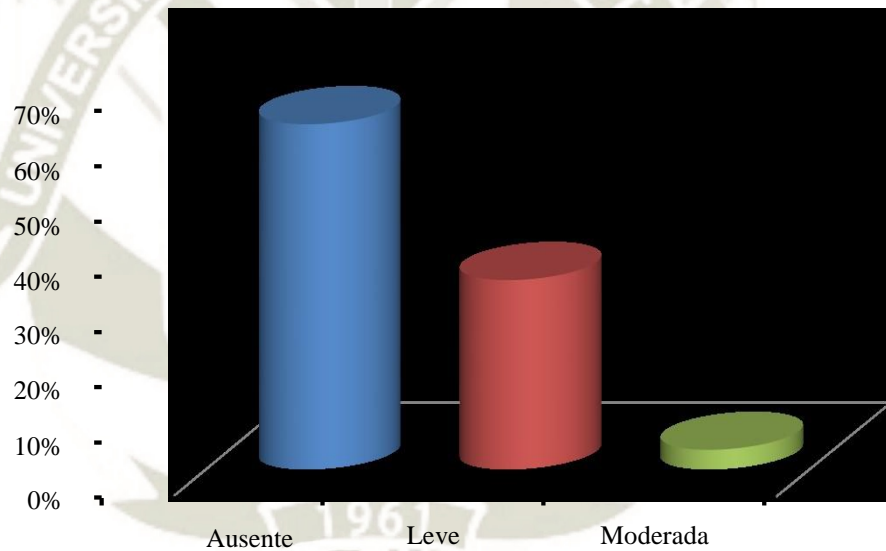
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la Tabla 4 se observa que el 62.3% de evaluados no tenía depresión (62.3%); mientras que el 34.2% presentó depresión leve y el 3.5% un nivel moderado.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 4

Distribución de la prevalencia de síntomas depresivos



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 5
Distribución de la prevalencia de alexitimia

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	68	59.6
Presenta	46	40.4
Total	114	100.0

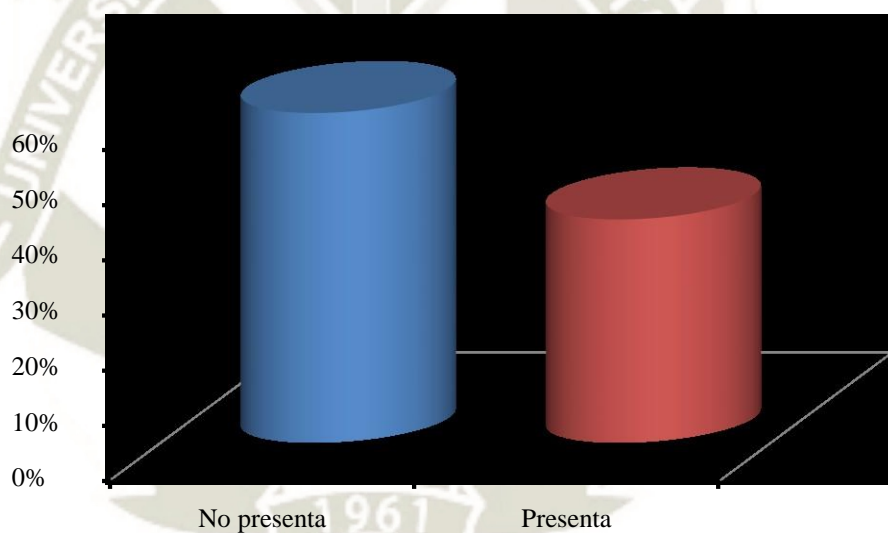
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la Tabla 5 se puede apreciar que el 59.6% de la muestra no presenta alexitimia; mientras que el 40.4% si presenta dicho problema.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 5

Distribución de la prevalencia de alexitimia



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 6
Distribución de niveles de reevaluación cognitiva

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	31	27.2
Media	55	48.2
Alta	28	24.6
Total	114	100.0

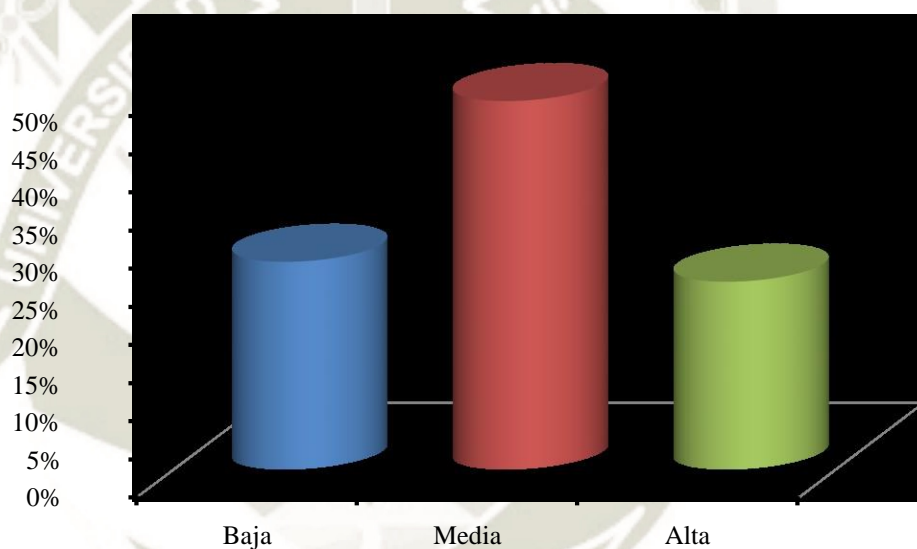
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la Tabla 6 se muestra que la mayoría de evaluados presento un nivel medio de reevaluación cognitiva (48.2%); mientras que el 27.2% mostro un nivel bajo y el 24.6% un nivel alto.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 6

Distribución de niveles de reevaluación cognitiva



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 7
Distribución de niveles de supresión emocional

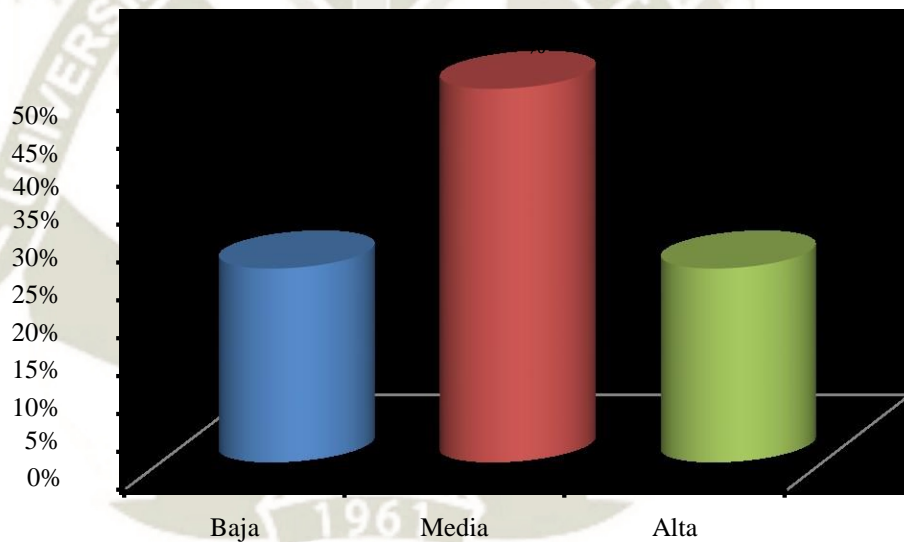
	Frecuencia	Porcentaje
Baja	29	25.3
Media	56	49.1
Alta	29	25.4
Total	114	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

La mayoría de evaluados presentó un nivel medio de supresión emocional (49.1%); mientras que el 25.4% mostro un nivel bajo y el 25.4% un nivel alto.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 7
Distribución de niveles de supresión emocional



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 8
Estadística descriptiva de regulación emocional

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Reevaluación cognitiva	114	1.67	7.00	4.90	1.041
Supresión emocional	114	1.00	7.00	4.37	1.207

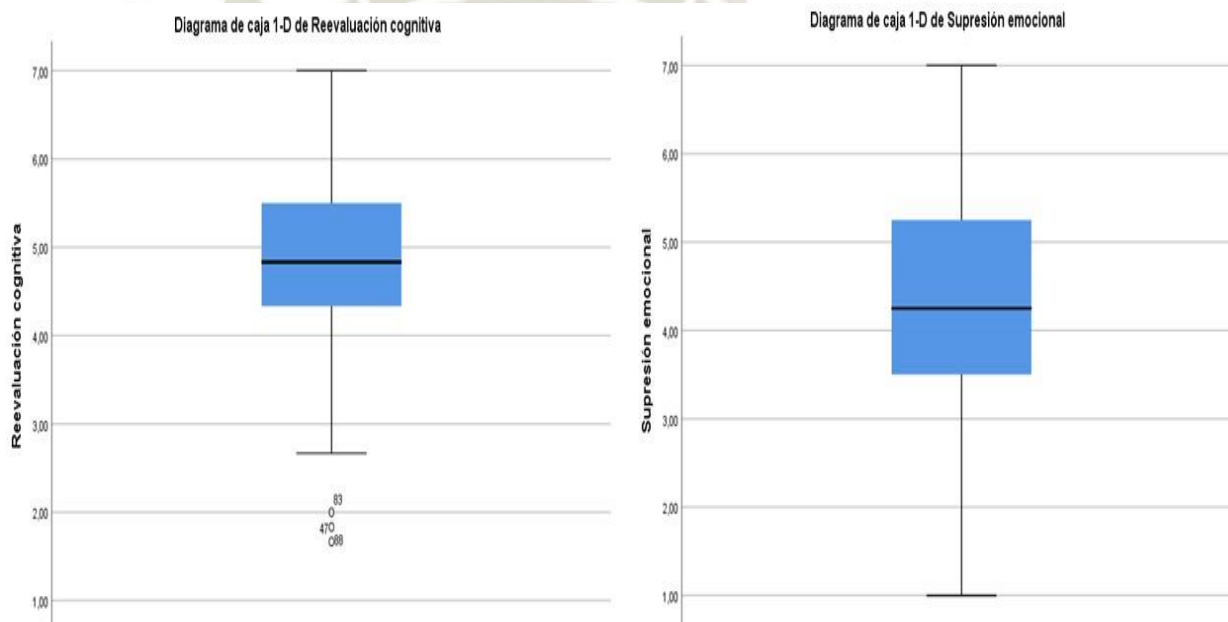
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la Tabla 8 se puede observar que el puntaje medio de reevaluación cognitiva es 4.9 puntos; mientras que el puntaje medio de supresión emocional es 4.37 puntos.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 8

Distribución de la reevaluación cognitiva y supresión emocional



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Tabla 9

Correlación entre síntomas depresivos, alexitimia y regulación emocional

n= 114		Alexitimia	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional	Síntomas depresivos
Alexitimia	Rho de Spearman	1.000	.094	.395	.319
	Sig. (bilateral)	.	.321	.000	.001
Reevaluación cognitiva	Rho de Spearman		1.000	-.058	.038
	Sig. (bilateral)		.	.538	.688
Supresión emocional	Rho de Spearman			1.000	.325
	Sig. (bilateral)			.	.000
Síntomas depresivos	Rho de Spearman				1.000
	Sig. (bilateral)				.

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

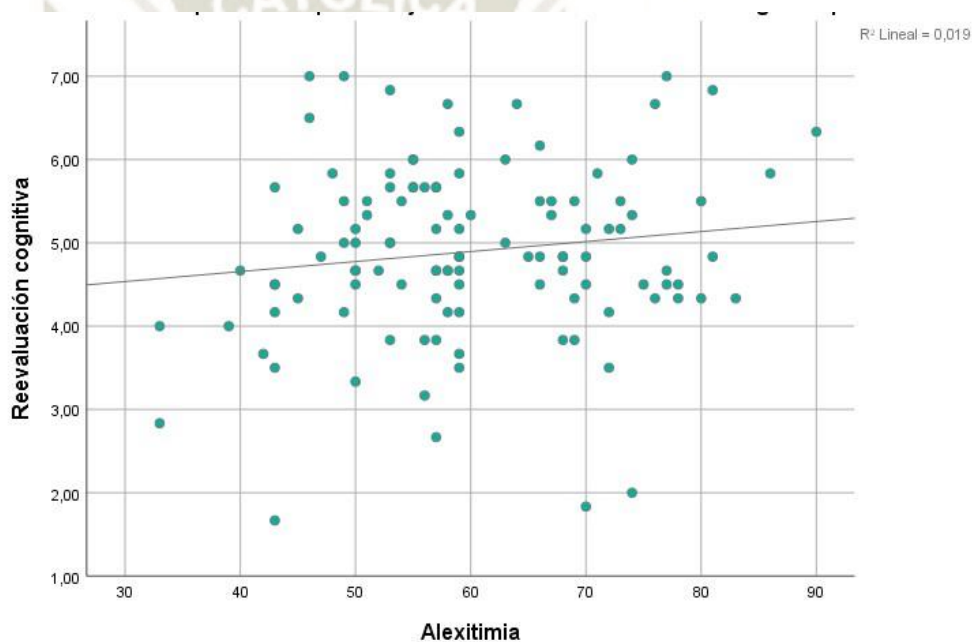
Se encontró que la alexitimia tiene una relación estadísticamente significativa con la supresión emocional ($r = .395$; $p < .001$) y con la depresión ($r = .319$; $p = .001$), en ambos casos la relación es directamente proporcional, lo que indica que un mayor nivel de alexitimia está relacionado con mayores niveles de supresión emocional y depresión.

Asimismo, se halló que la supresión emocional tiene una relación estadísticamente significativa con la depresión ($r = .325$; $p < .001$), siendo dicha relación directamente proporcional, lo que indica que un mayor nivel de supresión emocional se relaciona con un mayor nivel de depresión.

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 9

Dispersión entre alexitimia y reevaluación cognitiva

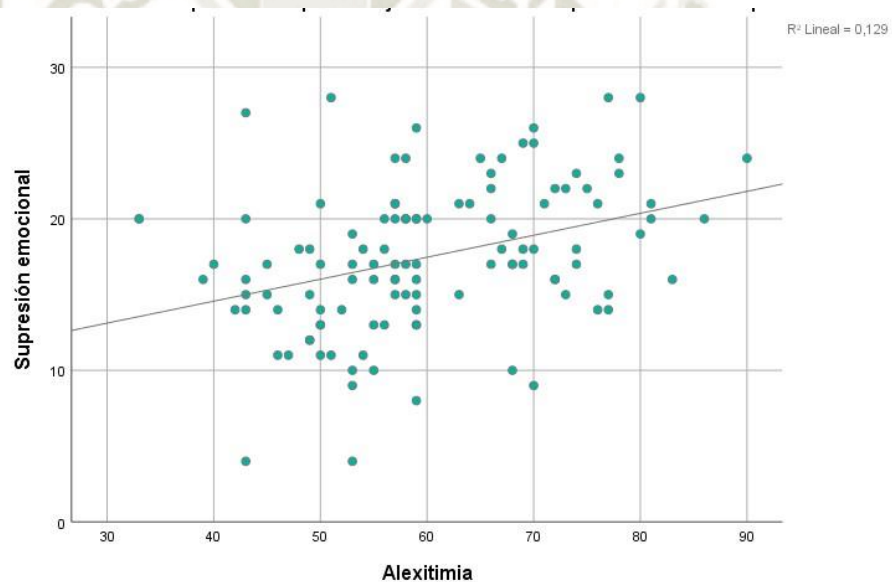


Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 10

Dispersión entre alexitimia y supresión emocional

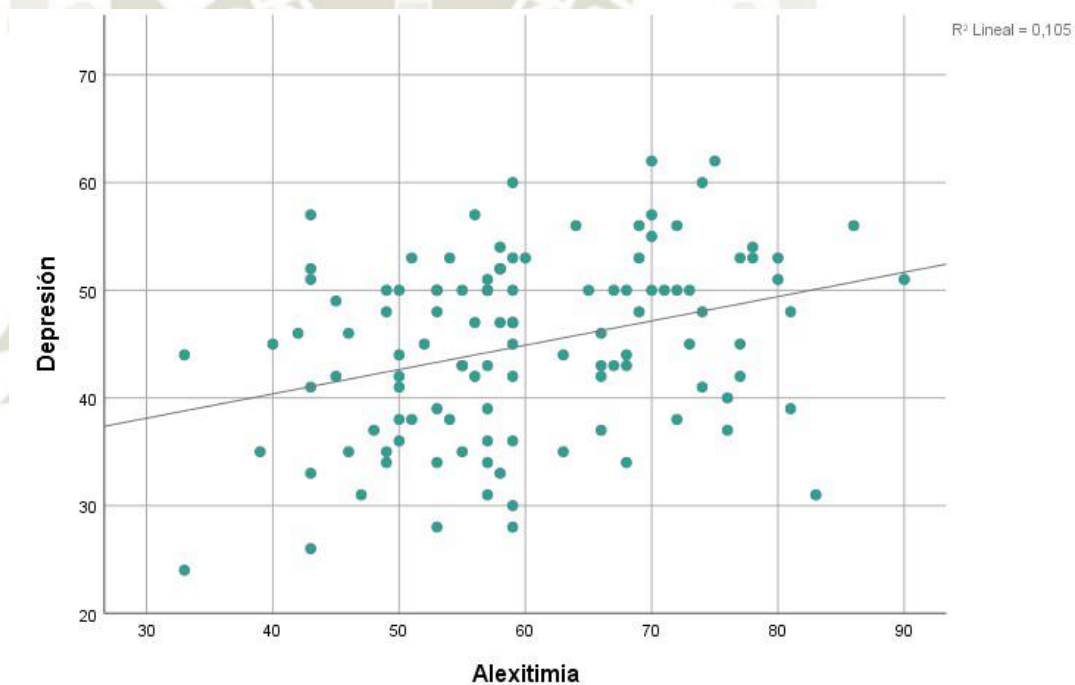


Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 11

Dispersión entre alexitimia y síntomas depresivos

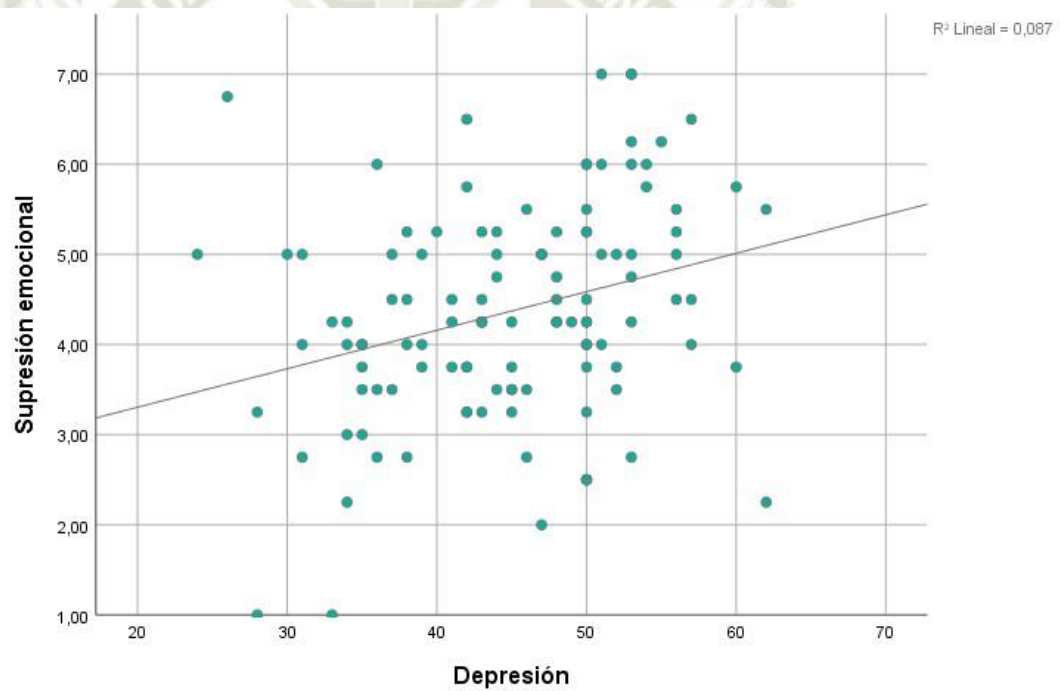


Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

RELACIÓN ENTRE REGULACIÓN EMOCIONAL, ALEXITIMIA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BECA 18 DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE AREQUIPA

Gráfico 12

Dispersión entre síntomas depresivos y supresión emocional



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La Depresión es el trastorno mental más prevalente a nivel mundial y está presente en todas las etapas de la vida, pero de manera especial en la población adulta joven. En ese sentido los estudiantes universitarios son muy susceptibles de padecerla, especialmente si se suman factores de estrés como son preservar un beneficio de beca o el de adaptarse a la vida universitaria más allá del lugar de residencia, como suele ser el caso de los estudiantes de Beca 18 (47). Así mismo, es sabido que la depresión es de causa multifactorial y que dentro de su etiología contempla aspectos de orden psicológico relacionados con la inteligencia emocional como son: la regulación emocional y la presencia de alexitimia.

La discusión y análisis de los resultados obtenidos se realizarán en función a la revisión teórica desarrollada en la presente investigación y se mostrarán en el siguiente orden: una primera parte donde se analizan las variables estudiadas: Sintomatología depresiva, alexitimia y regulación emocional de manera independiente y una segunda parte donde se profundizan los hallazgos en torno a la correlación de las mismas.

La muestra conformada por 114 estudiantes becarios estuvo distribuida en 47% mujeres y 53% varones, con una media de edad de 18,83 años y con una mayoría correspondiente a la Escuela de Ingeniería Industrial e Ingeniería Civil con un 37% y 35% respectivamente, el resto se distribuyó en participantes de las escuelas de Psicología, Ingeniería Electrónica y telecomunicaciones, Ciencias de la Computación y Derecho.

En la **tabla 4** encontramos que los estudiantes reportan **síntomas depresivos** en 37,7%, con una distribución de nivel leve en 34,2 % y nivel moderado en 3,5%. Este hallazgo es comparable al de Tataje Márquez en estudiantes universitarios limeños, quienes alcanzaron cifras de sintomatología depresiva hasta en 28,9% en el 2013 (53). El presente año, Gonzales Neyra, encontró síntomas depresivos en una muestra local de 300 estudiantes universitarios en 47.3%, probablemente muy influidos por el contexto actual de pandemia y confinamiento (54). Como puede apreciarse la prevalencia de la Depresión va en ascenso, tal y como proyecta la Organización Mundial de la Salud para los próximos años, debido a la compleja interrelación de factores ambientales y personales. La importancia de prestar atención a la sintomatología depresiva reside en su alta asociación

a conducta suicida. En el ámbito estudiantil universitario, Perales y col. encontraron como un fuerte predictor de esta conducta la presencia de síntomas depresivos, la misma que se dio con una prevalencia de 12,8% en más de 1800 estudiantes de la UNMSM en el año 2015 (30).

A nivel internacional se reportaron incidencias altas de depresión en una población de estudiantes colombianos de diversas facultades. Las cifras se elevaron hasta 42% con predominancia femenina y asociados variados problemas de índole académico y social (59). Esta realidad ha sido bastante común en varios países, por lo que algunos han decidido implementar programas de apoyo al bienestar estudiantil. Estas intervenciones tienen probada eficacia, tal como lo demostró un estudio de diseño cuasi experimental en 60 estudiantes colombianos en quienes se aplicaron estrategias de desarrollo de pensamiento crítico y entrenamiento en solución de problemas. A través de 10 sesiones se lograron disminuir en forma significativa indicadores de depresión y ansiedad (62). No se encontraron estudios de investigación sobre depresión en poblaciones específicas de estudiantes de Beca 18 para realizar comparaciones.

En la **tabla 5** se expone el Nivel de **Alexitimia** en los estudiantes. Esta se encuentra presente en un 40,4%, lo que significa que casi la mitad de ellos es incapaz de reconocer las emociones propias y ajenas y además presenta serias dificultades en expresarlas verbalmente. Nuestros hallazgos son similares a los encontrados por Aquino y Corrales en muestras universitarias de nuestra localidad en las que la presencia de Alexitimia se elevó hasta el 66,6% en sus formas bajas y 28,1% para las formas altas (52). Otro estudio similar realizado en el 2017 por Galagarza y Arias en estudiantes de Ingeniería de una universidad privada local, encontró niveles de alexitimia en 37,5% a predominio francamente masculino. Este estudio correlacionó esta característica psicológica con el tipo de funcionamiento familiar, encontrando que las familias caóticas y con baja cohesión estaban más asociadas al rasgo alexitímico (36). Carlos Moncada F, en el año 2013 estudió la presencia de este constructo en 223 estudiantes de una universidad pública de nuestro país, encontrando cifras de 51,7%. Este dato es el más concordante con los hallados en la presente investigación (57).

Las **tablas 6 y 7** presentan las estrategias de **Regulación Emocional**, divididas en sus subescalas: **Reevaluación cognitiva y Supresión emocional**, respectivamente. La mayoría de evaluados presentó un nivel medio de reevaluación cognitiva con cifras de 48,2%, un nivel alto en un 24,6% y en un nivel bajo con 27,2%. Recordemos que ésta es una característica deseable, pues permite gracias a la flexibilidad cognitiva reinterpretar situaciones relevantes desde el punto de vista emocional para lograr mayor adaptación. Por otro lado, la supresión emocional se dio en un nivel medio en el 49,1%, mientras que el 25,4% mostró un nivel bajo y en el mismo porcentaje en un nivel alto. Esta estrategia, que lleva la represión de las emociones y a la contención de la expresividad es generalmente poco adaptativa y sólo aconsejable en determinados contextos. Suele estar asociada a malestar emocional y a la aparición de psicopatología. Los estudiantes mostraron hacer uso de ambas estrategias en forma equiparable, con una discreta preponderancia de las formas supresivas. En otras muestras universitarias nacionales como la de Advíncula Coyla en 2018, se encontró, por el contrario que la táctica más usada era la de reevaluación cognitiva superando a la supresión emocional (48). Esta garantiza en los estudiantes flexibilidad y adaptación a las demandas académicas que se ven reflejadas en el Bienestar psicológico, variable con la que se encontró una correlación directa y significativa. La diferencia en las características socioeconómicas puede ser una posible explicación, dado que dicha investigación se realizó en una universidad privada cuyo nivel socioeconómico suele ser alto, mientras que los estudiantes de Beca 18 de nuestra muestra difieren de esas características. Al respecto, hay suficiente evidencia del impacto que causan la estabilidad económica y mejores condiciones de vida en la Inteligencia emocional (55).

En la **tabla 8** se describen los **valores medios de las estrategias de regulación emocional**, encontrándose una media para la Reevaluación cognitiva de 4.9 y para supresión emocional de 4,37. Estos resultados están por encima de los promedios hallados por Guargurevich y Mattos, quienes en el 2010 evaluaron a más de 300 universitarios con la finalidad de estudiar las propiedades psicométricas del instrumento ERQ en nuestro país. Ellos encontraron valores para supresión emocional de 3,47 y 2,94 para hombres y mujeres respectivamente y 4,4 para reevaluación cognitiva sin diferencia significativa entre ambos sexos. La muestra escogida por dichos investigadores difiere en algunas características con la actual como el rango de edad, el nivel socioeconómico, la

particularidad de ser estudiante becario, condiciones que probablemente tengan que ver con el uso más intenso de ambas estrategias regulatorias (56).

La **tabla 9** muestra las **correlaciones entre alexitimia, reevaluación cognitiva y supresión emocional y depresión**. Al respecto los hallazgos son variados. Se encontró que la alexitimia tiene una relación estadísticamente significativa con la supresión emocional ($r = .395$; $p < .001$) y con depresión ($r = .319$; $p = .001$), en ambos casos la relación es directamente proporcional, lo que indica que un mayor nivel de alexitimia está relacionado con mayores niveles de supresión emocional y depresión.

Se analizará en primer término la relación entre **Alexitimia y Regulación Emocional**. Desde un punto de vista teórico es factible entender que una persona que padece alexitimia, tenga serias dificultades para el reconocimiento emocional propio y ajeno. Además, posee una limitada capacidad en la verbalización de dichos estados afectivos y la preponderancia de un pensamiento operatorio, que le lleva a estar más enfocado en aspectos exteriores que en su propia interioridad. Estas características hacen que también tenga tendencia a suprimir las emociones cuando éstas le sean relevantes, debido a su incapacidad de poder atenderlas y comprenderlas en primera instancia. La Alexitimia es entendida por muchos autores como el “antónimo” de Inteligencia emocional, en muchos de sus aspectos: la concepción de emociones, el reconocimiento, la expresión y en definitiva también la regulación. La asociación entre alexitimia y regulación emocional fue estudiada en nuestro medio el año 2016 por Gutiérrez La Cruz en 42 militares de tropa pertenecientes al VRAEM, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años. Sus hallazgos corroboraron la presencia de Alexitimia en 24% de los soldados. Asimismo, se encontró que los sujetos alexitímicos usaban preferentemente la supresión emocional para autorregularse, siendo ésta, una asociación significativa especialmente en la dimensión: expresión verbal de las emociones. En este estudio también se pudo encontrar la relación inversa entre alexitimia y reevaluación cognitiva, de manera que esta estrategia de regulación emocional es más accesible y ejecutable por sujetos carentes de alexitimia. Esa última característica no pudo ser confirmada en nuestra investigación, probablemente porque los niveles de alexitimia se han dado en cifras mucho mayores que en la muestra de militares (60).

La asociación entre **Regulación emocional y Depresión**, también ha sido ampliamente estudiada en clínica. Desde el modelo de regulación de Gross y Thompson se ha postulado que las estrategias supresivas están más vinculadas a estados disfóricos, afectividad negativa y por ende mayor psicopatología (25). Nuestros resultados indican una correlación directa y significativa entre mayores niveles de supresión emocional y sintomatología depresiva. Una muestra de estudiantes argentinos evidenció una asociación entre regulación emocional disfuncional y síntomas depresivos (49). A nivel local también se manifestó el interés por indagar sobre regulación emocional y otros aspectos de la vida académica, como son la procrastinación de tareas, encontrando esta situación con mucha frecuencia (50). De la misma manera, María Laura Andrés y su equipo de colaboradores encontraron en un estudio realizado en estudiantes universitarios argentinos, que las estrategias de regulación emocional por rumiación y distracción eran las mayores predictoras de sintomatología depresiva. Estas estrategias son afines a la supresión emocional (61). Un estudio muy similar en una muestra de estudiantes peruanos fue el desplegado por Domínguez Lara S., quien en el 2017 encontró que las estrategias cognitivas de catastrofización, rumiación, autculpabilización (dentro de un grupo de nueve evaluadas) tienen poder predictivo sobre la presencia de depresión (62). La correlación directa y significativa encontrada entre supresión emocional y depresión en la presente investigación, puede equipararse a los hallazgos de Velazco Cabrejos A. quien publicó en el 2019 su trabajo titulado *“Relación entre estrés académico y regulación emocional en estudiantes universitarios de Lima, Cajamarca y Arequipa”*, quien encontró resultados similares de correlación entre fallas en la regulación emocional y otros aspectos como estrés académico, evidenciando el variado impacto que puede tener la regulación emocional inadecuada en otros aspectos de la salud mental (63).

En contraste, personas que hacen mayor uso de la reevaluación cognitiva cuentan con un factor de protección para el desarrollo de síntomas depresivos.

Respecto a la asociación entre **alexitimia y depresión**, los hallazgos también hablan de una relación directa: a mayor alexitimia, mayor presencia de sintomatología depresiva. Esta asociación ha sido ampliamente estudiada y analizada por trabajos teóricos y empíricos, los mismos que han planteado varias razones. Una de ellas es la posible alexitimia secundaria, en la que se postula que estados depresivos aumentan o inducen características alexitímicas y que incluso pueden ser reversibles. Otros autores se manifiestan a favor de la vulnerabilidad a padecer afectividad negativa si se es portador

de alexitima (9). La literatura muestra la múltiple participación de la alexitimia en diversos trastornos mentales como los de conducta alimentaria, somatomorfos, ansiedad y depresión en población universitaria (35).

La triple relación entre **Alexitimia, Supresión emocional y Depresión**, encontrada en el presente trabajo, denota la dinámica de las variables al favorecer la afectividad negativa y la experiencia de emociones disforizantes de manera consecutiva y permanente. Desde un punto de vista teórico, Gutierrez La Cruz explica en su análisis como punto de partida a la Alexitimia, pues esta no permite a la persona atender adecuadamente a una emoción en primer término. Ello, en función a las características del pensamiento preoperatorio que lleva al sujeto a focalizarse en aspecto más externos y concretos que en la propia apreciación personal de lo que siente (emocionalmente). En segundo término, al no atender no puede enfocarse en una emoción, definirla y darle respuesta. En consecuencia, no puede proceder a regularla mediante la interpretación, optando por la supresión. De esta manera despliega un gran desgaste cognitivo conteniéndose emocionalmente, y desatendiendo a nuevos eventos emocionales. Ello evidentemente conlleva a malestar, experiencias negativas, rumiaciones y finalmente a estados afectivos negativos conducentes a depresión (60).

Finalmente, interpretar estos resultados en la población específica de estudio, que está conformada por los estudiantes de Beca 18, es particularmente complejo, dada la inexistencia de trabajos similares con los cuales se podrían establecer comparaciones.

Sin embargo, la descripción de estas características en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva casi en un tercio de los estudiados y los correlatos en cuanto a la presencia de alexitimia y a regulación emocional por supresión, ofrece una información relevante de cara a las posibles intervenciones que podrían desplegarse en ellos en procura de su bienestar y éxito académico.

CONCLUSIONES

Primera:	La mayoría de estudiantes becarios evaluados no presenta sintomatología depresiva, mientras que aquellos que sí la presentan, lo hacen en nivel leve o moderado.
Segunda:	De cada 10 estudiantes evaluados, 4 presentan alexitimia.
Tercera:	Las estrategias de regulación emocional principalmente empleadas por los estudiantes evaluados, fueron supresión y reevaluación cognitiva en rangos medios.
Cuarta:	La presencia de alexitimia y un mayor uso de la supresión emocional se relacionan con mayor presencia de sintomatología depresiva en los estudiantes de beca 18 de una universidad privada de Arequipa.

RECOMENDACIONES

1. Dados los hallazgos de niveles importantes de alexitimia y supresión emocional en los estudiantes becarios y su relación demostrada con depresión, se recomienda a la dirección del área de bienestar universitario, la instauración de estrategias de apoyo a nivel psicopedagógico para el desarrollo de habilidades socioemocionales. Así, actividades como psicoeducación, talleres en habilidades sociales y evaluaciones periódicas del estado de salud mental, permitirán un mejor ajuste emocional y la prevención de depresión y su impacto en el desempeño académico.
2. Fomentar en las unidades de investigación de la universidad, el estudio de características propias de la población universitaria becaria que aporte información sobre la realidad de su salud mental y evite la deserción académica por estas causas. Además, esta línea de investigación, puede contemplar comparar aspectos y variables con estudiantes no beneficiados de los programas de Becas.
3. Mantener comunicación permanente con las instancias educativas del Estado responsables del fomento de becas (PRONABEC) para procurar la provisión de los medios necesarios para sostener las necesidades desde el punto de vista de salud mental en coordinación con otros estamentos como el MINSA y lograr un trabajo articulado que le de sostenibilidad al programa social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental; 2014. Disponible en <http://who.int/mental health/2014>.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Fernández-Yáñez, M. Fracaso Académico de los estudiantes de la carrera de Negocios y Comercio Exterior. Perú: Universidad de Piura; 2017.
4. Moscoso, M. Naturaleza de las emociones positivas en la evaluación de la Depresión: una nueva visión en psicometría. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2): 303-327; 2014.
5. Aramburú, C. E. y Núñez, D. Las Razones del Miedo: Deserción Temprana de Beca 18. *Anthropologica*, 38: 255 – 288. Perú; 2019.
6. Herrera-Covarrubias, D. y Coria-Avila, N. Depresión: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Neurobiología*, 8(17): 1–23; 2017.
7. Barraza-López, R., Muñoz-Navarro, N. y Behrens-Pérez, C. Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. Chile: *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55: 18-25; 2017.
8. Pérez, Y. y Guerra. V. La regulación emocional y sus implicancias en la Salud mental del adolescente. Cuba: *Revista cubana de pediatría*, 86(3): 368-375; 2014.
9. Arancibia, M. y Behar, R. Alexitimia y depresión: Evidencia, controversias e implicancias. Chile: *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(1): 24-34; 2015.
10. Fernández-Montalvo, J. y Yárnoz, S. Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3): 357-366; 1994.
11. Paez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76; 1999.
12. Lunazzi de Jubany, H. Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *RIDEP*, 10(2): 101-119; 2000.
13. Santoya, Y., Garcés, M. y Tezón, M. Las emociones en la vida universitaria: análisis de la relación entre autoconocimiento emocional y autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. España: *Psicogente*, 21(40), 422–439; 2018.

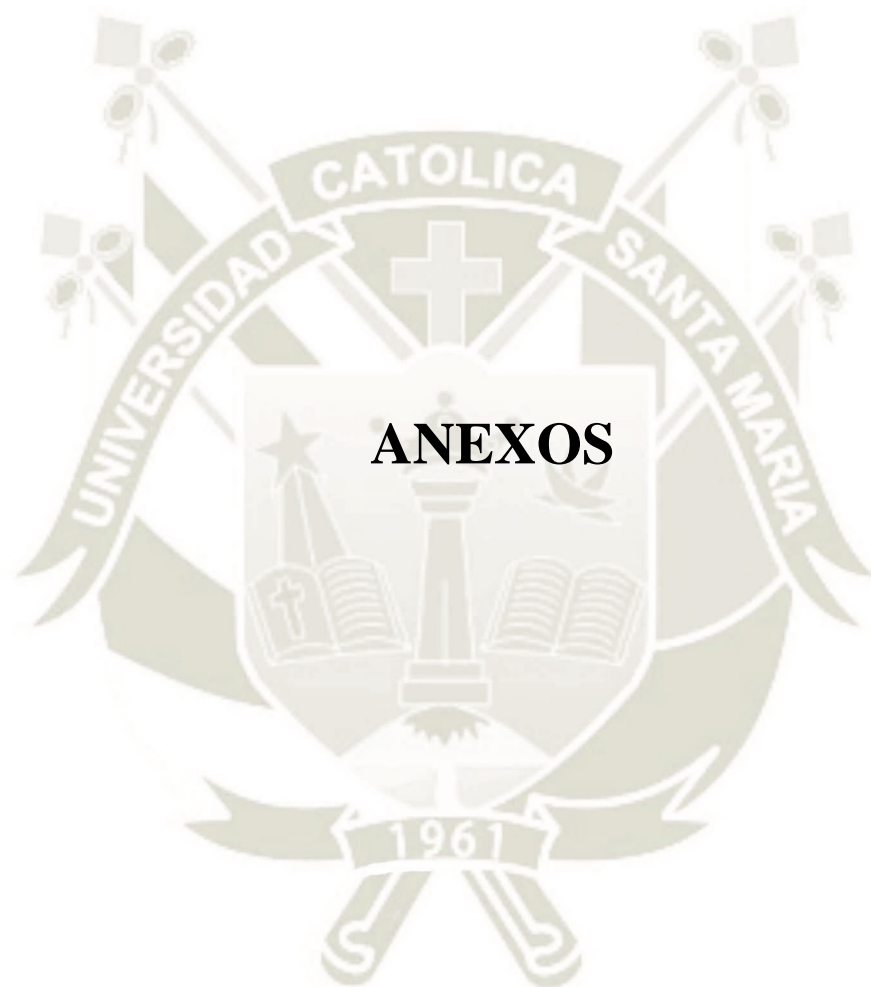
14. Velasco, C.B. y Vilarrasa, A.B. Trastornos psicossomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. Madrid: *Psicología y Salud*. 21: 227-237; 2011.
15. Meza-Concha N. Arancibia M. Salas F. Hacia una comprensión neurobiológica de la Alexitimia. MedWabe.Revista Biomédica revisada por pares. Mayo; 2017.
16. Van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K.S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S.G., y Aleman, A. Neural correlates of alexithymia: a meta-analysis of emotion processing studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 37(8), 1774-1785; 2013.
17. Michico Kano, Shin Fukudo. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders; 2013,
18. Valdespino, Antezana, Ghane y Richey, Alexithymia as a Transdiagnostic precursor to empathy: The role of the insula. *Frontiers on Psychology*; 2017.
19. Gallardo Vergara R. Teoría de la mente y alexitimia : Autoconciencia emocional y el rostro del otro en una muestra de pacientes oncológicos y grupo contraste. Chile: Universidad Austral; 2018.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/213/21359523002/html/index.html>
20. Yarnoz S. Fernandez M. Alexitimia, concepto evaluación y tratamiento. País Vasco: *Psicothema*; 2014.
<https://academic.eunavarra.es/bitstream/handle/2454/27944/A1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Behar, R. A. Expresión emocional de los trastornos de conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. Chile: *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Rev chil neuropsiquiat 49 (4): 338-346; 2011.
22. Moral de la Rubia, J. Alexitimia como predictor directo y mediado por la depresión en la violencia de pareja. Madrid: *Revista costarricense de Psicología*; 2015.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n1/art02v34n1.pdf>
23. Gómez O. y Calleja-Bello, N. Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. México: *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1): 96 -117; 2016.
24. Advíncula Coyla, Christian Pedro. Regulación emocional y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Tesis para optar el título de Licenciado en psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima; 2018.
25. Gross, J.J. y Thompson, R. Emotion regulation. Conceptual foundation. In: J. J.

- Gross (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. Nueva York: Guilford; 2007.
26. Esquivel, Y., Ancona, M., Cabrero, B., GarcíaMontero, M. y López-Cruz, A. Regulación materna y esfuerzo de control emocional en niños pequeños. *International Journal of Psychological Research*, 6: 30-40; 2013.
 27. Astocondor J. Ruiz, L. Influencia de la Depresión en ideación suicida en estudiantes de la selva peruana. *Revista Horizonte de la Universidad San Martín de Porras*, Lima; 2017.
https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2019_1/Art8_Vol19_N1.pdf
 28. American College Health Association. Spring 2017 Reference Group Executive Summary; 2017.
Disponible en https://healthdocbox.com/Substance_Abuse/66751879-Uscamerican-college-health-association-national-college-health-assessment-reportgraduate-students.html
 29. Carranza, E. Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Apuntes universitarios*, 2(2): 79-90; 2009.
 30. Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, Ocampo J, Pinto M, Orellana I, Padilla A. Prevalencia y Factores Asociados a Conducta Suicida En Estudiantes de La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1): 28–33. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865>; 2019.
 31. Chau, C., y Vilela, S. Determinantes de La Salud Mental En Estudiantes Universitarios de Lima y Huànuco. *Revista de Psicología (Peru)*, 35(2): 387–422; 2017.
 32. Cañón-Buitrago, S. y Carmona-Parra, J. Ideación y Conductas Suicidas En Adolescentes y Jóvenes. Colombia: *Pediatría Atención Primaria*, 20(80): 387–397;2017.
 33. Cotler, J. Educación superior e inclusión social. Un estudio cualitativo de los becarios del programa Beca 18 (Serie Estudios Breves 7). Lima; 2017
<https://www.pronabec.gob.pe/modPublicaciones/descarga/serie7educacionsuperior.pdf>
 34. Lorenzo Díaz J.,Díaz Alfonso H., Ordoñez L. Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Septiembre-octubre; 23(5): 645-653 ISSN: 1561-3194; 2019.

35. Barrios I. Piris A. Ruiz-Díaz C. Rodríguez Andersen G. Torales J. Niveles de Depresión y ansiedad con la presencia de Alexitimia en Estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Vol 16. Número 2; 2016.
36. Galagarza L. Arias W. Alexitimia y funcionalidad familiar en estudiantes de ingeniería. *Perspectiva Familia*. ISSN 2415.5187. Vol 2. pp 27-44; 2017.
37. Organización Mundial de la Salud; 2020. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
38. Kaplan J. & Sadock V. Ruiz P. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del Comportamiento y Psiquiatría Clínica. 11 era. Edición; 2015.
39. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. 5ta edición; 2014.
40. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de salud mental en hospitales regionales. Perú; 2015 <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%20019%20Nro%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>
41. Boto, A. Acuña, J. Jiménez J. La Depresión como diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Artículo de revisión. *Rev Med Chile* 2014; 142: 1297-1305. Santiago de Chile; 2014.
42. Caballo V. Salazar I. Carrobbles J. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Editorial Pirámide. Madrid; 2014
43. Erazo R. Depresión e inflamación: una relación más allá del azar. *Revista médica clínica Las Condes*. REV. MED. CLIN. CONDES - 2020; 31(2) 188-196] Santiago de Chile; 2020
44. Soler Insa Pere, Gascón Barrachina Josep. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. RTM-III. 3era edición. Ars Médica; 2010.
45. Vargas Cajahuanca G. y col. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú ; 2019..
46. Izard, C. Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1-25; 2009.
47. Aquino Guillén, J. "Adaptación a la vida universitaria y resiliencia en becarios". Tesis para optar el grado de título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica por la PUCP. Repositorio de tesis PUCP, Lima Perú; 2019.

48. Advíncula Coila, C. “Regulación emocional y bienestar psicológico en universitarios”. Tesis para optar el grado de título de Licenciado en Psicología con mención en psicología clínica por la PUCP. Repositorio de tesis PUCP 2, Lima Perú; 2018..
49. Cucco o Cardini, C. Rosales, M.I. Relación entre la presencia de síntomas depresivos y regulación emocional en estudiantes universitarios. Repositorio RPsico. Universidad Del Mar del Plata; 2019.
50. Herrera Mora M.E.”Influencia de la Regulación Emocional en la Procastinación Académica en estudiantes de primer año de psicología de la Universidad Católica De Santa María. Repositorio de Tesis de la UCSM. Arequipa;2018.
51. Zevallos Villanueva, C. Velasco Benavides “Relación entre Funcionamiento familiar, alexitimia y sobrepeso / obesidad en una universidad privada de Arequipa”. Repositorio de Tesis de la UCSP, Arequipa; 2019.
52. Aguino Chullo, G. Corrales Hinojosa F. “Clima Social Familiar y Alexitimia en jóvenes universitarios de Ciencias Sociales” Repositorio de tesis de la UCSM 2020, Arequipa – Perú.
53. Tataje Márquez, A. “Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana”. Repositorio de Tesis de la Universidad de LIMA, Lima – Perú; 2013.
54. Gonzales Neyra, J. “Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado a confinamiento social – Arequipa 2020”. Repositorio de Tesis de la UCSM. Arequipa; 2020.
55. Restrepo, D., Sabatier, C., Palacio, J., Hoyos, O., & Moreno, M. La influencia del status socioeconómico en la regulación de emociones en adolescentes. En: A. D. Marenco-Escuderos. Avances en estudios psico-afectivos y desarrollo humano. (pp. 54-78). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR; 2020.
56. Guargurevich, R. Mattos, L Propiedades psicométricas del cuestionario de Autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQP). Rev. Psicol. 12, 192-215; 2010.
57. Carlos Moncada F. Prevalencia de Alexitimia en estudiantes de una Universidad Nacional. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Repositorio de Tesis de la Universidad Nacional Federico Villareal. Lima – Perú; 2013.

58. Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE., Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med* 2010;24(1): 7-17Medellín Colombia; 2010.
59. Londoño, N. Jaramillo, J. Castaño M. Prevención de Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios. Universidad CES de Medellín. *Revista Psicología e Saúde*, v. 7, n. 1, jan. /jun. 2015, p. 47-55 47; 2015.
60. Gutiérrez La Cruz, J. Alexitimia y Regulación emocional en militares hospitalizados de la zona del VRAEM. Repositorio de Tesis de la PUCP. Lima – Perú; 2016.
61. Andrés, L.; Rodríguez-Espínola, S. y Rodríguez-Cáceres, M. Estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes universitarios: diferencias por género y tipo de carrera. Resultados preliminares. *Revista Akadèmeia*, 16 (1), 113-130; 2017.
62. Domínguez Lara S. Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad y depresión en universitarios: análisis preliminar. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 33 (3): 315-321; 2017.
63. Velazco Cabrejos, Alejandra. Relación entre estrés académico y regulación emocional en estudiantes universitarios de Lima, Cajamarca y Arequipa. Repositorio de Tesis PUCP. Lima-Perú; 2019.



ANEXO N° 1
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por la doctora JESSICA LEWIS PAREDES. La meta de este estudio es LA INVESTIGACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas presentes en un cuadernillo de Encuestas. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de la meta de este estudio, de la duración del mismo, de los alcances de confidencialidad en el trato de los datos y de la oportunidad de recibir información sobre el desarrollo de la misma y sobre los resultados cuando ésta haya culminado.

Nombre del Participante:

.....

DNI:

.....

Firma del Participante:

.....

Fecha:

.....

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE:			
CÓDIGO DE ESTUDIANTE:			
EDAD:			
SEXO	MASCULINO		FEMENINO
ESCUELA PROFESIONAL	ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS		
	CONTABILIDAD		
	EDUCACIÓN INICIAL Y EDUCACIÓN PRIMARIA		
	PSICOLOGÍA		
	CIENCIA DE LA COMPUTACIÓN		
	INGENIERIA CIVIL		
	INGENIERIA ELECTRÓNICA Y DE TELECOMUNICACIONES		
	INGENIERIA INDUSTRIAL		
DERECHO			
SEMESTRE QUE CURSA ACTUALMENTE			

ANEXO N° 3

ESCALA DE REGULACIÓN EMOCIONAL (ERQ-P)

Cuestionario de Regulación Emocional

A continuación, encontrarás algunas preguntas sobre tu vida emocional, particularmente cómo controlas o manejas tus emociones. Por ejemplo, qué haces cuando te sientes triste o alegre o cómo expresas tus sentimientos. Aunque algunas oraciones te parezcan muy similares tratan aspectos diferentes. Por favor, indica cuán de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las afirmaciones que se presentan a continuación utilizando para ello la siguiente escala.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Totalmente **Neutral** **Totalmente**
en desacuerdo **de acuerdo**

	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando quiero sentir más una emoción positiva (por ejemplo, sentirme más alegre o más contento), modifico lo que en ese momento estoy pensando para conseguirlo.							
2. Preservo mis emociones, las guardo sólo para mí.							
3. Cuando quiero sentir menos una emoción negativa (por ejemplo, sentirme menos triste o menos enojado), modifico lo que en ese momento estoy pensando para conseguirlo.							
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, trato de no expresarlas.							
5. Cuando tengo que enfrentarme a una situación difícil, que me pone nervioso/a, trato de pensar en ella de una manera tal que me ayude a mantener la calma, a mantenerme tranquilo/a.							
6. Controlo mis emociones no expresándolas.							
7. Cuando quiero sentir más una emoción positiva, modifico la manera en la que estoy pensando sobre la situación que generó la emoción.							
8. Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.							
9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.							
10. Cuando quiero sentir menos una emoción negativa, modifico la manera en la que estoy pensando sobre la situación que generó la emoción.							

ANEXO N° 4
ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Moderadamente deacuerdo	Totalmente deacuerdo

1. Muchas veces estoy confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.....
2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mi sentimiento.....
3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos las entienden.....
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.....
5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos.....
6. Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustado o enfadado.....
7. Muchas veces estoy confundido con las sensaciones que siento en mi cuerpo.....
8. Prefiero dejar que las cosas pasen por sí solas, en vez de analizar por qué han ocurrido así.
9. Tengo sentimientos que realmente no puedo identificar
10. Es esencial estar en contacto con emociones o sentimientos
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento acerca de la gente
12. La gente me pide que explique con mis sentimientos con más detalle.....
13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí
14. Muchas veces no sé por qué estoy molesto
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias, más que de sus sentimientos.....
16. Cuando veo TV, prefiero ver programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos.....
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más íntimos, incluso a mis amigos más cercanos
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, incluso en momentos de silencio
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.....
20. Buscar el significado profundo de las películas distrae de la diversión que se siente de verlas simplemente.

ANEXO N° 5.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE ZUNG

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

ANEXO N° 6.

DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LOS EVALUADOS

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Alexitimia	.131	114	.000
Depresión	.116	114	.001
Reevaluación cognitiva	.084	114	.047
Supresión emocional	.074	114	.168

Se puede apreciar en la Tabla 1 que las variables alexitimia, depresión y reevaluación cognitiva no tienen una distribución normal ($p < .05$). Por otro lado, solo la variable supresión emocional presenta una distribución normal ($p = .168$). Por tanto, para procesar las variables se tendría que usar pruebas estadísticas no paramétricas.

ANEXO N° 7.

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Sujetos	Sexo	Edad	Escuela Profesional	Alexitimia	Alexitimia	Depresión	Depresión	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional
1	1	19	0	57	0	50	1	4.6	4.25
2	1	18	1	49	0	35	0	5	3
3	0	18	2	58	0	54	1	4.6	6
4	1	17	3	43	0	52	1	4.5	3.5
5	1	20	1	49	0	50	1	7	3.75
6	1	20	1	45	0	49	0	5.16	4.25
7	1	19	3	56	0	47	0	3.83	5
8	1	19	0	46	0	46	0	6.5	2.75
9	0	18	0	57	0	50	1	5.6	5.25
10	0	19	0	49	0	48	0	5.5	4.5
11	0	21	3	53	0	50	1	6.83	2.5
12	0	19	1	57	0	51	1	4.3	4
13	1	20	1	56	0	57	1	5.6	4.5
14	1	20	1	59	0	47	0	6.3	2
15	0	19	1	54	0	53	1	5.5	2,75
16	1	19	0	55	0	50	1	6	2.5
17	1	21	3	53	0	34	0	3.83	2.25
18	1	18	0	50	0	38	0	4.6	5.25
19	1	18	1	55	0	43	0	5.6	4.25
20	1	21	1	55	0	35	0	5.6	4
21	0	17	1	48	0	37	0	5.83	4.5
22	0	19	1	55	0	43	0	6	3.25
23	0	17	2	59	0	45	0	4.83	3.25
24	1	20	0	52	0	45	0	4.6	3.75
25	0	17	2	57	0	39	0	4.5	3.75
26	1	18	1	47	0	31	0	4.83	2.75
27	1	20	1	43	0	51	1	4.16	5

28	1	18	1	58	0	33	0	4.16	4.25
29	1	21	0	49	0	34	0	4.16	3
30	1	18	0	57	0	34	0	5.16	4
31	0	18	0	57	0	43	0	3.83	5.25
32	1	18	0	54	0	38	0	4.5	4.5
33	1	18	4	58	0	52	1	5.3	5
34	1	18	0	46	0	35	0	7	3.5
35	1	18	0	50	0	41	0	4.5	2.75
36	1	20	0	50	0	44	0	3.3	3.5
37	0	18	0	58	0	52	1	6.6	3.75
38	0	20	0	51	0	38	0	5.3	2.75
39	1	19	0	57	0	36	0	4	2.75
40	1	18	0	43	0	26	0	3.5	6.75
41	1	19	3	59	0	28	0	3.25	3.25
42	1	18	1	53	0	48	0	5.6	4.75
43	1	20	1	59	0	36	0	5.83	3.5
44	1	19	1	53	0	28	0	5.83	3.5
45	1	18	1	59	0	30	0	4.6	5
46	1	19	0	45	0	42	0	4.3	3.75
47	1	18	3	43	0	57	1	1.6	4
48	0	18	0	39	0	35	0	4	1.5
49	1	18	1	50	0	50	1	4.6	3.25
50	1	20	1	33	0	44	0	4	5
51	0	18	3	53	0	50	1	5	6.75
52	0	19	1	57	0	31	0	5.6	5
53	1	19	1	58	0	47	0	4.6	5
54	1	18	1	43	0	33	0	4.5	3.5
55	1	19	0	59	0	42	0	4.5	6.5

56	0	21	1	50	0	36	0	5.16	2.75
57	0	18	0	77	1	53	1	3.25	6.75
58	1	20	0	76	1	37	0	3.25	4.75
59	1	18	1	73	1	45	0	5.5	3.75
60	1	20	0	69	1	53	1	5.5	6.25
61	1	19	0	74	1	60	2	5.5	5.75
62	1	19	0	72	1	56	1	3.5	5.5
63	1	19	4	64	1	56	1	6.6	5.25
64	1	19	0	83	1	31	0	4.3	4
65	0	17	2	70	1	50	1	4.5	4.5
66	0	18	2	80	1	51	1	5.5	7
67	0	19	5	65	1	50	1	5	6
68	0	18	0	68	1	50	1	3.83	3.5
69	0	18	2	81	1	48	0	4.83	5.25
70	0	19	4	68	1	44	0	4.83	4.75
71	1	19	5	86	1	56	1	5.83	5
72	0	18	2	66	1	46	0	4.5	5.5
73	0	18	0	67	1	50	1	5.5	6
74	0	18	0	78	1	54	1	4.5	6.25
75	1	20	5	72	1	38	0	5.16	4
76	0	19	1	63	1	44	0	5	5.25
77	1	19	1	73	1	50	1	5.16	5.5
78	0	18	2	77	1	42	0	4.6	3.75
79	0	18	1	69	1	48	0	4.3	4.25
80	1	17	1	71	1	50	1	5.83	5.25
81	0	20	2	70	1	62	2	5.16	2.25
82	0	17	2	70	1	57	1	4.83	6.5
83	0	19	1	74	1	48	0	4.5	1.75

84	1	19	1	66	1	42	0	4.83	5.75
85	0	19	0	67	1	43	0	5.5	2.25
86	0	22	5	80	1	53	1	4.3	5.5
87	0	19	0	59	0	47	0	4.83	5
88	1	19	4	70	1	55	0	1.83	6.25
89	0	22	1	50	0	42	0	5	3.25
90	1	18	3	76	1	40	0	4.3	5.25
91	1	19	0	72	1	50	1	4.16	4
92	1	18	1	63	1	35	0	6	3.75
93	1	18	0	53	0	39	0	5	4
94	0	18	1	60	1	53	1	5.3	5
95	0	20	0	59	0	60	2	4	3.75
96	0	20	1	59	0	50	1	4.16	4
97	0	19	1	40	0	45	0	4.6	4.25
98	0	18	1	42	0	46	0	3.6	3.5
99	0	20	2	68	1	43	0	4.4	4.25
100	1	18	0	75	1	62	2	4.5	5.5
101	1	19	0	78	1	53	1	3.42	6
102	0	19	2	43	0	41	0	6.5	3.5
103	0	18	0	51	0	53	1	4.3	7
104	1	21	5	33	0	24	0	2.85	2.25
105	0	19	3	56	0	42	0	3.1	3.26
106	0	19	4	68	1	34	0	4.66	4.25
107	0	18	5	59	0	53	1	5.1	4.25
108	0	20	0	66	1	37	0	6.16	5
109	0	19	0	77	1	45	0	4.5	3.5
110	0	18	1	66	1	43	0	5.5	4.25
111	0	19	1	74	1	41	0	6	4.5

112	0	19	1	81	1	39	0	6.83	2.25
113	1	20	1	69	1	56	1	3.83	4.5
114	0	18	1	90	1	51	1	6.3	6

