



Imágenes de Canva educativo

Prevalencia y caracterización de la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios

The prevalence and characterization of depressive symptomatology in university students

César Antonio Tapia-Varela^{1*}, José Raúl Tapia-Varela², Erika Jazmín Bañuelos-Ramírez¹

RESUMEN

La sintomatología depresiva en universitarios es un problema de salud pública que impacta el rendimiento académico. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y comparar los perfiles sintomáticos nucleares por sexo en estudiantes de la Unidad Académica de Educación y Humanidades (UAEH), de la Universidad Autónoma de Nayarit. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo-correlacional, evaluando a 831 estudiantes (81 % mujeres, 19 % hombres) mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se aplicaron la prueba t de Welch y el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados revelaron una prevalencia de sintomatología clínicamente significativa del 38.5 %, de los cuales, el 22.5 % se situó en niveles de moderado a grave. No se hallaron diferencias significativas en el puntaje total por sexo ($P = 0.55$), y se identificó una paridad en el nivel de sintomatología depresiva grave (9.4 % hombres y 9.2 % mujeres). El análisis de desagregación sintomática, a nivel de ítems, demostró manifestaciones diferenciadas en ambos sexos, resaltando el llanto y cambios en el apetito en mujeres ($P \leq 0.01$). En los varones, la sintomatología depresiva mostró un nivel de correlación muy fuerte con la pérdida de energía ($R = 0.83$), disconformidad con uno mismo, cambios en los hábitos de sueño y el placer (los tres últimos con $R = 0.76$); mientras que, en las mujeres, se presentó un nivel de correlación muy fuerte con la dificultad de concentración ($R = 0.76$), y considerable con la pérdida de energía e indecisión (ambas con $R = 0.75$). El entorno universitario constituye un escenario de alto riesgo psicológico que requiere intervenciones diferenciadas, destacando el sentimiento de fracaso como un indicador clínico crítico en la población masculina, asociado a las presiones de rendimiento académico.

PALABRAS CLAVE: depresión, estudiantes universitarios, diferencias de sexo, inventario de depresión de Beck BDI-II, salud mental.

ABSTRACT

Depression symptomatology among university students is a public health concern that impacts academic performance. The objective of this study was to determine the prevalence of depressive symptomatology and compare core symptomatic profiles by sex among students at the UAEH of Autonomous University of Nayarit. A quantitative, cross-sectional, and descriptive-correlational study was conducted, evaluating 831 students (81 % female, 19 % male) using the Beck Depression Inventory (BDI-II). Welch's t-tests and Spearman's correlation coefficients were applied. Results revealed a prevalence of clinically significant symptomatology of 38.5 %, with 22.5 % situated within the moderate-to-severe range. No significant gender differences were found in total scores ($P = 0.55$), and similar scores were identified in the severe depressive symptomatology (9.4 % for men and 9.2 % for women). Symptom disaggregation analysis, at the item level, demonstrated differing manifestations in both sexes, highlighting crying and changes in appetite in women ($P \leq 0.01$). In men, depressive symptomatology was strongly correlated with energy loss ($R = 0.83$), self-dissatisfaction, and changes in sleep and pleasure patterns (the last three with $R = 0.76$); while in women, depression was strongly correlated with concentration problems ($R = 0.76$) and was also considerably correlated with energy loss and indecisiveness (both $R = 0.75$). The university environment constitutes a high-risk psychological setting requiring tailored interventions, highlighting feelings of failure as a critical clinical indicator in the male population associated with academic performance pressures.

KEYWORDS: depression, university students, sex differences, Beck Depression Inventory BDI-II, mental health.

*Correspondencia: cesar.tapia@uan.edu.mx/Fecha de recepción: 8 de octubre de 2025/Fecha de aceptación: 13 de marzo de 2026/Fecha de publicación: 18 de mayo de 2026.

¹Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Educación y Humanidades, calle cuatro núm. 9, Lagos del Country, Tepic, Nayarit, México, C. P. 63175.

²Universidad Autónoma de Nayarit, Secretaría de Investigación y Posgrado, Xalisco, Nayarit, México, C. P. 63787.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la depresión se ha consolidado como un problema de salud pública crítico y la principal causa de discapacidad, afectando a aproximadamente 280 millones de personas, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Entre los años 2005 y 2015, la carga global de este trastorno se incrementó en un 18 %, lo que refleja un impacto creciente en la capacidad funcional y la calidad de vida de la población (Flesch y col., 2020; García-Batista y col., 2018). Desde una perspectiva estructural, la evidencia psicométrica contemporánea sugiere que la depresión no es un constructo unitario, sino que se organiza en dimensiones cognitivas, afectivas y somáticas que interactúan de forma compleja entre sí (García-Batista y col., 2018). Este trastorno suele manifestarse inicialmente durante la adolescencia (Contreras-Valdez y col., 2015), aunque su prevalencia exhibe variaciones significativas según el género y el grupo poblacional. A nivel global, la prevalencia es aproximadamente 1.5 veces más alta en mujeres (6 %) que en hombres (4 %) (OMS, 2023). En contextos específicos, como el ámbito universitario, se han reportado tasas de episodios depresivos mayores de hasta el 32 %, identificándose una razón de prevalencia de 1.59 en mujeres respecto a sus pares masculinos (Flesch y col., 2020).

En términos de mortalidad, la depresión constituye un factor de riesgo determinante para el suicidio, el cual representa la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2023). Más allá de la vulnerabilidad biológica, el desarrollo de cuadros depresivos se asocia con factores de riesgo críticos como la orientación sexual minoritaria, los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y el bajo rendimiento académico; este último factor incrementa hasta 2.6 veces el riesgo de presentar el trastorno (Flesch y col., 2020). Las graves repercusiones económicas, políticas y familiares de la depresión subrayan su prominencia y la urgente necesidad de su estudio (Serrano-Barquín y col., 2013), ya que genera costos económicos sustanciales debido a la ba-

ja productividad, el ausentismo laboral y su rol histórico como una de las principales fuentes de discapacidad global (Vázquez-Machado, 2013; Navarro-Loli y col., 2017).

La vulnerabilidad a los trastornos mentales se exagera notablemente en el entorno universitario (Hambisa y col., 2020; Ramón-Arbués y col., 2020). La evidencia internacional y regional subraya la magnitud de esta problemática: la prevalencia de algún trastorno mental en este ámbito oscila entre el 15 % y el 25 %, siendo la depresión el más común (Flesch y col., 2020). En América Latina, los trastornos depresivos son los más comunes, con una alta prevalencia entre las mujeres (Serrano-Barquín y col., 2015; Valdés y col., 2017), impactando significativamente la calidad de vida y las interacciones sociales (Serrano-Barquín y col., 2015; Valdés y col., 2017). En regiones específicas se han reportado tasas elevadas, como en Etiopía (27.7 % a 32.2 %) (Ahmed y col., 2020; Hambisa y col., 2020; Anbesaw y col., 2023).

Los estudiantes están expuestos a múltiples factores estresantes, tales como exigencias académicas, presión financiera, distanciamiento familiar y adaptación a nuevos entornos (Ramón-Arbués y col., 2020; Heumann y col., 2024). Estos desafíos resultan en una prevalencia de sintomatología depresiva notablemente alta, que oscila entre el 30 % y el 50 % (Flesch y col., 2020) y supera la tasa global promedio reportada en metaanálisis (30.6 %) (Contreras-Valdez y col., 2015; Andrés y col., 2017). Casos específicos refuerzan esta tendencia: en Estados Unidos, casi la mitad de los estudiantes (48 %) experimentó sintomatología (Sánchez-Villena y Farfán, 2019), en el sur de Brasil el 32 % de los estudiantes de primer ingreso presentaron episodio depresivo mayor (EDM) (Flesch y col., 2020), mientras que en China se reportó un 23.8 % (Lei y col., 2016), en Pakistán 42.66 % (Khan y col., 2021) y en Alemania 30.6 % durante la pandemia (Heumann y col., 2024).

El EDM, al ser un estado de ánimo con bajo o nulo interés y placer por las actividades ha-

bituales, que dura al menos dos semanas, tiene un impacto perjudicial que afecta directamente el rendimiento académico e incrementa el riesgo de ideación suicida y deserción escolar (Ahmed y col., 2020; Flesch y col., 2020; Heumann y col., 2024). Entre los factores asociados consistentemente destacan ser mujer (Anbesaw y col., 2023; Heumann y col., 2024), antecedentes familiares (Ahmed y col., 2020), bajo rendimiento académico y consumo de sustancias (Ramón-Arbués y col., 2020). En particular, persiste la necesidad de comprender la manifestación de forma desagregada por sexo. Si bien, la mayoría de las funciones cerebrales no presentan dimorfismos claros (Salk y col., 2017; Jäncke, 2018), se han identificado divergencias consistentes en el procesamiento emocional. La evidencia sugiere que las mujeres tienden a responder con mayor intensidad ante estímulos negativos, mostrando una activación superior en la amígdala y en las redes neuronales asociadas a la afectividad (Grabowska, 2017; Bröcker y col., 2026).

A pesar de la relevancia del tema, existen limitaciones que restringen la generalización de los hallazgos, como el uso de diversos instrumentos, la escasez de información local y la necesidad de considerar factores metodológicos como el método de cribado (Gao y col., 2020; Heumann y col., 2024). La presente investigación buscó abordar estas brechas en el contexto de la Unidad Académica de Educación y Humanidades (UAEH) de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), México, entorno fundado en 2018 (UAN, 2023).

El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia y severidad de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, así como analizar las diferencias de sexo e identificar y comparar los síntomas específicos (núcleo cognitivo y conductual) más reportados entre hombres y mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y alcance

La presente investigación se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo, con alcance descrip-

tivo-correlacional e inferencial, a través de un diseño no experimental y de corte transversal. Se determinó la prevalencia de la sintomatología depresiva en la población de estudio y se caracterizaron los diferentes niveles de severidad (mínima, leve, moderada y grave). Se establecieron asociaciones entre los síntomas específicos (cognitivo-afectivos y somáticos-físicos) y la gravedad del trastorno, analizando adicionalmente la relación existente entre estas manifestaciones y la variable sexo.

Participantes

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia. El criterio de inclusión fue de alumnos de ambos sexos que estuvieran inscritos con matrícula vigente en alguno de los cinco programas educativos del área de educación y humanidades en las licenciaturas de Ciencias de la Educación (n = 492), Educación Infantil (n = 235), Lingüística Aplicada (n = 56), Filosofía (n = 41) y Educación Inicial y Gestión de Instituciones (n = 7); que accedieran a participar voluntariamente y respondieran completamente al instrumento. La muestra quedó constituida por 831 estudiantes, de los 850 inscritos en el periodo de estudio (UAN, 2023). La distribución por sexo evidenció una participación mayoritaria de mujeres (81 %) sobre hombres (19 %).

Instrumento

Para la evaluación de la sintomatología depresiva, se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Este instrumento se fundamenta en la teoría de las cogniciones negativas y permite identificar síntomas clave como la tristeza, la pérdida de interés, las dificultades de concentración y las alteraciones del sueño (OMS, s.f.; Wang y Gorenstein, 2013). Desde su creación en 1961, el BDI ha sido utilizado en más de 7 000 investigaciones; específicamente, la versión BDI-II cuenta con el respaldo de más de 2 000 estudios que demuestran una alta consistencia interna y una robusta capacidad para discriminar entre individuos con y sin diagnóstico clínico (Vega-Dienstmaier y col., 2014; Galindo-Vázquez y col., 2016; Vargas-Granda, 2021). El inventario

consta de 21 ítems con un formato de respuesta de opción múltiple (escala tipo Likert de 0 a 3 puntos), cuya puntuación total oscila entre 0 y 63 puntos. Los reactivos evalúan la presencia y severidad de los síntomas experimentados durante las últimas 2 semanas, manteniendo una alineación diagnóstica con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en sus versiones DSM-IV y DSM-V (Gebrie, 2018; Williams y col., 2021). Para la interpretación de los resultados, se emplearon los puntos de corte estandarizados: sintomatología depresiva mínima (0 a 13), leve (14 a 19), moderada (20 a 28) y grave (29 a 63) (Ahmadi y col., 2019). En términos de propiedades psicométricas, el BDI-II ha mostrado consistentemente una alta confiabilidad interna, con coeficientes alfa de Cronbach (α) situados entre 0.88 y 0.93 en diversas adaptaciones culturales, incluyendo versiones en español, portugués, chino, persa y árabe (García-Batista y col., 2018; do-Nascimento y col., 2023). En el contexto mexicano, investigaciones previas en adultos y cuidadores han confirmado la validez del instrumento mediante un modelo bifactorial (cognitivo-afectivo y somático-vegetativo), reportando niveles óptimos de fiabilidad y validez de constructo (Toledano-Toledano y Contreras-Valdez, 2018). Específicamente, la versión adaptada para la población mexicana ha reportado niveles de fiabilidad adecuados con un $\alpha = 0.87$ (Rosas-Santiago y col., 2020).

Procedimiento

El BDI-II se digitalizó para optimizar su aplicación y facilitar el análisis de datos, utilizando Google Formularios. El enlace y contenido del formulario fue revisado y aprobado por los directivos (director, subdirector académico, subdirector administrativo y coordinadores de programas académicos) de la UAEH, de la UAN para asegurar su completa adecuación.

La administración del BDI-II a los estudiantes se realizó entre junio de 2022 y julio de 2023, periodo que abarca diversas etapas del calendario académico. Es importante considerar que la amplitud de este lapso podría influir en los

niveles de sintomatología reportados, debido a factores cíclicos asociados a la carga académica (como periodos de exámenes finales o inicio de semestre) y variaciones estacionales, las cuales han sido documentadas como posibles moduladores del estado de ánimo (Garbazza y Benedetti, 2018; Majrashi y col., 2020; Zhang y Volkow, 2023). No obstante, dado que la recolección se mantuvo abierta de forma constante, se asume que las variaciones individuales se distribuyen de manera equitativa a lo largo del estudio, mitigando el impacto de sesgos temporales específicos. El formulario de Google contenía un aviso de privacidad que explicaba el uso y manejo de la información confidencial y sensible, e incluía la correspondiente solicitud de autorización para fines de investigación científica y la aclaración de que la participación era voluntaria. El protocolo se ajustó a los lineamientos éticos de investigación con seres humanos. El consentimiento informado se integró en la sección inicial del formulario digital; en dicho apartado, se detallaron los objetivos del estudio y el manejo confidencial de los datos. La aceptación se formalizó mediante una casilla de verificación obligatoria. Asimismo, se notificó a los participantes su derecho a la autonomía, permitiéndoles interrumpir su colaboración o solicitar el retiro de sus resultados en cualquier etapa del proceso mediante una solicitud verbal o vía correo electrónico.

Análisis de datos

Los datos recopilados de los 831 estudiantes se analizaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés: Statistical Package for the Social Sciences) versión 25.0.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los datos, identificando desviaciones en la normalidad de las puntuaciones del BDI-II. Asimismo, mediante la prueba de Levene, se confirmó la ausencia de homocedasticidad (varianzas desiguales) entre los grupos. Ante este escenario, y considerando el tamaño de la muestra, se optó por aplicar la *t* de Welch como prueba de

contraste. Dicha elección se fundamenta en su robustez y potencia estadística superior frente a la *t* de Student y las pruebas no paramétricas cuando las varianzas son heterogéneas, permitiendo una comparación precisa de las medias sin los sesgos derivados del incumplimiento de supuestos clásicos (Montilla y Kromrey, 2010; Ortiz y Moreno, 2011; García-Álvarez y col., 2020; Molina-Arias y col., 2020).

El coeficiente de correlación de Spearman se utilizó para analizar las relaciones entre las subescalas, lo cual es adecuado en distribuciones no normales (Santabábara, 2019; Apaza-Zúñiga y col., 2022).

RESULTADOS

La población de estudio se encontró en un rango amplio, desde los 17 hasta los 70 años, con una media general de 22.0 años (DE = 5.8). Por programa educativo, los participantes de Filosofía presentaron la mayor madurez cronológica (M_femenino = 25.4; M_Masculino = 27.2), mientras que la población de Educación Infantil se mantuvo como la más joven (M_femenino = 20.3) (Tabla 1). La sintomatología depresiva, clínicamente significativa, estuvo presente en el 38.5 % de los universitarios evaluados (Tabla 2), distribuida desde el nivel leve a grave. La categoría de severidad mínima fue la más frecuente (61.5 %), seguida de

■ Tabla 1. Distribución sociodemográfica y medidas de tendencia central por programa educativo (n = 831).

Table 1. Sociodemographic distribution and central tendency measures by educational program (n = 831).

Programa educativo	Sexo	n	Edad M (DE)	Rango de edad
Ciencias de la educación	Femenino	390	21.9 (5.4)	17 a 54
	Masculino	102	22.1 (5.2)	17 a 40
Educación infantil	Femenino	222	20.3 (3.1)	17 a 46
	Masculino	13	24.3 (10.3)	18 a 58
Lingüística aplicada	Femenino	34	20.7 (2.3)	18 a 26
	Masculino	22	21.0 (3.5)	17 a 29
Filosofía	Femenino	20	25.4 (10.9)	18 a 63
	Masculino	21	27.2 (14.6)	18 a 70
Educación inicial y gestión de instituciones	Femenino	7	25.0 (6.6)	19 a 35
	Masculino	0	-	-
Total	Ambos	831	22.0 (5.8)	17 a 70

■ Tabla 2. Prevalencia y niveles de severidad de la sintomatología depresiva en la población general y por sexo.

Table 2. Prevalence and severity levels of depressive symptomatology in the general population and by gender.

Nivel de sintomatología depresiva	Global		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	511	61.5	408	60.7	103	64.8
Leve	133	16.0	109	16.2	24	15.1
Moderada	110	13.2	93	13.8	17	10.7
Grave	77	9.3	62	9.2	15	9.4
Total	831	100.0	672	100.0	159	100.0

la sintomatología depresiva leve (16.0 %) y moderada (13.2 %).

En el análisis comparativo por sexo (Tabla 2), se encontró que, aunque la prevalencia de síntomas moderados fue ligeramente superior en mujeres (13.8 %) en comparación con los hombres (10.7 %), existió una paridad notable en el riesgo máximo. Específicamente, la proporción de estudiantes situados en el nivel de sintomatología depresiva grave fue prácticamente idéntica entre sexos, reportándose un 9.4 % en hombres y un 9.2 % en mujeres, lo cual indica que la vulnerabilidad hacia la cro-

nidad o severidad extrema de los síntomas no presentó diferencias significativas en esta muestra.

En el análisis comparativo mediante la prueba *t* de Welch (Tabla 3), no se encontraron diferencias significativas en el nivel total de sintomatología depresiva entre mujeres ($M = 12.08$; $SD = 10.82$) y hombres ($M = 11.48$; $SD = 11.65$), obteniendo un estadístico $t = 0.36$ y un valor $P = 0.55$. Ambos grupos se situaron, en promedio, dentro del rango de sintomatología depresiva mínima (0 a 13 puntos). No obstante, el análisis pormenorizado por reactivos reveló

■ **Tabla 3. Resultados de análisis T de Welch.**
Table 3. Welch's T-Test analysis results.

Items	Mujeres		Hombres		Estadístico	P Valor
	M	SD	M	SD		
Síntomas cognitivos-afectivos						
1. Tristeza	0.40	0.58	0.30	0.62	3.08	0.08
2. Pesimismo	0.35	0.62	0.40	0.66	0.54	0.46
3. Fracaso	0.38	0.72	0.48	0.80	2.41	0.12
4. Pérdida de placer	0.53	0.70	0.57	0.70	0.35	0.56
5. Sentimientos de culpa	0.58	0.69	0.58	0.65	< 0.001	1.00
6. Sentimientos de castigo	0.31	0.68	0.38	0.71	1.36	0.24
7. Disconformidad con uno mismo	0.56	0.84	0.57	0.87	0.04	0.84
8. Autocrítica	0.72	0.89	0.82	0.91	1.59	0.21
9. Pensamientos o deseos suicidas	0.32	0.55	0.33	0.65	0.09	0.77
10. Llanto	0.81	0.99	0.52	0.98	11.12	< 0.001
11. Agitación	0.48	0.72	0.43	0.69	0.84	0.36
12. Pérdida de interés	0.61	0.74	0.66	0.78	0.65	0.42
13. Indecisión	0.78	0.98	0.60	0.88	5.29	0.02
14. Desvalorización	0.50	0.79	0.43	0.72	1.16	0.28
Síntomas somáticos-vegetativos						
15. Pérdida de energía	0.79	0.78	0.77	0.79	0.10	0.76
16. Cambios en los hábitos de sueño	0.86	0.84	1.00	0.89	3.16	0.08
17. Irritabilidad	0.48	0.72	0.35	0.67	4.79	0.03
18. Cambios en el apetito	0.81	0.91	0.62	0.79	6.42	0.01
19. Dificultad de concentración	0.90	0.86	0.80	0.85	1.68	0.20
20. Cansancio o fatiga	0.56	0.65	0.47	0.63	2.70	0.10
21. Pérdida de interés en el sexo	0.38	0.77	0.41	0.72	0.19	0.67
Nivel de sintomatología depresiva	12.08	10.82	11.48	11.65	0.36	0.55

disparidades críticas en la manifestación de la sintomatología según el sexo.

Síntomas cognitivos-afectivos destacados

En esta dimensión, las diferencias más marcadas se observaron en la expresión emocional y los procesos de toma de decisiones (Tabla 3). El llanto fue el ítem con mayor diferencia significativa ($t = 11.12$; $P \leq 0.001$). Las mujeres presentaron una media notablemente superior ($M = 0.81$) en comparación con los hombres ($M = 0.52$). Respecto a la indecisión, las mujeres reportaron mayor nivel de dificultad para tomar decisiones ($M = 0.78$) frente a los hombres ($M = 0.60$), con una significancia estadística clara ($t = 5.29$; $P = 0.02$). Aunque el síntoma de tristeza no alcanzó el umbral de significancia convencional ($P = 0.08$), mostró una tendencia superior en mujeres ($M = 0.40$) que podría ameritar observación clínica.

Síntomas somáticos-vegetativos destacados

La dimensión física del trastorno reportó variaciones importantes en ambos sexos (Tabla 3). Se observó una diferencia significativa ($t = 6.42$; $P \leq 0.01$) en los cambios en el apetito, donde las mujeres reportaron mayor alteración ($M = 0.81$) que los hombres ($M = 0.62$). Asimismo, las mujeres puntuaron significativamente ($P = 0.03$) mayor nivel de irritabilidad ($M = 0.48$) que los varones ($M = 0.35$). En contraste, se observó una tendencia inversa en los hábitos de sueño, donde los hombres presentaron una media de alteración ligeramente superior ($M = 1.00$) a la de las mujeres ($M = 0.86$); no obstante, esta diferencia no alcanzó el umbral de significancia estadística establecido ($P = 0.08$).

Los coeficientes de correlación de Spearman indicaron que, en la población femenina, el nivel total de sintomatología depresiva se vinculó de manera significativa con cada uno los síntomas evaluados (Tabla 4). De acuerdo con los criterios de interpretación de Mondragón-Barrera (2014) (ejemplo, en correlaciones positivas: 0.11 a 0.50 correlación media, 0.51 a 0.75 considerable y de 0.76 a 0.90 muy fuerte), se identificó una correlación positiva muy fuerte con la dificultad de concentración ($rs = 0.76$, $P \leq 0.01$). Asimismo,

se registraron correlaciones positivas considerables con la indecisión ($rs = 0.75$, $P \leq 0.01$) y la pérdida de energía ($rs = 0.75$, $P \leq 0.01$).

El nivel total de sintomatología depresiva también tuvo una correlación positiva considerable con la autocrítica ($rs = 0.74$, $P \leq 0.01$), pérdida de interés, cambios en hábitos de sueño y cambios en el apetito (las tres con un $rs = 0.71$, $P \leq 0.01$). Bajo este mismo grado de relación considerable, se situó la asociación entre la pérdida de energía con el cansancio o fatiga ($rs = 0.62$, $P \leq 0.01$) y con dificultad de concentración ($rs = 0.60$, $P \leq 0.01$), así como desvalorización con autocrítica ($rs = 0.59$) y con disconformidad con uno mismo ($rs = 0.58$).

En la muestra masculina, los resultados revelaron que la gravedad del cuadro depresivo está vinculada a una jerarquía de asociaciones específicas (Tabla 5), vinculándose de manera significativa el nivel total de sintomatología depresiva con cada uno los síntomas evaluados. De acuerdo con los criterios de interpretación de Mondragón-Barrera (2014), el nivel total de sintomatología depresiva presentó una correlación positiva ($P \leq 0.01$) muy fuerte con la pérdida de energía ($rs = 0.83$) disconformidad con uno mismo ($rs = 0.77$), los cambios en los hábitos de sueño ($rs = 0.76$) y la pérdida de placer o anhedonia ($rs = 0.76$).

Al analizar los coeficientes de determinación (r^2), la pérdida de energía sobresale como el eje sintomático con mayor peso relativo (en hombres y mujeres), aportando un valor clínico diferenciado que trasciende la simple validación de los reactivos del instrumento.

DISCUSIÓN

La prevalencia identificada de sintomatología depresiva clínicamente significativa (38.5 %) reveló una vulnerabilidad psicológica sustancial en la población universitaria estudiada (Tabla 2). Este hallazgo supera el promedio reportado en metaanálisis previos del 30.6 % (Contreras-Valdez y col., 2015; Andrés y col., 2017), y trasciende las tasas documentadas en contextos europeos y asiáticos (Lei y col., 2016;

■ Tabla 4. Correlaciones de Spearman (mujeres).
Table 4. Spearman's Correlations (women).

Item	Síntomas cognitivos-afectivos														Síntomas somáticos-vegetativos							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	1.00																					
2	0.41**	1.00																				
3	0.48**	0.44**	1.00																			
4	0.52**	0.42**	0.43**	1.00																		
5	0.46**	0.37**	0.47**	0.48**	1.00																	
6	0.39**	0.33**	0.45**	0.36**	0.43**	1.00																
7	0.50**	0.43**	0.49**	0.51**	0.42**	0.39**	1.00															
8	0.46**	0.39**	0.50**	0.52**	0.49**	0.42**	0.57**	1.00														
9	0.48**	0.32**	0.41**	0.42**	0.36**	0.35**	0.41**	0.45**	1.00													
10	0.50**	0.32**	0.39**	0.42**	0.42**	0.34**	0.42**	0.46**	0.46**	1.00												
11	0.46**	0.41**	0.43**	0.47**	0.45**	0.37**	0.43**	0.52**	0.46**	0.46*	1.00											
12	0.46**	0.42**	0.38**	0.52**	0.41**	0.34**	0.48**	0.49**	0.42**	0.43**	0.44**	1.00										
13	0.44**	0.38**	0.47**	0.50**	0.46**	0.42**	0.52**	0.55**	0.44**	0.45**	0.50**	0.54**	1.00									
14	0.47**	0.45**	0.54**	0.52**	0.45**	0.43**	0.58**	0.59**	0.47**	0.49**	0.53**	0.45**	0.55**	1.00								
15	0.47**	0.39**	0.42**	0.51**	0.45**	0.36**	0.51**	0.54**	0.41**	0.45**	0.49**	0.55**	0.52**	0.47**	1.00							
16	0.43**	0.32**	0.37**	0.45**	0.43**	0.34**	0.42**	0.46**	0.40**	0.47**	0.42**	0.49**	0.49**	0.45**	0.55**	1.00						
17	0.41**	0.35**	0.37**	0.45**	0.42**	0.43**	0.41**	0.50**	0.35**	0.42**	0.50**	0.48**	0.48**	0.42**	0.51**	0.44**	1.00					
18	0.45**	0.33**	0.38**	0.46**	0.40**	0.30**	0.46**	0.48**	0.44**	0.50**	0.47**	0.48**	0.48**	0.47**	0.52**	0.57**	0.43**	1.00				
19	0.43**	0.38**	0.38**	0.47**	0.46**	0.34**	0.49**	0.49**	0.39**	0.45**	0.49**	0.54**	0.57**	0.48**	0.60**	0.54**	0.46**	0.53**	1.00			
20	0.46**	0.37**	0.39**	0.42**	0.40**	0.34**	0.47**	0.49**	0.40**	0.40**	0.50**	0.49**	0.48**	0.46**	0.62**	0.50**	0.48**	0.52**	0.55**	1.00		
21	0.22**	0.22**	0.18**	0.29**	0.24**	0.20**	0.17**	0.21**	0.27**	0.17**	0.30**	0.31**	0.24**	0.28**	0.25**	0.23**	0.24**	0.25**	0.31**	0.30**	1.00	
22	0.66**	0.54**	0.61**	0.68**	0.65**	0.53**	0.67**	0.74**	0.61**	0.68**	0.68**	0.71**	0.75**	0.70**	0.75**	0.71**	0.64**	0.71**	0.76**	0.71**	0.40**	1.00

*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Nota: 1. Tristeza, 2. Pesimismo, 3. Sentimientos de fracaso, 4. Pérdida de placer, 5. Sentimientos de culpa, 6. Sentimientos de castigo, 7. Disconformidad con uno mismo, 8. Autocrítica, 9. Pensamientos o deseos suicidas, 10. Llanto, 11. Agitación, 12. Pérdida de interés, 13. Indecisión, 14. Desvalorización, 15. Pérdida de energía, 16. Cambios en los hábitos de sueño, 17. Irritabilidad, 18. Cambios en el apetito, 19. Dificultad de concentración, 20. Cansancio o fatiga, 21. Pérdida de interés en el sexo, 22. Nivel de sintomatología depresiva.

■ Tabla 5. Correlaciones de Spearman (hombres).
Table 5. Spearman's correlations (men).

Item	Síntomas cognitivos-afectivos													Síntomas somáticos-vegetativos										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
1	1.00																							
2	0.47**	1.00																						
3	0.60**	0.57**	1.00																					
4	0.60**	0.45**	0.61**	1.00																				
5	0.53**	0.47**	0.62**	0.63**	1.00																			
6	0.60**	0.42**	0.47**	0.43**	0.53**	1.00																		
7	0.62**	0.49**	0.66**	0.59**	0.64**	0.57**	1.00																	
8	0.50**	0.50**	0.49**	0.56**	0.61**	0.50**	0.70**	1.00																
9	0.52**	0.48**	0.50**	0.39**	0.50**	0.45**	0.48**	0.53**	1.00															
10	0.50**	0.39**	0.50**	0.37**	0.47**	0.47**	0.50**	0.50**	0.63**	1.00														
11	0.54**	0.54**	0.59**	0.50**	0.52**	0.42**	0.58**	0.52**	0.51**	0.58**	1.00													
12	0.48**	0.42**	0.52**	0.64**	0.47**	0.50**	0.45**	0.49**	0.46**	0.39**	0.49**	1.00												
13	0.57**	0.42**	0.57**	0.51**	0.57**	0.56**	0.60**	0.48**	0.35**	0.34**	0.51**	0.43**	1.00											
14	0.57**	0.49**	0.63**	0.57**	0.52**	0.49**	0.62**	0.48**	0.43**	0.53**	0.46**	0.50**	0.49**	1.00										
15	0.53**	0.55**	0.59**	0.67**	0.55**	0.48**	0.65**	0.54**	0.49**	0.49**	0.62**	0.62**	0.62**	0.59**	1.00									
16	0.44**	0.47**	0.51**	0.51**	0.48**	0.42**	0.55**	0.46**	0.41**	0.37**	0.55**	0.50**	0.56**	0.45**	0.63**	1.00								
17	0.46**	0.47**	0.47**	0.40**	0.39**	0.45**	0.50**	0.45**	0.46**	0.37**	0.52**	0.45**	0.42**	0.49**	0.53**	0.44**	1.00							
18	0.41**	0.44**	0.44**	0.51**	0.42**	0.37**	0.44**	0.44**	0.32**	0.35**	0.47**	0.43**	0.45**	0.46**	0.58**	0.54**	0.36**	1.00						
19	0.51**	0.49**	0.53**	0.52**	0.44**	0.42**	0.48**	0.59**	0.46**	0.40**	0.53**	0.55**	0.51**	0.50**	0.61**	0.50**	0.55**	0.52**	1.00					
20	0.51**	0.52**	0.49**	0.56**	0.51**	0.45**	0.49**	0.49**	0.49**	0.39**	0.58**	0.51**	0.55**	0.38**	0.69**	0.53**	0.56**	0.59**	0.54**	1.00				
21	0.47**	0.37**	0.54**	0.49**	0.41**	0.35**	0.51**	0.43**	0.42**	0.41**	0.43**	0.36**	0.40**	0.42**	0.48**	0.44**	0.33**	0.48**	0.46**	0.48**	1.00			
22	0.65**	0.65**	0.73**	0.76**	0.74**	0.62**	0.77**	0.75**	0.63**	0.67**	0.70**	0.70**	0.71**	0.68**	0.83**	0.76**	0.61**	0.66**	0.74**	0.71**	0.62**	1.00		

*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

1. Tristeza, 2. Pesimismo, 3. Sentimientos de fracaso, 4. Pérdida de placer, 5. Sentimientos de culpa, 6. Sentimientos de castigo, 7. Disconformidad con uno mismo, 8. Autocrítica, 9. Pensamientos o deseos suicidas, 10. Llanto, 11. Agitación, 12. Pérdida de interés, 13. Indecisión, 14. Desvalorización, 15. Pérdida de energía, 16. Cambios en los hábitos de sueño, 17. Irritabilidad, 18. Cambios en el apetito, 19. Dificultad de concentración, 20. Cansancio o fatiga, 21. Pérdida de interés en el sexo, 22. Nivel de sintomatología depresiva.

Heumann y col., 2024), así como en estudios africanos donde la variabilidad ha sido notable (Ahmed y col., 2020; Hambisa y col., 2020; Anbesaw y col., 2023).

La magnitud del riesgo detectado, donde el 22.5 % de los participantes requiere atención inmediata (niveles moderados a grave: Tabla 2), sitúa a esta muestra en un escenario de tensión comparable a regiones de alta incidencia en entorno académico como Pakistán (Khan y col., 2021) a las regiones de alta incidencia durante el periodo de pandemia de COVID-19 de China, Emiratos Árabes Unidos y Francia (Deng y col., 2021). Bajo el modelo ecológico de salud mental, el bienestar psicológico no se entiende como un evento aislado, sino como el resultado de la interacción dinámica entre factores personales, como el estrés académico y antecedentes de salud, el apoyo interpersonal, las condiciones institucionales y barreras sociales estructurales, tales como el estigma y las desigualdades socioeconómicas (Segú-Odrizola, 2025). La sintomatología depresiva en estudiantes universitarios es un fenómeno de alta complejidad, influenciado por múltiples factores individuales, familiares, institucionales y comunitarios. El EDM no solo afecta el rendimiento académico, sino que incrementa el riesgo de deserción e incluso ideación suicida (Ahmed y col., 2020; Flesch y col., 2020; Heumann y col., 2024). El suicidio representa la tercera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, s.f.), por lo que debe cuidarse la salud mental de esta población. Debido a la complejidad de dicho fenómeno se recomienda observar la existencia de aspectos depresivos en los estudiantes y procurar atención urgente de parte del entorno familiar e institucional educativo y de gobierno para jóvenes con cuadros de EDM.

La convergencia de datos subraya que el entorno universitario constituye un periodo de riesgo específico que se distancia de la población general (Anbesaw y col., 2023). La proximidad de las cifras con el 41 % hallado en Perú (Mejía y col., 2022) refuerza la necesidad de implementar programas de cribado y de-

tección temprana como estrategias prioritarias de salud pública universitaria (Ahmed y col., 2020). Por su parte, la tasa de sintomatología depresiva leve en este estudio (16.0 %) (Tabla 2) se sitúa en una línea comparable, aunque más conservadora, frente al 32.4 % reportado por Castellanos-Páez y col. (2016).

Al desglosar esta vulnerabilidad por sexo, se identificó un porcentaje mayor de mujeres con sintomatología depresiva moderada (13.8 %) en comparación con los hombres (10.7 %), tendencia confirmada por múltiples autores (Serrano-Barquín y col., 2015; Silva-Jara y col., 2021; Aveiro-Róbal y col., 2023) y que suele atribuirse a la interacción de factores biológicos y a la mayor carga psicosocial femenina (Arrivillaga-Quintero y col., 2004). No obstante, el hallazgo de una paridad en el rango de sintomatología depresiva grave (9.4 % varones vs. 9.2 % mujeres) es consistente con lo reportado por Soria y col. (2015) y fundamenta la necesidad de realizar un análisis de desagregación sintomática (Bastida-González y col., 2017).

Los resultados del presente estudio corroboran lo reportado por Barrera-Herrera y col. (2019) y Ruvalcaba-Pedroza y col. (2021) respecto a las diferencias fenomenológicas de la depresión según el sexo. En la población femenina, la sintomatología depresiva presentó una fuerte tendencia hacia la internalización y deterioro cognitivo-afectivo principalmente (Tabla 4), organizándose en torno a la tríada de dificultad de concentración ($r_s = 0.76$), indecisión ($r_s = 0.75$) y pérdida de energía ($r_s = 0.75$). Estas asociaciones representan una fuerza "muy fuerte" y "considerable" según la escala de Mondragón-Barrera (2014), evidenciando un patrón donde el agotamiento vital se retroalimenta con una estructura de pensamiento autocrítico persistente (González-Medina y col., 2020); lo que coincide con los hombres evaluados en el presente trabajo, quienes obtuvieron una correlación considerable ($r_s = .74$) con la autocrítica. Es notable que la correlación con el llanto ($r_s = 0.68$) supera la del fracaso ($r_s = 0.61$), respaldando la hipótesis de que la sintomatología depresiva fe-

menina es más internalizada. Debido a que la sintomatología depresiva moderada afecta más a mujeres que a hombres (1.5 veces más alta en mujeres que en hombres), existe mayor vulnerabilidad ante el factor de riesgo del suicidio (OMS, s.f.).

En contraste, la experiencia masculina se encontró traccionada por ambos componentes y la externalización (Tabla 5). La pérdida de energía ($r_s = 0.83$), la disconformidad con uno mismo ($r_s = 0.77$) cambios en los hábitos de sueño ($r_s = 0.76$) y el placer o la anhedonia ($r_s = 0.76$) emergen como ejes centrales. Estos hallazgos sugieren que, a diferencia de las mujeres, la severidad depresiva en los hombres se manifiesta prioritariamente a través de un deterioro en el funcionamiento vital y afectivo. Es notable que los sentimientos de fracaso ($r_s = 0.73$), pertenecientes a los síntomas cognitivos-afectivos, emergen como un indicador clínico en este grupo, asociado estrechamente a las presiones por el rendimiento académico. Además, destaca que el fracaso supere a la tristeza ($r_s = 0.65$) como factor central en hombres, respaldando la hipótesis de que la sintomatología depresiva masculina se vincula a presiones de rendimiento y éxito (Prada-Núñez y col., 2021). Finalmente, la correlación significativa con la agitación ($r_s = 0.70$) e irritabilidad ($r_s = 0.61$) sugiere que la angustia en el hombre tiende a canalizarse a través de la externalización conductual (Matud y col., 2006; Castillo-Acobo y Luque-Ruiz, 2019).

Si bien, no existieron diferencias significativas en el puntaje global de sintomatología depresiva entre ambos sexos, se observaron diferencias estadísticas en síntomas específicos, donde las mujeres alcanzaron mayores valores como el llanto, cambios en el apetito ($P \leq 0.01$), la indecisión y la irritabilidad ($P \leq 0.05$); mientras que en los varones se observaron valores superiores en los cambios en los hábitos de sueño, pero sin diferencia estadística significativa ($P = 0.08$). Sin embargo, estos resultados deben ser considerados con cautela por las limitaciones del estudio, que incluyen el abarcar periodos académicos distintos, va-

riaciones estacionales y una muestra bastante heterogénea con respecto al sexo, además del posible sesgo que se pudo inducir por la auto-selección de los participantes. También, que pese a que el cuestionario utilizado ha sido validado en población mexicana, no se corroboró para esta muestra en particular; por lo que futuras investigaciones podrían beneficiarse de un diseño longitudinal o segmentado por periodos académicos para aislar estas variables de confusión, así como un balance representativo por sexo.

CONCLUSIONES

Los estudiantes universitarios mostraron una elevada prevalencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa (38.5 %), lo que subraya la condición de este grupo como población de alto riesgo que podría verse beneficiada con la implementación urgente de programas de cribado. El análisis de síntomas reveló patrones de manifestación diferenciados por sexo, donde las mujeres tienden a la internalización (autocrítica, llanto) y los hombres a la externalización (agitación, irritabilidad) con un fuerte anclaje en la presión por el éxito, lo cual fundamenta la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas sensibles al sexo que aborden estas distintas estructuras sindrómicas. Por otro lado, el hallazgo de una paridad en el riesgo de sintomatología depresiva grave (9.4 % en hombres vs. 9.2 % en mujeres), aunque con un tamaño de muestra diferenciado en el presente estudio, sugiere un desafío de la noción de una mayor vulnerabilidad femenina absoluta en la severidad máxima, haciendo necesario determinar si la prioridad clínica y las estrategias de intervención deben ser equiparables. La prevalencia de sintomatología depresiva reportada confirma que la población universitaria evaluada atraviesa un estado de riesgo clínico, lo que demanda intervenciones institucionales urgentes y atención familiar para detectar los síntomas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declararon no tener conflictos de intereses de ningún tipo.

REFERENCIAS

- Ahmadi, S. M., Masjedi-Arani, A., Bakhtiari, M., Davazdah-Emamy, M. H., & Mohamadian, R. (2019). Psychometric properties of Persian version of Beck Depression Inventory in coronary patients. *Universa Medicina*, 38(1), 33-40. <http://dx.doi.org/10.18051/UnivMed.2019.v38.33-40>
- Ahmed, G., Negash, A., Kerebih, H., Alemu, D., & Tesfaye, Y. (2020). Prevalence and associated factors of depression among Jimma University students: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00384-5>
- Anbesaw, T., Zenebe, Y., Necho, M., Gebresellassie, M., Segon, T., Kebede, F., & Bete, T. (2023). Prevalence of depression among students at Ethiopian universities and associated factors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 18(10), e0288597. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288597>
- Andrés, L., Rodríguez-Espínola, S. y Rodríguez-Cáceres, M. (2017). Estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes universitarios: diferencias por género y tipo de carrera. Resultados preliminares. *Revista Akadèmia*, 16(1), 113-130. <https://doi.org/10.61144/0718-9397.2017.147>
- Apaza-Zúñiga, E., Cazorla-Chambi, S., Condori-Carbajal, C., Arpasi-Meléndez, F. R., Tumi-Figueroa, I., Yana-Viveros, W. y Quispe-Coaquira, J. E. (2022). La correlación de Pearson o de Spearman en caracteres físicos y textiles de la fibra de alpacas. *Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú*, 33(3). <https://doi.org/10.15381/rivep.v33i3.22908>
- Arrivillaga-Quintero, M., Cortés-García, C., Goicochea-Jiménez, V. L. y Lozano Ortiz, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64730103.pdf>
- Aveiro-Róbal, T. R., Garlisi-Torales, L. D., Nati-Castillo, H. A., Valeriano-Paucar, J. R., García-Arévalo, C. M., Ayala-Servín, J. N., Flores-Enriquez, J. F., Rios, C. y Rodríguez-Morales, A. J. (2023). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de Latinoamérica durante la pandemia del COVID-19. *Revista Salud Pública del Paraguay*, 13(1), 40-45. <https://doi.org/10.18004/rspp.2023.abril.06>
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 105-115. <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Bastida-González, R., Valdez-Medina, J. L., Valor-Segura, I., González-Arratia-López Fuentes, N. I. y Rivera-Aragón, S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(1), 95-102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399009>
- Bröcker, A. L., Sauter, H., von-Haebler, D., Montag, C., & Just, S. A. (2026). Gender differences in social cognition and their association with functioning in individuals with non-affective psychosis. *Journal of Clinical Psychology*, 82(1), 161-168. <https://doi.org/10.1002/jclp.70052>
- Castellanos-Páez, V., Mateus-Gómez, S. M., Cáceres-Durán, I. R. y Díaz-Vargas, P. A. (2016). Caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 11(1), 37-50. <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/200>
- Castillo-Acobo, R. Y. y Luque-Ruiz-de-Somocurcio, A. (2019). Género y conductas ansiosas en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2019.0015.03>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. Á. (2015). Validez de construcción del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203. <http://dx.doi.org/10.4067/S071848082015000300004>
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Drakos, A., Zuo, Q. K., & Huang, E. (2021). The prevalence of depressive symptoms, anxiety symptoms and sleep distur-

- bance in higher education students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 301, 113863. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113863>
- Do-Nascimento, R. L. F., Fajardo-Bullón, F., Santos, E., Landeira-Fernandez, J., & Anunciação, L. (2023). Psychometric properties and cross-cultural invariance of the Beck Depression Inventory-II and Beck Anxiety Inventory among a representative sample of Spanish, Portuguese, and Brazilian undergraduate students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), Article 6009. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116009>
- Flesch, B. D., Houvèssou, G. M., Munhoz, T. N., Neuenfeld, T., & Fassa, A. (2020). Major depressive episode among university students in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001550>
- Gao, L., Xie, Y., Jia, C., & Wang, W. (2020). Prevalence of depression among Chinese university students: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 10(1), 15897. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72998-1>
- Galindo-Vázquez, Ó., Rojas-Castillo, E., Meneses-García, A., Aguilar-Ponce, J. L., y Alvarado-Aguilar, S. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 26(1), 43-49. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1897>
- Garbaza, C. & Benedetti, F. (2018). Genetic factors affecting seasonality, mood, and the circadian clock. *Frontiers in Endocrinology*, 9, 481. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00481>
- García-Álvarez, D., Hernández-Lalinde, J., Espinosa-Castro, J. F. y Soler, M. J. (2020). Salud mental en la adolescencia montevideana: una mirada desde el bienestar psicológico. *Revista AVTF* https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_2_2020/7_salud_mental.pdf
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Cantisano-Guzmán, L. M., Flores-Kanter, P. E. y Medrano, L. A. (2019). Medición de la comorbilidad depresiva en drogodependientes: Validez y eficacia diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dominicanos con múltiple consumo de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 163-171. <https://doi.org/10.5944/rppc.24111>
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., & Medrano, L. A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLOS One*, 13(6), e0199750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199750>
- Gebrie, M. H. (2018). An analysis of Beck Depression Inventory 2nd Edition (BDI-II). *Global Journal of Endocrinological Metabolism*, 2(3), 1-4. <https://doi.org/10.31031/GJEM.2018.02.000539>
- Grabowska, A. (2017). Sex on the brain: Are gender-dependent structural and functional differences associated with behavior? *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 200-212. <https://doi.org/10.1002/jnr.23953>
- González-Medina, G., Letelier-Fuentes, N. E. y Aguirre-Iduya, D. (2020). Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología*, 29(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.55335>
- Hambisa, M. T., Derese, A., & Abdeta, T. (2020). Depressive symptoms among Haramaya University students in Ethiopia: A cross-sectional study. *Depression Research and Treatment*, (1), 5027918. <https://doi.org/10.1155/2020/5027918>
- Heumann, E., Palacio-Siebe, A. V., Stock, C., & Heinrichs, K. (2024). Depressive symptoms among higher education students in Germany—A systematic review and meta-analysis. *Public Health Reviews*, 45, 1606983. <https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1606983>
- Jäncke, L. (2018). Sex/gender differences in cognition, neurophysiology, and neuroanatomy. *F1000 Research*, 7(805). <https://doi.org/10.12688/f1000research.13917.1>
- Khan, M. N., Akhtar, P., Ijaz, S., & Waqas, A. (2021). Prevalence of depressive symptoms among university students in Pakistan: A systematic

- tic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 8, 603357. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.603357>
- Lei, X. Y., Xiao, L. M., Liu, Y. N., & Li, Y. M. (2016). Prevalence of depression among Chinese university students: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(4), e0153454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153454>
- Majrashi, N. A., Ahearn, T. S., & Waiter, G. D. (2020). Brainstem volume mediates seasonal variation in depressive symptoms: A cross sectional study in the UK Biobank cohort. *Scientific Reports*, 10, 3592. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60620-3>
- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760101>
- Mejía, C. R., Ccasa-Valero, L., Quispe-Sancho, A., Charri, J. C., Benites-Ibarra, C. A., Flores-Lovon, K., Vásquez-Ascate, J., Morocho-Alburquerque, N., Fernández, D. N. J., & Gómez-Mamani, Y. (2022). Prevalence of and associations between anxiety, depression, and stress among Peruvian university students during the covid-19 pandemic. *Revista Ciencias de la Salud*, 20(3), 1-14. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10717>
- Mondragón-Barrera, M. A. (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento Científico*, 8(1), 98-104. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08111>
- Molina-Arias, M., Ochoa-Sangrador, C. y Ortega-Páez, E. (2020). Comparación de dos medias. Pruebas de la t de Student. *Evidencias en Pediatría*, 16(4), 16-51.
- Montilla, J. M. y Kromrey, J. (2010). Robustez de las pruebas T en comparación de medias, ante violación de supuestos de normalidad y homocedasticidad. *Ciencia e Ingeniería*, 31(2), 101-107. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=507550788006>
- Navarro-Loli, J. S. y Moscoso, M. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (s.f.) Salud mental en el trabajo. [En línea]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwr7ay-BhAPEiwA6EIGxF5vidVilQNLBYj8L-wdNs8dCmRPjFaF0ZXKlFBxwxcou5G8Dh-fkDBoCkREQA_vD_BwE. Fecha de consulta: 7 de junio de 2025.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2023). Depresión. [En línea]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Fecha de consulta: 11 de mayo de 2026.
- Ortiz, J. E. y Moreno, E. C. (2011). ¿Se necesita la prueba t de Student para dos muestras independientes asumiendo varianzas iguales? *Comunicaciones en Estadística*, 4(2), 139-157.
- Prada-Núñez, R., Gamboa-Suárez, A. A. y Hernández-Suárez, C. A. (2021). Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del Covid-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia. *Psicogente*, 24(45), 1-20. <https://doi.org/10.17081/psico.2445.4156>
- Ramón-Arhués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
- Rosas-Santiago, F. J., Rodríguez-Perez, V., Hernández-Aguilera, R. D. y Lagunes-Córdoba, R. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Salud Uninorte*, 36(2), 434-453. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
- Ruvalcaba-Pedroza, K. A., González-Ramírez, L. P. y Jiménez-Ávila, J. M. (2021). Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Investigación en Educación Médica*, 10(39), 52-59. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.21342>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gen-

- der differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul000102>
- Sánchez-Villena, A. y Farfán, E. (2019). Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en Universitarios Cajamarquinos. *Interacciones*, 5(3), e177. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.177>
- Santabábara, J. (2019). Cálculo del intervalo de confianza para los coeficientes de correlación mediante sintaxis en SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1-14. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.228245>
- Segú-Odriozola, M. (2025). The mental health of university students: A social ecology perspective. *Societies*, 15(4), 110. <https://doi.org/10.3390/soc15040110>
- Serrano-Barquín, C., Rojas-García, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología Y Educación*, 15(1), 47-60. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
- Serrano-Barquín, C., Rojas-García, A., Ruggero, C. y López-Arriaga, M. (2015). Depresión y ansiedad desde los estudios de género en estudiantes. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 4(8), 99-114. https://dlwqtxts1x7le7.cloudfront.net/103682722/Depresi_C3_B3n_20y_20ansiedad_20desde_20los_20estudios_20de_20gC3_A9nero-libre.pdf?1687534762=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDepresion_y_ansiedad_desde_los_estudios.pdf&Expires=1759870638&Signature=Wa0hyjrZ00jL9RSKPPmLy5EDU0jnrWEgEUa-lJDKegYCo9m3Yocgrg0Nu3SpTK8T-g2c-nzx8xRqcSZVITZQFxmA8MFkD8qqcLWQ-MKExa7yAEyz1HpMQ13Olr4H9LKTmXtAo88iqavBHN0qctxozLqvWqGSC1Qx-K3jP5E0NBB3QehFTEINMYy5ycjVkmNDtZBGRbUtrrxVvR4eRJXhxXTNOZoqpeTIcUCIO59w8xWnAxCLk8vPiBfRTuvVlk4fWY0z1MiM-S1VBAb-WEhQrJMTN2c6QNfv4LbQ4J5tnXmvrLID5M5ug6GmK9mTUSQcY23LR9coG4UW-ZDW-sWGQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSL-RBV4ZA
- Silva-Jara, C., Sosa-Ruiz, M. B., Pérez-Méndez, J. D. y Samudio, M. (2021). Frecuencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en internos de medicina durante la pandemia de la COVID-19 en dos universidades privadas del Paraguay. *Revista Científica en Ciencias Sociales*, 3(2), 9-19. <https://doi.org/10.53732/rccsociales/03.02.2021.9>
- Soria, T., Ávila, E. y Morales, P. (2015). Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Alternativas en Psicología*, 18(31), 46-59. <https://alternativas.me/wp-content/uploads/Revista-Alternativas-en-Psicologia-Numero-31.pdf#page=45>
- Toledano-Toledano, F. & Contreras-Valdez, J. A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) in family caregivers of children with chronic diseases. *PLOS One*, 13(11), Article e0206917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206917>
- UAN, Universidad Autónoma de Nayarit (2023). Plan de Desarrollo de Unidad Académica de Educación y Humanidades. [En línea]. Disponible en: <https://eyh.uan.mx/desc/docs/plan-des-2019.pdf>. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2025.
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G. y Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista Médica de Chile*, 145(8), 1005-1012. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
- Vargas-Granda, S. M. (2021). Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Revista Contrado*, 17(82), 387-394. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v17n82/1990-8644-rc-17-82-387.pdf>
- Vázquez-Machado, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *MULTIMED*, 17(3). <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
- Vega-Dienstmaier, J. M., Coronado-Molina, O. y Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medi-

cina general. *Revista de Neuro-psiquiatria*, 77(2), 95-103. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>

- Wang, Y. P. & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35, 416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Williams, Z. J., Everaert, J., & Gotham, K. O. (2021). Measuring depression in autistic adults: Psychometric validation of the Beck Depression Inventory-II. *Assessment*, 28(3), 858-876. <https://doi.org/10.1177/1073s191120952889>
- Zhang, R. & Volkow, N. D. (2023). Seasonality of brain function: Role in psychiatric disorders. *Translational Psychiatry*, 13, 65. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02365-x>