

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA  
COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES



TESIS

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN TIEMPOS DE  
PANDEMIA, EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD  
PRIVADA DE TACNA, 2020

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciado en Psicología

Presentada por:

Bach. Castañeda Hidalgo Bruno Gabriel

Asesor:

Dr. Alex Alfredo Valenzuela Romero

TACNA - PERÚ

2021

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis amigos, que apoyaron esta investigación.

A mi asesor, que guió la elaboración de este trabajo.

A mi amigo Renato, por apoyarme y compartir su conocimiento sobre  
investigación.

## **DEDICATORIA**

A mi familia, por ser mi soporte y fuente de inspiración, impulsándome a ser mejor cada día.

Título

Depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia, en los estudiantes de la  
Universidad Privada de Tacna, 2020.

Autor:

Bach. Bruno Gabriel Castañeda Hidalgo

Asesor:

Dr. Alex Alfredo Valenzuela Romero

Línea de Investigación:

Medición de las condiciones de vida psicológica, social y cultural de la comunidad  
regional.

Sub Línea de Investigación:

Bienestar psicológico y sistemas relacionales.

## INDICE

RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO I	18
1.1. Determinación del Problema	18
1.2. Formulación del Problema	22
1.2.1. Pregunta General:	22
1.2.2. Preguntas Específicas:	22
1.3. Justificación	23
1.4. Objetivos	27
<i>1.4.1. Objetivo General</i>	27
<i>1.4.2. Objetivos Específicos</i>	27
1.5. Antecedentes de estudio	27
1.5.1. Antecedentes Internacionales	27
1.5.2. Antecedentes Nacionales	32
1.5.3. Antecedentes Locales	36
1.6. Definiciones operacionales	37
1.6.1. Definición operacional de las variables depresión, ansiedad y estrés	37
CAPITULO II	39

2.1. Depresión	39
2.1.1. Definiciones	39
2.2. Modelo Cognitivo de la Depresión	41
2.2.1. Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión	44
2.2.2. Un Modelo de Interacción Recíproca	45
2.2.3. Descripción del modelo cognitivo de la depresión	45
2.3. Modelo conductual de la depresión: activación conductual	46
2.3.1. Descripción del modelo conductual	47
2.4. Neuropsicología y depresión	49
2.4.1. El perfil Neuropsicológico en la Depresión Mayor	49
2.4.2. Neurotransmisores implicados en la depresión	50
2.5. Síntomas	52
2.6. Indicadores de la depresión	52
2.6.1. Anhedonia	52
2.6.2. Disforia	53
2.6.3. Desesperanza	54
2.6.4. Falta de interés	55
2.6.5. Autodesprecio	56
2.6.6. Desvalorización de la vida	57
2.7. Clasificación de los Trastornos Depresivos	58

2.7.1. El trastorno depresivo recurrente	58
2.7.2. La distimia	59
2.8. Depresión Durante el Confinamiento	59
<b>CAPITULO III</b>	<b>61</b>
3.1. Ansiedad	61
3.1.1. Definiciones	61
3.1.2. Componentes de la Ansiedad	65
3.1.3. Modelo Cognitivo de la Ansiedad	66
3.1.4. Etiología cognitiva de la ansiedad	68
3.1.5. Principios Básicos del Modelo Cognitivo	70
3.1.6. Descripción del Modelo Cognitivo de la Ansiedad	72
3.1.7. Síntomas Generales	73
3.3. Indicadores de la ansiedad	78
3.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad	81
3.5. Ansiedad y la pandemia por COVID -19	83
3.5.1. <i>Primeros Efectos Psicológicos de la Pandemia</i>	83
3.5.2. Cuarentena: Efectos Psicológicos	84
3.5.3. Ansiedad por la Salud	85
<b>CAPITULO IV</b>	<b>87</b>
4.1. Estrés	87

4.1.1. Historia del Concepto de Estrés	87
4.1.2. Definiciones.	88
4.1.3. Tipos de Estrés	90
4.1.4. Síndrome General de Adaptación	91
4.1.5. Modelo Cognitivo de Lazarus	92
4.1.6. Síntomas del Estrés	96
4.1.7. Indicadores del estrés	97
4.1.8. Trastornos Psicológicos por Estrés	101
4.3. Estrés Durante el Confinamiento	106
CAPITULO V	110
5.1. Enunciados de las Hipótesis	110
5.1.1. Hipótesis General	110
5.1.2. Hipótesis Especifico	110
5.2. Operacionalización de variables y escalas de medición	111
5.2.1. Definición conceptual y operacional de la variable depresión	111
5.2.2. Definición conceptual y operacional de la variable ansiedad	111
5.2.3. Definición conceptual y operacional de la variable estrés	112
5.3. Tipo y Diseño de la Investigación	113
5.4. Ámbito de la investigación	114
5.5. Unidad de estudio, población y muestra	115



5.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	116
<b>CAPITULO VI</b>	<b>119</b>
6.1. El trabajo de campo	119
6.1.1. Acciones de preparación	119
6.1.2. Acciones de coordinación	119
6.1.3. Acciones de aplicación	120
6.2. Diseño de presentación de los resultados	121
6.3. Los resultados	122
6.3.1. Datos generales	122
6.3.2. Niveles de depresión	124
6.3.3. Niveles de ansiedad	128
6.3.4. Niveles de estrés	132
6.3.5. Relación entre las variables depresión, ansiedad y estrés	136
6.4 Comprobación de las hipótesis	137
6.4.1. Contrastación de la hipótesis específica 1	137
6.4.2. Contrastación de la hipótesis específica 2	137
6.4.3. Contrastación de la hipótesis específica 3	138
6.4.4. Contrastación de la hipótesis específica 4	138
6.4.5. Contrastación de la hipótesis general	138
6.5. Discusión	139

CAPITULO VIII	147
7.1. Conclusiones	147
7.2. Sugerencias	148
Referencias	150
ANEXOS	168

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro de Operacionalización de la variable depresión (DASS-21)	111
Tabla 2 Cuadro de Operacionalización de la variable ansiedad (DASS-21)	112
Tabla 3 Cuadro de Operacionalización de la variable estrés (DASS-21)	113
Tabla 4 Niveles de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	124
Tabla 5 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	125
Tabla 6 Niveles de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	126
Tabla 7 Relación entre la variable depresión y ansiedad	127
Tabla 8 Relación entre la variable ansiedad y estrés	127
Tabla 9 Relación entre la variable estrés y depresión	128
Tabla 10 Niveles de depresión en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	173
Tabla 11 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	176
Tabla 12 Niveles de estrés en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	179

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Sexo de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	122
Figura 2 Porcentaje de estudiantes por cada facultad de la Universidad Privada de Tacna	123
Figura 3 Niveles de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	124
Figura 4 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	125
Figura 5 Niveles de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	126
Figura 6 Niveles de depresión en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	179
Figura 7 Niveles de depresión en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	181
Figura 8 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	182
Figura 9 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	184
Figura 10 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	185
Figura 11 Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna	187

## RESUMEN

La presente investigación estudió la “Depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia, en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020”, es de enfoque cuantitativo, por su finalidad de tipo básica, diseño descriptivo no experimental y transaccional. Se evaluaron un total de 369 estudiantes de las diferentes facultades de la Universidad Privada de Tacna seleccionados a través de un muestreo no probabilístico estratificado de tipo intencional. Para medir las variables se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21) de Lovibond y Lovibond, adaptado por Polo (2017) conformado por 21 ítems de escala Likert.

Entre los resultados, en la dimensión depresión, se halló que el 35.23% se encuentra en un nivel normal, el 18.43% en un nivel medio, el 29.54% en un nivel moderado, el 9.49% en un nivel severo y el 7.32% un nivel extremadamente severo. En la dimensión ansiedad, el 28.46% tiene un nivel normal, el 19.51% un nivel medio, el 18.43% un nivel moderado, el 13.55% un nivel severo y el 20.05% un nivel extremadamente severo. En la dimensión estrés, el 43.63% posee un nivel normal, el 24.39% un nivel medio, el 19.24% un nivel moderado, el 8.94% un nivel severo y por último el 3.79% un nivel extremadamente severo. Por último, se encontró una correlación significativa entre las tres variables. Se concluye que existen niveles severos de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia.

*Palabras clave: Ansiedad, depresión, estrés, estudiantes, universidad*

## **ABSTRACT**

The present investigation studied the "Anxiety, depression and stress in times of pandemic of the students of the Private University of Tacna, 2020", it is of quantitative approach, due to its purpose of basic type, non-experimental and transactional descriptive design. A total of 369 students from the different faculties of the Private University of Tacna were evaluated, selected through an intentional stratified non-probability sampling. To measure the variables, the Lovibond and Lovibond depression, anxiety and stress scale (DASS 21) was used, adapted by Polo (2017), consisting of 21 Likert scale items.

Among the results, in the depression dimension, it was found that 35.23% are at a normal level, 18.43% at a medium level, 29.54% at a moderate level, 9.49% at a severe level and 7.32% an extremely severe level. In the anxiety dimension, 28.46% have a normal level, 19.51% a medium level, 18.43% a moderate level, 13.55% a severe level and 20.05% an extremely severe level. In the stress dimension, 43.63% have a normal level, 24.39% a medium level, 19.24% a moderate level, 8.94% a severe level and finally 3.79% an extremely severe level. Finally, a significant correlation was found between the three variables. It is concluded that there are severe levels of depression, anxiety and stress in the students of the Private University of Tacna in times of pandemic.

*Keywords: Anxiety, depression, stress, students, college*

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudió la Depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, con el objetivo de determinar los niveles de estos trastornos presentes en los estudiantes universitarios y evidenciar el porcentaje de estudiantes que padecen niveles significativos de estas variables.

La depresión, ansiedad y estrés han sido catalogados por diversos autores como los trastornos con mayor incidencia y prevalencia en la actualidad, estando presentes en distintas áreas de la vida del ser humano (laboral, personal y educativo). La Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) define la depresión como una sensación de profunda tristeza y desesperanza de duración prolongada, la cual afecta las principales áreas de vida del individuo, provocando síntomas somáticos; la ansiedad como una respuesta anticipada a un evento futuro amenazador, teniendo como característica principal el miedo; y el estrés como una experiencia emocional negativa ocasionada por un estresor que genera cambios bioquímicos, fisiológicos y psicológicos en el ser humano.

Actualmente, el mundo se encuentra inmerso en una pandemia que ha generado impactos negativos en todos los países, sobre todo en Perú. Los jóvenes universitarios de diversas carreras se encuentran en una situación social y sanitaria compleja, estando expuestos constantemente a diversos estresores como el confinamiento social obligatorio, deterioro de la calidad de educación, aumento de los contagios y muertes por el COVID-19, favoreciendo a la aparición y desarrollo

de diversos trastornos psicológicos, principalmente los mencionados en el anterior párrafo.

Papalia (2012) refiere que esta población se encuentra vulnerable a padecer trastornos psicológicos debido a las exigencias de la vida universitaria. Sumado a esto, diversos estudios sobre los impactos psicológicos que han generado los brotes epidémicos anteriores y los que está generando el actual evidencian un deterioro de la salud mental especialmente en esta población.

De acuerdo al informe “El derecho a la salud mental” realizado por la Defensoría del Pueblo (2018), se estimó que en el año 2018 alrededor de 4,514,781 padecieron de algún problema de salud mental en el Perú, es decir que el 15% de la población posee un problema de salud mental y se proyectó que para el año 2021 este porcentaje aumentaría en un 3.2%.

En Tacna, según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado (INSM, 2006) alrededor del 20% de la población local padece de algún trastorno mental, siendo los más comunes los episodios depresivos, ansiedad o deseos de morir, siendo estos índices altos a comparación de lo hallado en otras regiones.

Por lo tanto, este estudio sobre los niveles de depresión, ansiedad y estrés pretende abordar este problema, explorando y describiendo los niveles de estas variables presentes en la población universitaria, incrementado el conocimiento sobre este tema en nuestra realidad local.



La presente investigación está conformada por siete capítulos:

El capítulo I está constituido por la determinación del problema, formulación del problema, justificación, objetivos generales y específicos, antecedentes del estudio y definición operacional

El capítulo II trata sobre el fundamento teórico de la variable depresión, conformado por definiciones, modelo teórico de la ansiedad, síntomas y trastornos psicológicos.

El capítulo III trata sobre el fundamento teórico de la variable ansiedad, conformado por definiciones, modelos teóricos de la depresión, síntomas y trastornos psicológicos.

El capítulo IV trata sobre el fundamento teórico de la variable estrés, conformado por definiciones, modelo teórico del estrés, síntomas y trastornos psicológicos.

El capítulo V es la metodología, donde se encuentra la operacionalización de las variables, hipótesis, tipo y diseño de la investigación, ámbito del estudio, unidad, población y muestra, y los procedimientos, técnicas e instrumento de recolección de datos.

El capítulo VI presenta los datos generales y resultados por variable de la investigación

El capítulo VII está conformado por las conclusiones y sugerencias.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Determinación del Problema**

En los últimos años, la salud mental ha cobrado mayor importancia por ser un factor fundamental para el desarrollo óptimo del ser humano, permitiéndole trabajar de forma productiva y enfrentar satisfactoriamente las dificultades de la vida. No obstante, el índice de trastornos mentales ha ido aumentando considerablemente, afectando al individuo en diferentes etapas y ámbitos de su vida. La depresión, ansiedad y estrés constituyen el grupo de trastornos más frecuentes y de mayor interés para los psicólogos durante el siglo XXI debido al alto grado de malestar emocional que produce y por la diversidad de estímulos que individualmente o relacionadas pueden generarlas.

La depresión se conceptualiza como una sensación de profunda tristeza y desesperanza de duración prolongada, afectando las principales áreas de vida del ser humano y llegando a provocar síntomas somáticos. Según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) tiene como característica principal la tristeza y los síntomas tienen que estar presentes por lo

menos dos semanas (APA,2010). Desde la perspectiva cognitiva, Beck et al. (2010) definen la depresión como la visión negativa de sí mismo, del pasado y del futuro, distorsionando la realidad de modo que el paciente considera que sus pensamientos son válidos y tienen lógica, a pesar de mostrarle evidencia que sustenta lo contrario.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) define la ansiedad como una respuesta anticipada a un evento futuro amenazador, teniendo como característica principal el miedo. Suele ser una respuesta humana normal ante situaciones desconocidas; no obstante, si alcanza niveles patológicos podría configurar como un trastorno de ansiedad, debido a que afecta uno o varios ámbitos de la vida del ser humano. Clark y Beck (2012), desde la perspectiva cognitiva, explican que las personas con este trastorno se ven a sí mismas como vulnerables, al mundo como amenazante y al futuro como incontrolable.

El estrés es una experiencia emocional que genera malestar en el ser humano y que viene acompañado de cambios bioquímicos y psicofísicos similares en la gran mayoría de los casos clínicos. Se caracteriza por la sensación de agobio, preocupación y agotamiento, afectando a la persona indistintamente del género, edad o situación social. En cantidades moderadas, motiva la conducta hacia un fin específico, permitiendo al individuo sobrellevar determinadas situaciones, no obstante, si esta se eleva a cantidades excesivas, puede ocasionar consecuencias tanto a nivel físico como psicológico, afectando sobre todo al sistema inmune (APA, 2020).

Estos tres trastornos afectan a un promedio del 20% de la población local y se han encontrado índices elevados a comparación de otras ciudades (Camones,

2016). Según los estudios realizados en la ciudad de Tacna por el INSM (2006), el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia fue la depresión, afectando al 10.1% de la población y en segundo lugar se encuentra la ansiedad, afectado a un 6.5%. En relación al estrés, Ayca (2014) encontró que alrededor del 75% de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna reportan estrés académico percibido tanto en un nivel medio como alto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los coronavirus son una familia de virus que provoca infecciones respiratorias, afectando tanto a humanos como animales. En el año 2002 se vio el primer brote a gran escala de coronavirus en China y fue denominado como Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV). Tiempo después, en el año 2012, hubo un segundo brote de coronavirus en Arabia Saudita, designado como Síndrome respiratorio de oriente medio (MERS-CoV). Ambos brotes fueron controlados a tiempo, sin embargo, desataron diversas consecuencias en la salud mental de los ciudadanos, siendo los más frecuentes la ansiedad, depresión y estrés postraumático (Moisés, 2020).

A finales del año 2019, un nuevo coronavirus denominado COVID-19 se comenzó a esparcir en la ciudad de Wuhan en China. Su facilidad para el contagio ocasionó que en el año 2020 se expandiera por todo el país, generando un estado de alerta que con el paso de los meses se volvió a escala global (Ozamiz et al, 2020). La cantidad de contagios, las muertes que ha ocasionado y su dificultad para mantenerlo controlado a dado cabida para la reaparición de los trastornos mentales anteriormente mencionados.

Diversos autores han comenzado a realizar investigaciones respecto al estado de salud mental de las personas durante las fases de brote del COVID-19. Ozamiz et al. (2020) encontraron niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés en la población joven y con enfermedades crónicas de España, además se observó un aumento de la sintomatología cuando se decretó el confinamiento obligatorio. Ramírez et al. (2020) realizaron una revisión bibliográfica en donde encontraron que gran parte de los ciudadanos de China presentaban niveles elevados de agresividad, insomnio, depresión, ansiedad y estrés, principalmente en el personal de salubridad.

En Latinoamérica también se han realizado investigaciones sobre el estado psicológico de las personas durante el estado de confinamiento. Vera (2020), en su “Análisis de los procesos psicológicos básicos”, destaca que en el aspecto emocional puede existir la presencia de ansiedad, tristeza, frustración y/o miedo. De igual forma, Huarcaya (2020) en su artículo de revisión “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19” refiere la posible presencia de niveles elevados de ansiedad, depresión y emociones negativas, así como también alteraciones del hábito alimenticio y del sueño en la población peruana.

Con base a lo anterior, se puede afirmar que a nivel global nos encontramos en una situación crítica a nivel sanitario y psicológico. Los estudios realizados fueron dirigidos al personal sanitario o población general, en nuestra realidad nacional se encontraron solo dos investigaciones en estudiantes universitarios, grupo el cual según Papalia (2012) poseen mayores factores de riesgo que

predisponen la aparición de estos trastornos, por lo que se puede afirmar que existe un vacío en el conocimiento con respecto a esta población.

Por lo tanto, lo que se pretende con esta investigación es establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020, dará a conocer el estado de salud mental de los estudiantes que se encuentran realizando clases virtuales, una forma de aprendizaje completamente diferente a lo acostumbrado, lo cual puede suponer un factor estresor, por lo que los resultados serán divididos según edad, sexo y facultad, lo cual permitirá realizar comparaciones de estas variables; aportará nueva información sobre la salud mental de las personas durante el confinamiento obligatorio y ante la percepción de aumentos de casos de COVID-19 y, por último, servirá como base para futuras investigaciones relacionadas al impacto psicológico de esta pandemia.

## **1.2. Formulación del Problema**

### ***1.2.1. Pregunta General:***

PG: ¿Qué niveles de depresión, ansiedad y estrés poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020?

### ***1.2.2. Preguntas Específicas:***

P1: ¿Qué niveles de depresión en tiempos de pandemia poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020?

P2: ¿Qué niveles de ansiedad en tiempos de pandemia poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna 2020?

P3: ¿Qué niveles de estrés en tiempos de pandemia poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna 2020?

P4: ¿Qué relación existe entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020?

### **1.3. Justificación**

La presente investigación estudia la Depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020, con la finalidad de conocer el estado de su salud mental durante la crisis sanitaria. Los resultados servirán para conocer el impacto psicológico de la pandemia y confinamiento en los estudiantes a nivel general, por facultades y carreras, aumentando el conocimiento y vinculándolo con nuestra realidad local, no encontrándose estudios del tema.

Como se mencionó anteriormente, brotes como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV) y el Síndrome respiratorio de oriente medio (MERS-CoV) habían ocasionado daños considerables en la salud mental de los habitantes, siendo los principales la ansiedad, depresión y estrés postraumático (Moisés,2020). La situación actual supone ya no un brote, sino una pandemia que ha afectado de forma considerable la rutina diaria de los peruanos, por lo que se estima que los resultados de aquellos estudios pueden estar presentes en nuestro contexto. Por lo tanto, esta investigación será útil para conocer los niveles de estas patologías que, con base en las investigaciones anteriores, se sabe que están presentes en la población.

Ozamiz et al. (2020) mencionan la importancia de establecer estrategias psicológicas preventivas durante la pandemia. La prevención consiste en adoptar medidas anticipatorias con la finalidad de evitar una determinada situación o minimizar las consecuencias, siendo un proceso activo, global y continuo (DeVida,2015). Esta acción puede ser realizada en tres niveles, la primaria está orientada a evitar la aparición del problema; la secundaria sucede cuando ya se están notando los indicios del problema, por lo que se aplica estrategias orientadas a evitar su instauración; y la terciaria se realiza cuando ya se ha instaurado el problema y tiene como objetivo disminuir las consecuencias que pueda ocasionar. Es por ello que los resultados permitirán a los profesionales de la salud mental establecer estrategias de prevención en diferentes niveles para disminuir el impacto psicológico de esta pandemia, como destacaron los autores en el principio del párrafo.

Los impactos psicológicos del COVID-19 comenzaron a ser estudiados desde que el brote se volvió a escala global. Hasta la actualidad, las investigaciones continúan en distintas partes del mundo con la finalidad de identificar y contrarrestar los efectos sociológicos, psicológicos y económicos, siendo 476 las investigaciones identificadas en lo que va del año (Cossio,2020). En Latinoamérica son limitados los estudios que se han encontrado, de igual forma a nivel nacional, en donde se encontraron en su mayoría artículos de revisión mas no investigaciones, por lo que supone un problema de vacío en el conocimiento en nuestra realidad nacional y local, el cual puede ser solventado con los resultados de la investigación.



Papalia (2012) afirma que muchos estudiantes universitarios suelen sentirse abrumados por las exigencias académicas. Dentro de este ámbito se puede encontrar una gran variedad de estudiantes, algunos con familia, otros que estudian y trabajan hasta aquellos que dependen económicamente de sus cuidadores primarios. En este sentido, se comprende que esta población puede ser vulnerable a diversos trastornos psicológicos, como ejemplo de esto se puede destacar los resultados encontrados por Ayca (2016), observándose niveles elevados de estrés académico percibidos en universitarios, siendo los principales estresores la sobrecarga de tareas y trabajos, las evaluaciones de los profesores y el tiempo limitado para realizar el trabajo. En consecuencia, se puede afirmar que los problemas de ansiedad, depresión y sobretodo estrés son comunes dentro de este ámbito, por lo que la situación actual de confinamiento y la pandemia pueden agravar la salud mental de esta población, siendo de vital importancia el estudio de los niveles de estas variables.

Huarcaya (2020) destaca la importancia de conocer la situación actual de los ciudadanos peruanos durante la pandemia, puesto a que la exposición constante al estrés puede generar la aparición de nuevos trastornos o agravar la situación de aquellos que ya padecían de estos. Por otro lado, Cossio (2020) hace énfasis en la importancia de realizar investigación científica sobre este tema, puesto a que pueden proporcionar resultados positivos para la lucha contra esta pandemia y sus consecuencias en la salud mental.

Desde una perspectiva general, se puede afirmar que entre los beneficios que aportará a la sociedad será conocer el estado de la salud mental de los estudiantes universitarios durante la pandemia, contribuyendo con los estudios que

se están realizando a nivel nacional y global con respecto al tema. Los resultados aportarán nueva información a las ciencias de la salud sobre las reacciones psicológicas que pueden ocasionar el confinamiento y una pandemia en las personas. Además, confirmará las predicciones realizadas por diversos autores sobre las posibles consecuencias de estos estresores en la salud mental de los pobladores peruanos y ampliará el conocimiento sobre cómo han afectado estas circunstancias a otros grupos diferentes a los trabajadores sanitarios o personal de las fuerzas armadas, constituyendo así el impacto potencial teórico.

A nivel general, se verá beneficiada el área de psicología de la Universidad Privada de Tacna, ya que los resultados aportarán información actualizada sobre el estado de la salud mental de los estudiantes, que, según lo investigado, son proclives a padecer alguno de estos tres trastornos. Sumado a esto, los resultados permitirán establecer programas de prevención, facilitando a los profesionales de la salud mental identificar aquellos grupos vulnerables que requieran intervención psicológica, priorizando aquellos trastornos que presenten mayor incidencia en los estudiantes, previniendo la aparición de nuevos casos y el agravamiento de aquellos ya presentes. Por último, servirá como base para nuevos estudios relacionados a este tema y sus posibles consecuencias post pandemia, siendo este el impacto potencial práctico.

## **1.4. Objetivos**

### ***1.4.1. Objetivo General***

OG: Establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020.

### ***1.4.2. Objetivos Específicos***

O1: Determinar los niveles de depresión en tiempos de pandemia poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

O2: Determinar los niveles de ansiedad en tiempos de pandemia poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

O3: Determinar los niveles de estrés en tiempos de pandemia poseen los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

O4: Establecer qué relación existe entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

## **1.5. Antecedentes de estudio**

### **1.5.1. Antecedentes Internacionales**

Lei et al. (2020) realizaron el estudio *Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China* (Comparación de la prevalencia y los factores asociados de ansiedad y depresión entre las personas afectadas y las personas no afectadas por la cuarentena durante la epidemia de COVID-19 en el Suroeste de China) con el objetivo de

evaluar y comparar la prevalencia y los factores asociados de ansiedad y depresión entre el público afectado por la cuarentena y los no afectados durante el brote de COVID-19 en el suroeste de China a principios de febrero de 2020. Los instrumentos empleados fueron la escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) y la escala de depresión de autoevaluación (SDS). La muestra estuvo constituida por 1593 encuestados de edades comprendidas entre 18 años y más. Los encuestados se agruparon como grupo afectado y grupo no afectado en función de si ellos o sus familias/ colegas/ compañeros de clase/ vecinos habían sido puestos en cuarentena. Los resultados demostraron que, de los 1593 participantes, la prevalencia de ansiedad y depresión fue de aproximadamente 8.3% y 14.6%, y la prevalencia en el grupo afectado de 12.9% y 22.4% respectivamente, siendo significativamente mayor que en el grupo no afectado (6.7%, 11.9%). Los puntajes altos estaban asociados significativamente con un ingreso familiar promedio más bajo, un nivel educativo más bajo, tener un mayor nivel de conocimiento autoevaluado, estar más preocupado por la infección, no tener apoyo psicológico, un mayor daño a la propiedad y una condición de salud más baja autopercibida. Se concluyó que la prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo afectado es mayor que en el grupo no afectado durante el brote de COVID-19 en el suroeste de China a principios de febrero de 2020.

Li et al. (2020) realizaron el estudio *The psychological impacts of a COVID-19 outbreak on college students in China: a longitudinal study* (Los impactos psicológicos del brote de COVID-19 en estudiantes universitarios en China: un estudio longitudinal) con el objetivo de determinar los cambios en el estado de la

salud mental de los universitarios antes y después de su confinamiento debido al COVID-19 durante las primeras dos semanas, centrándose en estados de angustia psicológica, depresión, ansiedad y afectividad. Agregado a esto, se investigó la influencia de los posibles factores estresantes en su salud mental, incluidos los suministros inadecuados y el miedo a la infección. Fue un estudio longitudinal y la muestra estuvo constituida por 555 estudiantes de pregrado de la Universidad Agrícola de Hebei en Baoding, China. Los participantes completaron dos encuestas en línea: sobre ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo. La primera encuesta se realizó antes del parto y la otra se realizó entre 15 y 17 días después del comienzo del confinamiento. Los resultados evidenciaron un aumento en el afecto negativo, ansiedad y depresión después de dos semanas de confinamiento. Se encontró que los suministros inadecuados, miedo a la infección y un grado de instrucción más alto están asociados a mayores niveles de afecto negativo, ansiedad y depresión.

Ozamiz et al. (2020) realizaron la investigación *Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España* contextualizada en la Comunidad Autónoma Vasca. Tuvo como objetivo analizar los niveles de estrés, ansiedad y depresión ante la llegada del virus y determinar los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento. Es un estudio exploratorio-descriptivo de tipo transversal. La muestra estuvo conformada por 976 personas y la medición de las variables se ha hecho mediante la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) difundida en plataformas virtuales mediante un cuestionario Google Forms. Los resultados demostraron que los niveles de sintomatología han sido bajos al

principio de la alarma, no obstante, la población más joven y con enfermedades crónicas presentaron un nivel más alto que el resto de la población. También se encontró que esta sintomatología aumento después del confinamiento.

Pedrozo et al. (2020) investigaron el *Estrés percibido asociado con la epidemia de COVID-19 en Colombia: una encuesta en línea* con el objetivo de conocer la prevalencia, y algunas variables asociadas con el estrés percibido relacionado con la epidemia de COVID-19, en una muestra de adultos colombianos. Para el cumplimiento del objetivo se diseñó una encuesta transversal en línea, en donde los participantes respondieron una versión modificada de la Escala de Estrés Percibido relacionado con el COVID-19 (PSS-10-C). La muestra estuvo constituida por un total de 406 adultos de edades comprendidas entre los 19 y los 88 años ( $M = 43,9$ ;  $DE = 12,4$ ). Los resultados evidenciaron que un 61,8% eran mujeres, un 90,6% con educación universitaria, un 44,1% trabajadores del sector salud, y un 45,7% de los participantes consideran que las políticas públicas de salud para prevenir la propagación de la epidemia no se adaptaron a las recomendaciones científicas. El PSS-10-C tuvo una puntuación entre 0 y 36 ( $M = 16,5$ ;  $DE = 7,3$ ); un total de 58 participantes (14,3%) obtuvieron una puntuación para alto estrés percibido (punto de corte en 25). La inconsistencia entre las políticas tomadas y las evidencias científicas relacionadas con un alto estrés percibido, en relación con el COVID-19 ( $OR = 2,36$ ;  $IC\ 95\%: 1,32-4,20$ ), tras realizar un ajuste por sexo. Se concluye que la prevalencia del estrés percibido relacionado con el COVID-19 en esta muestra de personas colombianas es de un nivel alto. El estrés alto está

relacionado con la percepción de inconsistencia entre los acuerdos de las autoridades de salud y las recomendaciones científicas.

Uribe (2015) realizó el estudio *Características sociodemográficas asociadas con el estrés académico, depresión y ansiedad en estudiantes de la universidad adventista de Colombia, Medellín, 2015* con el objetivo de medir los niveles de estrés académico, ansiedad, depresión y la relación que estas tienen con características sociodemográficas. La investigación es de tipo descriptivo-correlacional, transversal y de diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 377 estudiantes de diferentes facultades de la universidad. Para medir las variables sociodemográficas se utilizó un cuestionario ad hoc. Para el resto de variables se emplearon los siguientes instrumentos: El inventario de estrés académico de Polo, Hernández y Pozo; la escala reducida de ansiedad basada en el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad de García, Ortiz y Gordillo; y la escala de depresión de Zung. Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados tienen un nivel moderado de estrés académico (41.4%), mientras que el resto presenta niveles alto y crítico (48%). Con respecto a la ansiedad, el 71.9% presenta un nivel de riesgo, mientras que el 18.5% posee niveles alto y críticos de esta variable. Por último, en la variable depresión se encontró que la mayoría de los estudiantes poseen nivel de riesgo (54.6%), mientras el nivel alto presenta el 8.8%.

Antúñez y Vinet (2013) investigaron los *Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena* con el objetivo de determinar la frecuencia de los problemas de salud mental y su asociación con otras variables relevantes entre los estudiantes de la Universidad Austral de Chile. La muestra

estuvo conformada por 484 estudiantes de 18 a 28 años. Los instrumentos empleados fueron el SCL-90-R, *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Beck Depression Inventory* (BDI-II), *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21) y un cuestionario sociodemográfico. El diseño fue no experimental correlacional de carácter transversal. En los resultados se encontró que el 30.1% de la muestra total presenta sintomatología depresiva y el 20.9% sintomatología ansiosa. También se encontró que el 15.5% de la muestra padece tanto de sintomatología depresiva como ansiosa, siendo más frecuente en estudiantes de primer año. Algunas de las diferencias encontradas con respecto al resto de la población universitaria fue que en los hombres los incrementos mayores aparecen en las escalas de depresión e ideación paranoide del SCL-90-R ( $t = 12,25$  y  $8,97$  respectivamente) y estrés del DASS-21 ( $t = 9,24$ ); en las mujeres en las escalas de ansiedad y psicoticismo del SCL-90 ( $t = 14,31$  y  $9,22$  respectivamente) y de ansiedad y estrés del DASS-21 ( $t = 9,89$  y  $14,85$  respectivamente).

### **1.5.2. Antecedentes Nacionales**

Cáceres y Gutiérrez (2020) estudiaron el *Impacto psicológico de la pandemia de Covid-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020* con el objetivo de determinar el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, Lima. Esta investigación es de enfoque cuantitativo y de diseño descriptivo-transversal. El instrumento utilizado fue el DASS-21 y la muestra estuvo constituida por 204 pacientes. Los resultados demostraron que, en



cuanto al impacto psicológico en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, predominó el nivel normal con 23% (n=47), seguido del moderado en un 21,6% (n= 44). El impacto psicológico según dimensión depresión, predominó el nivel normal con 27% (n=55), seguido del severo en un 22,5% (n= 46). El impacto psicológico según dimensión ansiedad, predominó el nivel normal con 24% (n= 49), seguido del severo en un 21,6% (n= 44). El impacto psicológico según su dimensión estrés, predominó el nivel leve con 25,5% (n=52), seguido del normal en un 22,1% (n= 45). Se concluye que predominó el nivel normal, seguido de moderado, severo, leve y extremadamente severo.

Gonzales (2020), realizó el estudio denominado *Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado a confinamiento social – Arequipa 2020* con el objetivo de determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés asociados a confinamiento social en jóvenes universitarios de la ciudad de Arequipa. El estudio fue observacional transversal, la muestra estuvo constituida por 300 jóvenes universitarios de la Universidad Católica Santa María (UCSM), a quienes se les aplicó una encuesta donde se recogieron datos sociodemográficos y se incluyó la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados evidenciaron que, del total de 300 encuestados, 30% son de sexo masculino y el 70% de sexo femenino. La edad promedio corresponde a 20.5 ( $\pm 2.3$ ) años. Así mismo los niveles económicos predominantes fueron los niveles B-C (64%). De la misma forma la gran mayoría proviene de la ciudad de Arequipa en un 83%. El estado civil soltero lideró con un 97%. Se determinaron niveles entre niveles severos y muy severos de depresión, ansiedad y estrés en un 19.3%, 24% y 17.6%

respectivamente. Se concluye que el 47.3% de jóvenes universitarios experimentó algún nivel de depresión, del mismo modo el 47.6% presentó síntomas de ansiedad, y finalmente el 44.3% presentó síntomas de estrés.

Vivanco (2020) realizó el estudio *Ansiedad por COVID - 19 y Salud Mental en Estudiantes Universitarios de las ciudades de Trujillo y Chimbote* con el objetivo de determinar la relación entre ansiedad por COVID - 19 y salud mental. Como objetivos específicos se estableció comparar la ansiedad por COVID - 19 y salud mental en función a variables sociodemográficas: edad, sexo, convivencia familiar, situación laboral, diagnóstico de COVID-19 en sus familiares, amigos y en ellos mismos, diagnóstico y tratamiento contra la ansiedad, y, tiempo pensando, viendo o escuchando información sobre el COVID-19. Los participantes fueron 356 estudiantes universitarios (227 mujeres y 129 hombres, Medad = 22.36 años, DE = 2.46) a quienes se les aplicó el *Coronavirus Anxiety Scale* (CAS) en español y el *Mental Health Inventory-5* (MHI) mediante un muestreo no probabilístico. Los resultados muestran que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la ansiedad por COVID – 19 y la salud mental ( $r = -.544$ ;  $p \leq 0.01$ ). Asimismo, respecto a las comparaciones realizadas se evidencian diferencias estadísticamente significativas en función a las variables sociodemográficas previamente mencionadas. El estudio confirma que a mayor ansiedad por COVID – 19 menor salud mental en una muestra de estudiantes universitarios peruanos.

Becerra y Pachamora (2015) estudiaron la *Ansiedad y Depresión en estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015* con el objetivo de determinar si existe relación significativa entre ansiedad y depresión en los

estudiantes. Se evaluaron un total de 292 estudiantes de ambos sexos en edades comprendidas entre 16 y 25 años. La investigación es de tipo descriptiva-correlacional, de diseño no experimental y corte transversal. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Ansiedad en Estudiante Universitarios y el Inventario de Depresión de Beck. En los resultados se encontró que un 26.8% presentaba niveles moderados de ansiedad, un 22.5% niveles severos y el resto un nivel normal (50%). Con respecto a la depresión, se encontró que un 26.8% presenta un nivel severo, un 27.3% un nivel moderado, el 23.7% un nivel leve y el resto un nivel normal (22.2%).

Gómez (2014) realizó el estudio *Prevalencia de depresión, ansiedad y factores relacionados a la depresión en estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del primer año de estudios, 2013* con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de tecnología médica y conocer factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva en la ciudad de Lima. El diseño del estudio fue observacional, transversal y de tipo correlacional; la población estuvo constituida por 111 participantes y los instrumentos aplicados fueron cuatro: el primero para determinar factores de riesgo, el segundo fue el cuestionario de CAGE, el tercero y cuarto fueron las escalas de depresión y ansiedad de Zung. Los resultados evidenciaron la presencia de algún nivel de depresión con un 27,9%, mientras el porcentaje de algún nivel de ansiedad fue de 22,5% y ambas condiciones estuvieron presentes con un 14,4%. Se concluye que los niveles encontrados de depresión en esta población son muchos mayores

que la encontrada en la población general, y uno de cada diez alumnos presenta, no solo algún nivel de depresión sino concomitantemente ansiedad.

### **1.5.3. Antecedentes Locales**

Briceño (2020) investigó la *Salud mental y el estilo de aprendizaje de los estudiantes universitarios del primer ciclo de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Privada de Tacna en el año 2018* con el objetivo de determinar la relación de la salud mental y el estilo de aprendizaje de los estudiantes. Es un estudio de tipo básica, de diseño no experimental, transversal y de nivel correlacional. La muestra estuvo constituida por 174 participantes, a quienes se les aplicó el Cuestionario SRQ para evaluar la Salud Mental y el Cuestionario de Honey para identificar el estilo de aprendizaje. En los resultados se encontró lo siguiente: un 13.8% de la muestra presenta indicios de ansiedad, un 18.40% indicios de depresión, un 20.10% indicios de un trastorno psicótico y un 1% indicios de problemas con alcohol y drogas.

Aquise (2019) realizó el estudio *Asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna 2019-I* con el objetivo de establecer la asociación de dispepsia con las variables ansiedad y depresión en estudiantes de medicina. La muestra estuvo constituida por 260 estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Privada de Tacna del semestre académico 2019-I. Para medir las variables ansiedad y depresión se utilizó el test HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) adaptado en Perú por Riveros. En los resultados se encontró que, en cuanto a la ansiedad, los porcentajes

más altos corresponden a grados bajos (42.3%) e intermedios (32.3%). Con respecto a la depresión, los porcentajes más altos corresponden a grados bajos (54.2%) y muy bajos (23.8%).

Ayca (2016) estudió la *Relación entre estrés académico percibido y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014* con el objetivo de describir e identificar la relación entre estrés académico percibido y estrategias de afrontamiento. La muestra estuvo constituida por 372 estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. El tipo de investigación fue correlacional, de finalidad básica o teórica, diseño no experimental y transeccional. Los instrumentos utilizados fueron el SISCO para el estrés académico y el Cope para los modos de afrontamiento. Los resultados mostraron un nivel alto de estrés académico, siendo las causas principales la sobrecarga de tareas, trabajos universitarios, las evaluaciones de los profesores y el tiempo limitado para hacer el trabajo.

## **1.6. Definiciones operacionales**

### ***1.6.1. Definición operacional de las variables depresión, ansiedad y estrés***

Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) brindan las siguientes definiciones:

La depresión consiste en la pérdida parcial o total de la autoestima asociada a la percepción de una baja probabilidad de alcanzar metas significativas en la vida del individuo.

La ansiedad se caracteriza por la presencia de ataques de miedo, tensión muscular, temblores, desmayos, agitación fisiológica, aumento del ritmo cardiaco, exaltación y respiración entrecortada.

El estrés como un “estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” (p.24).

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTO TEORICO DE LA VARIABLE DEPRESIÓN**

#### **2.1. Depresión**

##### ***2.1.1. Definiciones***

Según Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) la depresión consiste en la pérdida parcial o total de la autoestima del individuo asociada a la percepción de una baja probabilidad de alcanzar metas significativas en la vida.

Kanter et al. (2011) desde el modelo conductual, sostienen que la depresión “es una respuesta lógica a los hechos negativos de la vida, estresores y dificultades ambientales” (p.91). Esto es ocasionado por la pérdida de contacto con los estímulos que antes le generaban placer y se ve aumentado por los castigos que otorga el entorno.

Beck et al. (2010) definen la depresión basándose en tres conceptos, que en su conjunto son denominados la triada cognitiva. Consiste en la visión negativa de uno mismo, de las experiencias pasadas y del futuro; los esquemas cognitivos distorsionados, sesgando las interpretaciones de la realidad; y los errores en el

procesamiento de la información, manteniendo la creencia del paciente de que sus pensamientos son válidos y tienen lógica, a pesar de la evidencia que demuestra lo contrario. Con base a esto, conceptualizan la depresión como la visión negativa de sí mismo, del pasado y del futuro, basados en distorsiones cognitivas y perpetuadas por los errores en el procesamiento de la información.

Empleando los criterios diagnósticos de la DSM-V (APA,2010), la depresión se conceptualiza como una sensación de profunda tristeza y desesperanza de duración prolongada, afectando las principales áreas de vida del ser humano y llegando a provocar síntomas somáticos. Tiene como característica principal la tristeza y los síntomas tienen que estar presentes por lo menos 2 semanas. Este trastorno es ocasionado por la combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales; no obstante, en algunos casos, no suele haber causa externa aparente.

Según Segal et al. (2013) la depresión es un trastorno que incapacita a la persona de pensar con claridad, disminuyendo su motivación, afectando su funcionamiento psicomotor, apetito y sueño, sumiendo a la persona en un estado de dolor y sufrimiento emocional.

Feixas y Compañ (2015) definen la depresión como un trastorno que afecta diferentes niveles del funcionamiento individual: a nivel afectivo por la tristeza, a nivel cognitivo por la desesperanza, a nivel psicomotor por la inhibición y a nivel conductual por la hiperactividad.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 2016) es una alteración del estado de ánimo acompañada de síntomas de angustia



que están presentes la mayor parte del día, durante al menos dos semanas y que afectan la manera en cómo piensa, siente y percibe el mundo.

Chávez y Tena (2018) describen la depresión como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda, que puede ser episódica o permanente. Las personas con este trastorno presentan diversos síntomas, según su personalidad y vivencias pasadas, entre las más comunes están la sensación de abatimiento, insomnio, infelicidad, culpabilidad y una incapacidad para disfrutar actividades o acontecimientos de la vida diaria, que antes le provocaban placer.

El MINSA (2020) define la depresión como un trastorno mental en donde el individuo experimenta un humor depresivo, pérdida de interés, incapacidad para disfrutar cosas y fatiga constante, causando un malestar significativo y deterioro de la calidad de vida.

## **2.2. Modelo Cognitivo de la Depresión**

El modelo cognitivo de la depresión es una teoría y psicoterapia enfocada en modificar los patrones de pensamientos y comportamientos disfuncionales. Constituye una teoría coherente basada en evidencia científica acerca de esta psicopatología y la forma en la que puede ser abordada (Gonzales et al., 2017).

El principal postulado de este modelo es que la forma en como procesamos la información ante situaciones estresantes determinará si aparecerán síntomas depresivos (Chávez, 2020). Por lo tanto, en la depresión el individuo experimenta pensamientos negativos que influyen en la manera cómo percibe la realidad, estos

llamados esquemas cognitivos constituyen un factor importante para la personalidad, generando perturbación emocional.

Beck et al. (2010) elaboraron el modelo cognitivo con base a las investigaciones experimentales y evidencia empírica, facilitando el desarrollo del modelo y la terapia derivada de ella. Para entender el modelo cognitivo, estos autores elaboraron tres conceptos: tríada cognitiva, los esquemas y errores cognitivos.

La primera es la tríada cognitiva, siendo explicada con base a tres componentes. El primer componente es la visión negativa acerca de sí mismo, percibiéndose como alguien desgraciado, incompetente y con poco valor. El individuo asume que las experiencias negativas que ha vivido se deben a un defecto suyo, ocasionando que crea que es alguien inútil y carente de valor. Piensa que no tiene las capacidades necesarias para lograr la felicidad, subestimándose y criticándose a sí mismo con base a sus desperfectos. El segundo componente consiste en la visión negativa de sus experiencias pasadas; perciben al mundo como altamente demandante, asumiendo que este le pone obstáculos exagerados y/o insuperables para alcanzar sus metas. Sus interacciones con el entorno son interpretadas en forma de derrota o frustración, aun cuando existe la posibilidad de hacer interpretaciones más objetivas. El tercer componente es la visión negativa acerca del futuro; el individuo anticipa que sus malas experiencias y sufrimiento continuaran incluso en sus proyectos a largo plazo, generando expectativas de fracaso y esperando frustraciones interminables e indefinidas.

La segunda es la organización estructural del pensamiento depresivo; las situaciones están conformadas por un conjunto de estímulos de los cuales los individuos atienden selectivamente, combinándolos y conceptualizando la situación. El individuo suele ser consistente en su respuesta ante fenómenos que son similares, según Beck et al. (2010) “Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables” (p.21). El esquema convierte los datos del entorno en cogniciones, ya sea una idea con un contenido verbal o gráfico, de este modo, se puede localizar, diferenciar y codificar el estímulo que percibe el individuo. Un esquema puede estar inactivo por un largo periodo de tiempo hasta ser activado por situaciones estresantes del entorno, lo cual va a determinar la manera de responder de la persona.

La tercera son los errores en el procesamiento de la información; estos errores mantienen la creencia del individuo de que sus pensamientos y conceptos depresivos son válidos, a pesar de existir evidencia que sustente lo contrario. También se les conoce como distorsiones cognitivas, Álvarez et al. (2019) lo definen como “la predisposición para procesar información de acuerdo a los códigos contenidos en los esquemas cognitivos” (p.3). Por otro lado, Beck et al. (2010) los dividieron de la siguiente forma:

Inferencia arbitraria, sucede cuando el individuo se adelanta a una conclusión sin tener evidencias, aun cuando se posea pruebas que demuestren lo contrario.

Abstracción selectiva, sucede cuando el individuo se centra en un detalle de la situación, ignorando otras características importantes. Esto ocasiona que interprete la experiencia con base a un panorama limitado.

Generalización excesiva, es cuando se elabora una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados, aplicando esta regla a situaciones relacionadas o inconexas.

Maximización y minimización, se evalúa la significación o magnitud de un evento en base a los errores cometidos.

Personalización, es cuando el individuo se atribuye a si mismo fenómenos externos sin evidencia para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista o dicotómico, se define como la tendencia de evaluarse a sí mismo o todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, siendo mayormente de características negativas.

### ***2.2.1. Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión***

La teoría cognitiva establece que las experiencias tempranas sirven como base para la formación de los esquemas negativos de uno mismo, el futuro y el mundo. Estos esquemas pueden permanecer inactivos por un largo periodo de tiempo hasta ser activados por una situación o experiencia estresantes similares a las experiencias que un inicio las formó. Por lo tanto, no todas las experiencias negativas o estresantes producen necesariamente depresión, dependerá en gran medida del tipo de situación y el significado que tenga para la persona (Beck, et al., 2010).

### ***2.2.2. Un Modelo de Interacción Recíproca***

Según la teoría cognitiva el ambiente del individuo (familia, amigos, compañeros, etc.) puede influir en el desarrollo de la depresión. Beck et al. (2010) refieren que las acciones de un individuo tienen un impacto directo o indirecto en las conductas de otros, cuyas acciones influyen nuevamente en él, siendo un proceso recíproco. Por consiguiente, puede suceder que un individuo con principios de depresión se aleje de su círculo social cercano, ocasionando que estas personas, al sentirse desplazadas sin razón aparente, reaccionen con rechazo o críticas, influyendo en la salud mental del individuo, activando su depresión, agravando su condición y ocasionando un mayor aislamiento. Si este círculo vicioso continúa, puede generar que los intentos de ayuda, muestras de cariño o afecto por parte de los demás no sean efectivos. En contraparte, si el individuo posee relaciones interpersonales armoniosas y un fuerte apoyo social, puede servir como un amortiguador en los inicios de la depresión, evitando que el paciente se autocritique y/o subestime.

### ***2.2.3. Descripción del modelo cognitivo de la depresión***

Los individuos que padecen de depresión tienen una predisposición a la vulnerabilidad cognitiva que se activa ante situaciones estresantes. Esta vulnerabilidad está conformada por un conjunto de esquemas negativos relacionados a pérdida, inutilidad o derrota. Esto genera una percepción negativa del sí mismo como inútil, desgraciado e incompetente; del mundo como altamente exigente, demandante, que pone obstáculos insuperables y no brinda gratificación;

y del futuro, visto como desesperanzador y con tragedias inevitables. Por lo tanto, ante un incidente crítico o situación estresante se activará la depresión, que será expresada por medio de contenidos cognitivos negativos y/o errores en el procesamiento de la información, aumentando la depresión y generando un círculo vicioso. Los pensamientos automáticos son resultados de la interacción entre una situación interna o externa y los sesgos al interpretar los sucesos estresantes (Ruiz et al., 2012).

### **2.3. Modelo conductual de la depresión: activación conductual**

Según Vargas (2018) la activación conductual es una terapia breve, conductual y estructurada que aplica los principios del aprendizaje. Tiene como objetivo contrarrestar los síntomas de la depresión, recuperando la actividad, aumentando la productividad y satisfacción emocional de sus pacientes, esto a través de conductas y programación de actividades presentes en el repertorio de la persona. Los fundamentos de esta terapia establecen que los síntomas depresivos son producidos por la pérdida de refuerzos positivos en la vida del paciente, por lo que no centra su interés en factores cognitivos como elementos que mantienen el trastorno.

La teoría conductual emplea un análisis funcional para explicar la conducta llamada *el modelo ABC de la teoría conductual*, en donde A son los antecedentes de la conducta (estimulo que genera la conducta), B representa la conducta y C las consecuencias de la conducta. Ramnero y Torneke (2008, citados por Kanter et al.,2011) explican el modelo de la siguiente manera: B es que está haciendo la

persona, A cuando lo hace y en presencia de qué estímulos, y C que sucede después de que lo hace.

En la teoría conductual la principal causante es el ambiente, pero en el caso de que estos sean distantes, confusos o no se puedan modificar, se pueden incluir los pensamientos y sentimientos, que en ocasiones su disminución puede servir como consecuentes que mantienen conductas negativas. Por lo tanto, la teoría conductual se centrará en identificar la relación entre el antecedente, conducta y consecuencia negativa, para así realizar una reestructuración de estas variables (Kanter et al.,2011).

### ***2.3.1. Descripción del modelo conductual***

Con el transcurso del tiempo, múltiples investigaciones han colaborado a las bases teóricas del modelo conductual de la depresión (Kanter et al.,2011). La teoría original de Lewinsohn explicaba como los ambientes en donde había pérdida de refuerzos positivos daban cabida a la depresión; las investigaciones de Ferster evidenciaban como los ambientes con excesivos refuerzos negativos generaban este trastorno y los estudios de Seligman mostraban como los ambientes donde se propicia castigos inevitables, llamado indefensión aprendida, podía conducir a la depresión; estos tres procesos (pérdida de reforzamiento positivo, aumento de refuerzo negativo y castigo) son la base para comprender este modelo.

La falta de contacto, pérdida o retirada de los reforzadores positivos estables y/o diversos ocasiona que el individuo se sienta mal o tenga una reacción emocional negativa. Cuando el ambiente reduce o elimina los refuerzos positivos, la respuesta

operante del individuo es la reducción de la conducta y la respuesta respondiente sería la reacción emocional negativa (tristeza, enojo, desesperanza, frustración, etc.), siendo estas reacciones normales ya que tienen una función adaptativa, como por ejemplo tratar de disminuir el dolor o la pérdida (Barraca, 2009).

Según Skinner (1994) el refuerzo negativo sucede cuando al evitar o eliminar un estímulo desagradable para el individuo previo a la conducta, aumenta la probabilidad de que esta se repita. Kanter et al. (2011) mencionan que “la evitación de la experiencia es una conducta negativamente reforzada por la eliminación o reducción de experiencias emocionalmente aversivas” (p.39). Cuando la evitación se vuelve generalizada y domina al individuo, genera pérdidas en el repertorio de refuerzos positivos, ya que se vuelve difícil engancharlo a una conducta que lo lleve a realizar conductas agradables. Por lo tanto, evitar excesivamente experiencias desagradables y sus consecuencias ocasiona un ambiente deprimido y se mantienen porque son éxitos a corto plazo.

Kanter et al. (2011) refieren que el castigo reduce la conducta operante y genera reacciones emocionales en respuesta, siendo su principal objetivo disminuir la conducta castigada, haciéndonos sentir mal. Cuando los castigos que han sido excesivos o crónicos dejan de producirse, siguen influyendo en la conducta del individuo a pesar de no estar presentes, asumen que no hay nada que hacer ante las desgracias o desastres de la vida, creando así la indefensión aprendida. Seligman (1983, citado por Ponce, 2015) define la indefensión aprendida como un estado psicológico que resulta de la percepción de falta de control ante los acontecimientos inevitables e incontrolables de la vida, el individuo siente que no puede hacer nada



para cambiar su situación actual, por lo que asumirá un rol de pasivo ante los castigos del ambiente, a pesar de que tenga la posibilidad de cambiar las circunstancias.

El modelo conductual afirma que la depresión siempre tiene sentido y es una respuesta lógica ante las adversidades de la vida y los estresores del ambiente. Esta vendrá determinada por la historia personal, el presente y la biología del individuo, por lo que cada persona tendrá una manera diferente de vivir la depresión y las causas serán diversas (Kanter et al., 2011).

## **2.4. Neuropsicología y depresión**

### ***2.4.1. El perfil Neuropsicológico en la Depresión Mayor***

Ruíz (2009) refiere que los déficits neuropsicológicos en pacientes con depresión mayor están mayormente relacionados con una disfunción del lóbulo frontal, esto involucraría la función ejecutiva, que está relacionada con la capacidad de resolver problemas, planificación o programación de acciones futuras, capacidad de mantener planes hasta ser llevados a cabo, inhibición de acciones no necesarias para la ejecución de la tarea, flexibilidad cognitiva y toma de decisiones. Por otro lado, encontró que las quejas respecto a la memoria en pacientes con trastorno depresivo mayor son mayores que los adultos sin depresión, no obstante, el desempeño cognitivo fue casi similar respecto a memoria explícita verbal. Es posible que esto se deba a que la depresión no influiría negativamente sobre el aprendizaje explícito, al menos no como lo reportan los pacientes con este trastorno. Otra explicación recaería en que los pacientes con trastorno depresivo mayor suelen

ser más aprensivos frente a situaciones de olvido o dificultades para evocar recuerdos, ocasionando que tiendan a magnificarlos.

Respecto a la atención, los estudios demuestran alteraciones en la velocidad psicomotora, esto debido a la lentitud o agitación psicomotora que se produce en el trastorno depresivo mayor. No obstante, la atención sostenida, foco atencional, atención dividida no se encuentran significativamente alterados. Con base a esto, se puede afirmar que la atención se encuentra alterada mas no deteriorada, puesto a que solo hay un único aspecto alterado; esto es respaldado por la investigación de Grant, donde afirma que la velocidad y coordinación perceptuo-motora no se encontraban afectadas de una manera significativa. Por último, la función ejecutiva se ha visto alterada, siendo las principales fallas en la capacidad de análisis/síntesis y conceptualización. Estos resultados no podrían ser explicados por la sintomatología depresiva ya que el enlentecimiento psicomotor, fallas en la concentración, olvido o anhedonia no afectan directamente estas funciones. Es posible que estas fallas sean la explicación de algunos síntomas como la dificultad para tomar decisiones, solucionar problemas o de algunos síntomas cognitivos relacionadas a la evocación de recuerdos (Ruíz, 2009).

#### ***2.4.2. Neurotransmisores implicados en la depresión***

La serotonina tiene una fuerte influencia en la regulación del humor y el temperamento, los medicamentos enfocados en aumentar los niveles de serotonina demuestran un alto nivel de eficacia para tratar diversos trastornos mentales, entre ellos el trastorno depresivo mayor. Las alteraciones en el tono serotoninérgico y

neurotransmisión están asociadas a varios aspectos del humor y tendencias a trastornos afectivos (Díaz y Gonzáles, 2011). Esto es respaldado por Guadarrama, Escobar y Zhang (2006), los cuales refieren que la serotonina está relacionada con la conducta, movimiento, percepción del dolor, deseo sexual, apetito, funciones cardíacas y sueño/vigilia. Gran parte de la serotonina es producida en los núcleos del raquídeo, en su mayoría en el noveno núcleo, localizado entre la línea media del puente y bulbo raquídeo, que son parte del tallo cerebral.

Noradrenalina, este neurotransmisor es producido por el locus coeruleus, que está ubicado en el tallo cerebral, sus neuronas envían sus axones a las estructuras límbicas que incluyen la amígdala, formación hipocámpica y corteza prefrontal. Debido a su actividad tónica como marcapaso, la actividad de las neuronas genera un aumento significativo en la vigilia y estrés, contribuyendo en la alerta del organismo para sobrevivir. Resultado de esto, el estrés crónico ocasiona depresión reactiva, las reservas de noradrenalina tienden a agotarse, manteniendo este estado de depresión (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

Dopamina, estudios en animales han evidenciado una relación entre la actividad dopaminérgica y la depresión, jugando un rol fundamental en las funciones motoras, cognitivas y emocionales (Díaz y Gonzáles, 2011). Es considerado principalmente un neurotransmisor inhibitorio y contribuye en el mantenimiento del estado de alerta, siendo su síntesis por la misma vía que la noradrenalina.

## **2.5. Síntomas**

El Centro Provincial Información de Ciencias Médicas Camagüey (2018) divide los síntomas de la depresión en dos grupos. El primer grupo son los síntomas emocionales, los cuales son la excesiva culpabilidad, ideas pesimistas de sí mismo, del futuro y el mundo, ideación suicida, aislamiento, sensibilidad y tristeza la mayor parte del día, desinterés, indecisión, desesperanza, incompreensión, angustia y miedo. El segundo grupo son los síntomas físicos, como la falta de energía, malestar general, fatiga, pérdida del apetito, poco o nulo deseo sexual, problemas de sueño, dolor de cabeza, dolores musculares, fallas en la memoria, pesadez, falta de concentración y aumento o disminución del ritmo motor.

Según la APA (2010) la depresión afecta a diferentes personas de diversas formas, experimentando mayormente los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo de forma prolongada, sensación de vacío, desesperanza, anhedonia, sentimiento de culpa excesiva e inutilidad, enojo e irritabilidad, inquietud, incapacidad para concentrarse, fatiga, insomnio, aumento o disminución del apetito, malestar físico como dolores de cabeza o estómago, alejamiento de familiares o amigos e ideación suicida.

## **2.6. Indicadores de la depresión**

### **2.6.1. Anhedonia**

Según Riera (2017) la anhedonia consiste en la “incapacidad para obtener placer en circunstancias que con anterioridad sí lo procuraban. Es uno de los síntomas depresivos por excelencia” (p.107). Por otro lado, Olivares (2007) la

define como la incapacidad del individuo para sentir placer en cualquier experiencia o actividad, característico de los estados depresivos. Este autor describe un proceso mediante el cual se va manifestado y evolucionando la anhedonia. En primer lugar, se manifiesta por la disminución o desaparición del apetito y posteriormente por la incapacidad de obtener satisfacción de estos. En segundo lugar, la motivación y deseos por realizar cualquier actividad disminuye junto con la satisfacción correspondiente. En tercer lugar, desaparece el deseo de recuperar energías y descansar, siendo reemplazado por un sentimiento de fatiga. En cuarto lugar, desaparece el deseo sexual y la satisfacción que esta genera. Por último, la satisfacción que produce las interacciones sociales disminuye y en ocasiones desaparecen totalmente. Esto concuerda con lo mencionado en la DSM-V (APA,2010) donde refieren que la perdida de interés o placer en los pacientes inicia en relación a los hobbies, posteriormente sigue el aislamiento social y en algunos pacientes la reducción del interés o deseo sexual.

### ***2.6.2. Disforia***

Mesa y Rodríguez (2007) definen la disforia como un estado emocional en donde predomina el malhumor o irritabilidad. Esta psicopatología se puede manifestar de diferentes formas según las características del individuo, como la irritabilidad, amargura, pesimismo e ira. La persona disfórica suele ser huraña, se muestra altamente sensible ante el más pequeño estímulo que le desagrada y su reacción es desproporcionada al evento que lo provocó, manifestando quejas,

insultos o estallidos de cólera. Esta psicopatología está fuertemente asociada con el humor depresivo, reemplazando a la tristeza o combinándose con ella.

La irritabilidad es un síntoma frecuente dentro de los episodios depresivos, a pesar de no estar incluido dentro de los criterios diagnósticos de la DSM-V para la depresión en adultos, ocurriendo entre un tercio y la mitad de pacientes con esta condición. Según Salazar y Saavedra (2019) “este síntoma se describe como una respuesta emocional provocada por un estímulo que fácilmente lleva al estado de ira, considerándose una expresión frustrante de la no-recompensa, que se traduce como una reacción al bloqueo de realización de metas” (p.38). Sumado a esto, algunos estudios sustentan que la irritabilidad está asociada a un mayor grado de depresión, comportamiento suicida y menor calidad de vida.

### ***2.6.3. Desesperanza***

La esperanza es considerada una condición necesaria para la acción y motivación del individuo, genera sentimientos positivos y una sensación de bienestar en las personas (Granados y Reyes, 2014). Por el lado contrario, aquellos que estén sumergidos en la desesperanza les producirá sentimientos negativos, apatía, afecto embotado, inactividad y falta de energía.

Abramson et al. (1997) postulan que la desesperanza es la principal causante de la depresión y la definen como la percepción negativa de que algo muy querido o importante tiene pocas o nulas probabilidades de suceder, siendo imposible cambiar o controlar el resultado de estos sucesos. Estos autores establecen un modelo de vulnerabilidad-estrés, en donde afirman que los individuos con estilos

inferenciales negativos tienen un mayor riesgo de padecer depresión cuando experimentan acontecimientos negativos. Estas inferencias son divididas en tres: tendencia a inferir que los factores estables y globales ocasionan experiencias negativas; tendencia a inferir que si suceden acontecimientos negativos en el presente también sucederán en el futuro y tendencia a atribuirse características negativas cuando ocurren hechos negativos.

Según Beck (1967, citado por Granados y Reyes, 2014) la desesperanza consiste en un “deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro” (p.35). Tiene como base los esquemas cognitivos, los cuales tienen en común la visión negativa del futuro a mediano y largo plazo, lo que ocasiona sentimientos de desesperación y desmotivación.

#### ***2.6.4. Falta de interés***

Según Gonzales et al. (2007) esta condición se manifiesta por medio de la falta de interés por lo que sucede a su alrededor, demostrando insatisfacción y poco/nulo interés por los demás. La falta de interés se observa cuando el individuo se aísla, se refugia en su casa o habitación, evita cualquier evento social y cuando disminuye la motivación por hacer actividades que antes le causaban placer, por lo que el área personal y social se verá gravemente afectado.

Maset (2015) afirma que es un síntoma común en la depresión y se manifiesta por medio de la pérdida de interés por las actividades o pasatiempos habituales que le generaban satisfacción, hasta llegar a perder la libido o interés en

las relaciones sexuales. Por otro lado, López (2021) explica que el desinterés en la depresión se da la mayor parte del día y casi todos los días; la persona afectada deja de lado sus hobbies, pierde el interés por su familia, amigos o trabajo, aislándose del entorno y disfrutando menos sus momentos de ocio. Esta falta de iniciativa influye en la toma de decisiones del individuo, ocasionando que procrastine sus actividades cotidianas, produciendo un abandono de las responsabilidades personales, laborales e incluso abandonando su higiene corporal.

#### **2.6.5. Autodesprecio**

El autodesprecio es definido como un fuerte sentimiento de rechazo parcial o total hacia uno mismo debido a la inconformidad con la manera en cómo nos vemos, nos sentimos o somos. Este desprecio puede estar relacionado a los sentimientos, emociones, físico o la forma en como nos relacionamos con el entorno, sintiendo que no podemos cambiar aquello que nos hace sentir mal (Molina, 2020). Estos pensamientos negativos son formados en gran parte desde la niñez y/o adolescencia, y es resultado de actitudes negativas por parte de personas que le tenemos alta estima hacia nosotros que son interiorizados y tomadas como verdaderas, siendo el pensamiento autocritico más frecuente en las personas es *soy diferente a los demás*, en un sentido negativo y de desprecio.

Muñoz (2019) refiere que el autodesprecio tiene como base la visión negativa del sí mismo y la conceptualiza como el odio de uno o varios aspectos del sí mismo manifestado a través de los pensamientos. Puede ser causada por diversos factores, entre ellos está el rechazo, cuando la persona ha sido víctima de prejuicio



por parte de los demás e interioriza estos conceptos; el fracaso, cuando se siente decepcionado consigo mismo o que no ha logrado nada significativo en su vida, interpretando que es una persona inútil, incapaz o ineficiente y por último el perfeccionismo, cuando hay una falta de compasión por sí mismo y poca tolerancia al error.

#### ***2.6.6. Desvalorización de la vida***

Frankl (2001) define el sentido de vida como aquella razón o razones que tiene el hombre acerca de su propia existencia, dirigida hacia algo o alguien, buscando la trascendencia en cada acción que realice. Por otro lado, Martínez (2007, citado por Druet et al., 2014) la conceptualiza “la percepción afectiva- cognitiva de valores que orientan a un individuo a actuar de determinada forma ante las distintas situaciones que se le presentan en la vida” (p.166).

Según Armas y López (2018) las personas que padecen de algún suceso traumático y que carecen de algún sentido de vida pueden padecer de sentimientos de vacío, apatía o aburrimiento, la cual puede desencadenar un trastorno del estado de ánimo. El sentido de vida permite afrontar las adversidades de la vida con mayor fortaleza, por lo que es considerada un factor protector para evitar psicopatologías, fomentar el bienestar psicológico y la resiliencia.

Kanter et al. (2011) afirman que una vida significativa está llena de reforzadores positivos diversos y estables, por el contrario, una vida deprimida será aquella con poco o nulo contacto con reforzadores positivos, dicho de otro modo, una vida sin significado. La importancia del contacto con diversos reforzadores no

recae solamente en el placer o hedonismo, sino en el bienestar que genera tener un repertorio amplio de conductas significativas. Sumado a esto, los autores hacen hincapié en el rol de los valores en una vida con significado, siendo importante identificarlos y realizar conductas coherentes a estas para así crear una vida rica y significativa.

## **2.7. Clasificación de los Trastornos Depresivos**

### ***2.7.1. El trastorno depresivo recurrente***

El individuo padece de episodio repetitivos de depresión caracterizado por un estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de interés, disminución de la energía, alteraciones del sueño y apetito, sentimientos de culpa, ideación suicida, dificultades de concentración y baja autoestima por un periodo mínimo de dos semanas (OMS, 2020). Según el número de síntomas y su intensidad, los episodios depresivos pueden ser leves, moderados y graves (Becerra y Pachamora, 2015):

En el episodio depresivo leve, los síntomas suelen afectar la capacidad del individuo de llevar a cabo sus actividades diarias, laborales y sociales, no obstante, no suspenderá sus actividades completamente y habrá poca presencia de síntomas somáticos.

En el episodio depresivo moderado, los síntomas somáticos se vuelven más intensos, presenta dificultades para continuar con sus actividades diarias, laborales y sociales, posee dificultades para conciliar el sueño y hay un cambio notorio en el apetito, todo esto durando al menos dos semanas.

En el episodio depresivo grave, está presente la angustia y agitación, hay una pérdida de la autoestima, sentimientos de culpa e inutilidad y pensamientos suicidas. El individuo es incapaz de continuar con su rutina diaria, actividades laborales y sociales, los síntomas somáticos están presentes con mayor frecuencia y debe durar por lo menos dos semanas.

### ***2.7.2. La distimia***

Es un trastorno donde está presente la sintomatología depresiva, pero es menos severa que un trastorno depresivo recurrente y el tiempo de duración son de un mínimo de dos años (NIMH, 2016). Este trastorno suele iniciar en la adolescencia y los síntomas que mayormente están frecuentes son disminución en el apetito o sobrealimentación, alteraciones del sueño, disminución de la energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

## **2.8. Depresión Durante el Confinamiento**

En un estudio realizado en China durante la fase inicial de la pandemia, se descubrió en una muestra de 120 personas que el 13.8% presentaba depresión leve, el 12.2% depresión moderada y el 4.3% depresión grave. Los mayores niveles de depresión estuvieron presentes en los varones, personas sin educación y con molestias físicas. Las personas que sufrieron la pérdida de un ser querido de forma repentina por el COVID-19 sin la posibilidad de despedirse puede generar sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, ocasionando un duelo patológico

(Huarcaya,2020). El personal médico no capacitado para dar malas noticias puede generar un impacto negativo en los familiares, por lo que también resulta importante que sean capacitados para esta labor.

## **CAPITULO III**

### **FUNDAMENTO TEORICO DE LA VARIABLE ANSIEDAD**

#### **3.1. Ansiedad**

##### ***3.1.1. Definiciones***

Según Patilla (2011) el término ansiedad deriva del latín *anxietas*, el cual significa congoja o aflicción producida por la inseguridad o temor ante una experiencia interpretada como inminente y amenazante. Es estudiada desde que se tiene registro de la historia de la humanidad, diversas especialidades se han dedicado a investigar las causas y tratamientos aplicables para este trastorno, notándose en la antigüedad aportes desde la filosofía y religión; y actualmente de la medicina y ciencias sociales. Esta condición es inherente al ser humano, por lo que se encuentra hasta en los países más desarrollados y puede ser repotenciado por diversos desastres, tragedias o presiones de la vida cotidiana, afectando de forma negativa la salud mental de sus pobladores (Clark y Beck, 2012).

La DSM-V (APA, 2010) define la ansiedad como una respuesta anticipada a un evento futuro amenazador, teniendo como característica principal el miedo. Suele ser una respuesta humana normal ante situaciones desconocidas; no obstante,

si alcanza niveles patológicos podría configurar como un trastorno de ansiedad, debido a que afecta uno o varios ámbitos de la vida del ser humano.

Mesa y Rodríguez (2007) conceptualiza la ansiedad como un sentimiento aversivo ocasionado por un temor indefinido que genera malestar personal, aumento de la actividad mental, agitación motora y afectando tanto el componente psíquico como corporal.

Barlow y Durand (2010) la define como un estado emocional negativo que genera tensión física y miedo al futuro. Suele ser una manifestación subjetiva puesto a que la respuesta se presenta de diferentes formas en las personas, desde pensamientos negativos hasta respuestas fisiológicas inusuales como el aumento del ritmo cardíaco.

Rajo (2011) define la ansiedad como un estado de alerta del organismo ante la amenaza de su integridad física y psicológica, con la finalidad de huir o luchar ante el problema. Este autor refiere que hay dos tipos de ansiedad: normal y patológica. La ansiedad normal es una condición que adoptamos genéticamente, la cual es adaptativa y produce una acción eficaz. En la ansiedad patológica no coincide la respuesta con el estímulo, es desadaptativa, poco útil y afecta el rendimiento psicofísico.

Patilla (2011) la considera como un estado subjetivo de alerta ante una situación amenazante, activando una serie de mecanismos de respuesta manifestados en sintomatologías como malestar, tensión o displacer variando en gravedad, dependiendo de la percepción de amenaza.

Clark y Beck (2012) hacen hincapié en la distinción de miedo y ansiedad. El miedo es un estado automático de alarma que tiene bases neurofisiológicas, la cual es resultado de una valoración cognitiva de amenaza o peligro hacia sí mismos. La ansiedad lo definen como:

Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p.23)

Resumiendo lo planteado, la ansiedad es el estado de afecto negativo que aparece como respuesta emocional ante el miedo, definido como la valoración cognitiva de la amenaza.

Spielberg (1972, citado en Rojo, 2011) afirma que para definir la ansiedad hay que establecer la diferencia entre la ansiedad como rasgo y estado. La ansiedad como rasgo es una característica estable de la personalidad y se refiere a la tendencia que tienen los individuos de responder de forma ansiosa, como consecuencia a ellos, percibirán una mayor parte de las experiencias como amenazantes. La ansiedad como estado es una combinación de sentimientos negativos acompañados de cambios fisiológicos los cuales varían en el tiempo. A pesar de ser diferentes, ambos conceptos se encuentran relacionados. Spielberg refiere que aquellas personas que presentan puntuaciones elevadas en ansiedad rasgo perciben mayores cantidades de situaciones como amenazantes y, en consecuencia, se encuentran más vulnerables a padecer ansiedad como estado.

Ramírez (2017) refiere que la ansiedad es una “respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas. Se puede considerar también como una expectativa aprensiva” (p.59).

Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) refieren que la ansiedad se caracteriza por la presencia de ataques de miedo, tensión muscular, temblores, desmayos, agitación fisiológica, aumento del ritmo cardiaco, exaltación y respiración entrecortada.

El MINSA (2020) define la ansiedad como una emoción normal ocasionada por eventos o situaciones sorprendidas, nuevas o amenazantes. Es un mecanismo básico para la supervivencia del individuo, lo incita a actuar, confrontar una situación amenazante o prepararse para escapar, con la finalidad de adaptarse al entorno.

Cruz (2021) la considera como una respuesta anticipada a un daño o situación futura acompañada de sentimientos negativos y síntomas somáticos. Se puede conceptualizar como una respuesta normal ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, no obstante, puede llegar a ser irracional, ya sea por la falta de un estímulo que la provoque o una respuesta extrema ante el evento estresante, dando como consecuencia un comportamiento disfuncional y malestar significativo en el individuo.

Sintetizando estas definiciones, la ansiedad se puede definir como un estado emocional negativo en respuesta a la exposición de uno o varios estímulos



percibidos como amenazantes, variando su intensidad en el transcurso del tiempo y en la aparición de los síntomas dependiendo de la persona.

### ***3.1.2. Componentes de la Ansiedad***

Seguendo a Barlow y Durand (2010) la ansiedad está constituida por tres componentes:

El componente biológico, que está constituido por la herencia, es la tendencia a estar intranquilos y tensos. Lo que hace al ser humano vulnerable a la ansiedad es la combinación de distintos genes de diversas áreas de los cromosomas. También se ha visto la contribución de neurotransmisores como ácido aminobutírico (GABA), benzodiazepina y serotonina en la regulación de la ansiedad. Con respecto a las áreas del cerebro asociadas, el sistema límbico es el que tiene mayor participación en ese trastorno. Por lo tanto, se puede afirmar que los trastornos de ansiedad, a nivel biológico, es el resultado de la compleja interacción entre todos estos y más procesos, por lo que no se puede atribuir a una única causa, sistema u órgano.

El componente psicológico, en donde el ser humano comprende que hay situaciones en las cuales no siempre tendrá el control o dominio. Esto puede afectar la percepción del individuo sobre sus recursos y capacidades para afrontar el problema, generando que tenga un nivel bajo de autoeficacia, viendo al mundo como un escenario hostil, a sí mismo como vulnerable y al futuro como incontrolable, convirtiéndose todo esto en ansiedad y miedo al porvenir.

Por último, en el componente social, los estresores provenientes del ambiente activan la vulnerabilidad biológica y psicológica del individuo a la ansiedad. Estos estresores en su mayoría son de naturaleza interpersonal, como el matrimonio, divorcio, desempleo, la muerte de un familiar, etc. Algunos de estos pueden ser físicos, como una lesión, accidente, enfermedad o pérdida de un miembro del cuerpo. Las presiones sociales también pueden funcionar como estresores: rechazo del grupo, necesidad de sobresalir académicamente o laboralmente, aprobación de la familia o amigos, entre otros.

### ***3.1.3. Modelo Cognitivo de la Ansiedad***

El modelo cognitivo fue establecido por Beck, brinda una de las explicaciones más aceptadas y con mayor sustento científico para tratar la ansiedad y cómo es que puede persistir a pesar de la ausencia de peligro. Esta resalta la importancia de la creencia de los individuos en los problemas de ansiedad, así como también la forma en cómo interpreta los estímulos que percibe y sus reacciones fisiológicas (Ruiz et al., 2012). En los trastornos de ansiedad, los esquemas y creencias nucleares tienen que ver principalmente con la amenaza o peligro; Clark y Beck (2012) afirman que el modo de pensar afecta en cómo uno se siente, siendo este enunciado la base de todo el modelo cognitivo. A pesar de esto, las personas suelen tener dificultades para reconocer cómo sus cogniciones afectan su estado de ánimo, debido a la experiencia incontrolable y la activación fisiológica intensa durante la ansiedad aguda.

El modelo cognitivo de la ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad, definido por Clark y Beck (2012) como “la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad” (Pag.69). Gran parte de los trastornos de ansiedad tienen como base la vulnerabilidad y esta se ve agudizada por los procesos cognitivos distorsionados de la persona. Según los autores, es común observar el aumento de la sensación de vulnerabilidad en las personas que tienen una sesgada valoración primaria de la amenaza, definido como el proceso de evaluación que realiza la persona sobre la probabilidad de daño y la gravedad de la misma. Consecuente a este proceso sucede la revaloración elaborativa secundaria, definido como la percepción de señales de seguridad y la capacidad de afrontar el peligro en situaciones amenazantes. Cuando las personas se encuentran en un estado elevado de ansiedad, subestiman su capacidad de afrontar situaciones de peligro y omiten las señales de seguridad. Se puede inferir entonces que la intensidad del estado de ansiedad dependerá de la interacción entre el primer proceso (probabilidad y gravedad de la amenaza) con el segundo proceso (afrontamiento y seguridad).

El procesamiento automático y estratégico influyen activamente en la ansiedad. Según Cubides y Gonzales (2018), el primero consiste en un proceso situado en el plano preconscious, es decir involuntario y sin esfuerzo. Requiere una mínima capacidad de procesamiento atencional y puede suceder de forma paralela a la experiencia, por lo que el análisis de la situación es mínimo. Los procesos cognitivos, neurofisiológicos y del aprendizaje de la ansiedad, los cuales son

fundamentales en este trastorno, suceden a nivel automático. El proceso estratégico requiere mayor esfuerzo y está situado en el plano consciente. Suele ser intencionado y voluntario, requiriendo mucho procesamiento atencional y mayores niveles de síntesis y análisis semántico. Algunos de los ejemplos de este procesamiento son las valoraciones, razonamiento, memoria y pensamientos sesgados por la situación de peligro. Por lo tanto, en la terapia cognitiva se instruye al individuo para que reconozca sus valoraciones inmediatas de la amenaza (procesamiento automático) y cambiar los procesos cognitivos secundarios disfuncionales (procesamiento estratégico).

#### ***3.1.4. Etiología cognitiva de la ansiedad***

El eje principal de la teoría recae en la cognición, siendo el procesamiento de la información lo esencial para que el individuo se adapte a su entorno (Pacheco, 2018). Cuando este mecanismo presenta problemas, ocasiona un malestar tanto en el sentir como en el actuar; de esta idea parte la afirmación de que la corrección de la distorsión cognitiva mitiga el malestar en el sentir y actuar. Comúnmente en los trastornos de ansiedad, el individuo no suele señalar las cogniciones como las responsables de su ansiedad, sino a las situaciones. Otro común denominador en los trastornos de ansiedad es la sensación de peligro y/o ser categorizados como inferiores o ineficientes. En la teoría cognitiva se presta atención a las fantasías catastrofistas, que frecuentemente genera percepciones negativas acerca de las consecuencias y del rendimiento dado ante el inminente peligro. Además, existe

una tendencia a darle demasiada importancia a situaciones neutras, lo cual ocasiona que el cuerpo se sobre active de manera innecesaria y haya una pérdida de recursos.

La ansiedad se adquiere como resultado de la interacción entre el organismo y el ambiente, ocurriendo muchas veces más allá de lo racional. La vulnerabilidad constituye un factor común para las personas con ansiedad clínica, siendo definida por Beck et al. (2005, citados por Pacheco, 2018) como la percepción de sí mismo como objeto de múltiples amenazas sobre las cuales tiene poco o nulo control, generándole inseguridad. El modelo cognitivo describe la ansiedad como el resultado de una evaluación inadecuada y extrema de vulnerabilidad personal que parte de un procesamiento de la información deficiente que percibe como amenazante hasta los estímulos neutrales. Esta sensación de vulnerabilidad persiste debido al procesamiento de la información deficiente, el cual minimiza las ventajas, magnifica y centra la atención en las debilidades.

Los sesgos cognitivos también influyen en el desarrollo de la ansiedad, diversos estudios han mostrado que los individuos con este trastorno presentan sesgos a determinadas amenazas y eso los vuelve hipersensibles al peligro. Uno de los más frecuentes es el sesgo de memoria implícita, en donde los estímulos previos influyen en el individuo sin que este haya recuperado la información de manera consciente (Sanz, 2013). Este sesgo ocasiona una asociación implícita, en donde los conceptos de la memoria son asociados rápidamente con sensaciones desagradables, de incomodidad o temor ante estímulos que en realidad no pueden generar daños.

### ***3.1.5. Principios Básicos del Modelo Cognitivo***

Beck (1985, citado por Clark y Beck, 2012) en el inicio de su modelo cognitivo para la ansiedad estableció una serie de principios que fueron ampliados a medida desarrolló mayores investigaciones, descritos a continuación.

Valoraciones exageradas de la amenaza; durante los periodos de ansiedad, la atención se eleva y comienza a ser altamente selectiva hacia los estímulos amenazantes, que se interpretan como potencialmente graves para su bienestar. La amenaza es valorada con base a la proximidad temporal/física, naturaleza, probabilidad de ocurrencia y consecuencias. Este conjunto de características que se evalúan del estímulo determina el valor de la amenaza, la cual está presente en todos los trastornos de ansiedad y es automático.

Mayor indefensión, la ansiedad sesga la evaluación de los recursos de afrontamiento; dando como resultado que sean imprecisas y se subestime la capacidad de afrontar la amenaza detectada. Esta evaluación secundaria está relacionada con la teoría de Albert Bandura sobre la autoeficacia y expectativa del resultado. La primera se define como la autoevaluación del individuo sobre su capacidad de afrontar el problema; mientras que el segundo término significa que tan probable es que sus esfuerzos apacigüen la amenaza. Si ambos resultan positivos, los estados de ansiedad disminuirán o se encontrarán en un rango normal.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad; en los estados de ansiedad se produce un procesamiento altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que reduce la probabilidad o gravedad de daño percibido. Clark y Beck (2012) refieren que “la ansiedad no sólo se caracteriza

por un procesamiento selectivo aumentado del peligro sino también por una supresión selectiva de la información que sea incongruente con el peligro percibido” (p.78).

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo; el pensamiento lógico y razonamiento constructivo se ve limitado en los estados de ansiedad, siendo ineficaz para su reducción. Este razonamiento, el cual debe ser lento, lógico y bien construido, se torna más difícil de lograr y requiere de mayor esfuerzo, generando que sea más complicado evaluar de forma completa y equilibrada la potencial amenaza, contribuyendo a que la ansiedad persista y en casos más graves, llegando a estar el razonamiento ausente.

Procesamiento automático y estratégico; la ansiedad es incontrolable e involuntaria debido a la mezcla de los procesos cognitivos automáticos y estratégicos. El procesamiento automático se dará en la valoración inicial de la amenaza, dando como resultado el modo primal de la amenaza. El procesamiento estratégico, el cual es más controlado, será más evidente en la fase elaborativa secundaria, en donde se da la revalorización de la amenaza y recursos de afrontamiento.

Procesos Autoperpetuantes; la ansiedad funciona como un círculo vicioso, en donde la atención centrada en las señales, síntomas físicos y psicológicos pueden aumentar la angustia subjetiva experimentada. Se podría decir que la persona, en cierto punto, comienza a sentir ansiedad por estar ansiosa, encaminando sus esfuerzos a reducir este estado para así poder evitar las consecuencias catastróficas.

Primacía cognitiva; el común denominador de los trastornos de ansiedad son la activación de los esquemas de amenaza, que contienen una perspectiva distorsionada de la realidad (vista como extremadamente amenazante y peligrosa) y del sí mismo (visto como muy débil y/o vulnerable). Esto puede ocasionar una generalización en una amplia cantidad de situaciones o estímulos, interpretándolas de manera incorrecta como amenazantes y activando mecanismos de defensa fisiológicos y/o conductuales de manera innecesaria.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad; las creencias nucleares o esquemas sobre indefensión personal aumentan la vulnerabilidad a la ansiedad. Según Clark y Beck (2012) “algunos individuos presentan mayor riesgo a la ansiedad a consecuencia de ciertos factores genéticos, neurofisiológicos e historiales de aprendizaje que son factores causales en los trastornos de ansiedad” (p.84).

### ***3.1.6. Descripción del Modelo Cognitivo de la Ansiedad***

El estado de ansiedad comienza cuando el individuo entra en contacto con uno o varios estímulos internos o externos que amenazan sus interés públicos o privados. Los tipos de situaciones que provocan la ansiedad no son distribuidos al azar, puesto a que estos varían según el tipo de trastorno de ansiedad. Una vez hecho el contacto con el estímulo se activa el modo de orientación o “sistema de detección precoz de la alerta”, el cual opera sobre la base de coincidencias, identificando los estímulos que coinciden con los esquemas previos, asignándoles una prioridad inicial de procesamiento. La detección de los esquemas de orientación genera la



activación automática simultánea del modo primal de amenaza, el cual consiste en esquemas relacionados con la amenaza que van a funcionar como una forma de detección inmediata para que el organismo de una respuesta rápida y maximice la seguridad. Estas respuestas rápidas pueden ser cognitivas, conductuales, fisiológicas, motivacionales o afectivas, y se ven influenciadas por variables como sesgos cognitivos o pensamientos negativos. Por último, sucede la elaboración y revaloración secundaria, que se produce a un nivel más consciente y estratégico, en esta fase se evalúa los recursos de afrontamiento, búsqueda de señales de seguridad y revalorización de la amenaza. Los síntomas ansiosos, resultado de todo este proceso, puede retroalimentar el modo de orientación, fortaleciendo o debilitando la intensidad del estado (Clark y Beck, 2012).

### ***3.1.7. Síntomas Generales***

Según Patilla (2011) los síntomas de la ansiedad pueden dividirse en cinco grupos: físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales.

En los síntomas físicos existe la presencia de taquicardia, presión en el pecho, agitación motora, malestar digestivo, náuseas, vómitos, aumento de la sudoración, falta de aire, falta de energía, tensión muscular, mareo e inestabilidad, falta de apetito, disfunciones sexuales e insomnio.

En los síntomas psicológicos se puede presentar inquietud, agobio, sensación de peligro, inseguridad, sensación de vacío, despersonalización, sensación de pérdida de control, incertidumbre, incapacidad para tomar decisiones y temor a la muerte.

Los síntomas conductuales pueden ser la hipervigilancia, inhibición conductual, dificultad o torpeza para actuar, impulsividad y dificultad para estar en reposo. También se nota cambios en la expresividad corporal y el lenguaje no verbal como posturas cerradas, cambios en la voz y expresión facial.

Los síntomas cognitivos son la dificultad en la atención, concentración, memoria, aumento de la preocupación, visión negativa del futuro, pensamientos rumeativos, pensamientos irracionales, confusión, sobrevaloración de la experiencia, susceptibilidad, percepción distorsionada del entorno, facilidad para distraerse, entre otros.

En los síntomas sociales se encuentra la hostilidad, deterioro de las habilidades sociales, verborrea, bloqueos o “quedarse en blanco” ante una pregunta, temor a tener conflictos con alguien, entre otros.

### **3.2. Neuropsicología y la ansiedad**

Según Cedillo (2017) la presencia de la ansiedad se da como consecuencia de la sobreactividad de los sistemas adrenérgicos en el sistema nervioso central o por una alteración en el funcionamiento del receptor GABA, ya sea por cambios en la concentración, número de receptores o la sensibilidad de estos. Todo proceso cognitivo y emocional abarca todo el cerebro, en donde la localización de las emociones radicaría en el sistema límbico, el cual comprende varias estructuras como el cíngulo, amígdala, hipotálamo, hipocampo, entre otras; todas estas relacionadas con el tallo cerebral del cual sale el nervio vago, que inerva la mayoría de órganos del tórax y abdomen.

### ***3.2.1. Áreas cerebrales que se activan durante la ansiedad***

**3.2.1.1. Amígdala.** Blasi y Roig (2019) lo consideran como el órgano encargado de la ejecución de la ansiedad y el miedo, analizando los estímulos que pueden generar peligro para el individuo y enviando la señal de alarma inicial, provocando las sensaciones de miedo intenso, alerta, huida o paralización. Cedillo (2017) menciona que “La amígdala funciona también como un centro regulador, donde se evalúa la información exteroceptiva e interoceptiva, dando lugar a respuestas viscerales y conductuales de alarma” (Pag.6).

**3.2.1.2. El sistema Noradrenérgico Ascendente.** Este sistema inicia la vigilancia y atención constante a los peligros que puedan suscitarse en el entorno. Blasi y Roig (2019) refieren que está conformado por los siguientes núcleos:

Sistema de activación reticular (SAR), el cual forma parte del sistema de activación, excitación y vigilia, manteniendo al ser humano atento y concentrado a los estímulos del entorno.

El locus coeruleus, considerado como el principal productor de noradrenalina, se encarga de recibir información de los sistemas que entran en contacto con el ambiente interno y externo, su activación es consecuencia de la reducción de la presión y volumen sanguíneo, generando cambios en la termorregulación, hipoglicemia, distensión de la vejiga, estómago y colon, convirtiéndolo en una estructura vital para la supervivencia del individuo (Cedillo, 2017).

**3.2.1.3. Hipotálamo.** Se encuentra involucrada con la activación simpática y se encarga de regular las emociones y el miedo, generando un aumento del ritmo cardiaco, respiración o tensión muscular para las situaciones de lucha o huida. Esta estructura activa el eje hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, que da como resultado la secreción de cortisol, conocida como la hormona del estrés (Cedillo, 2017).

**3.2.1.4. El córtex prefrontal.** Se encarga de procesar la información a nivel superior, dando órdenes sobre cómo organizar y ejecutar la conducta del individuo, siendo un rol fundamental en el análisis de estímulos y situaciones complicadas. El córtex prefrontal mantiene una comunicación directa con la amígdala, potenciándola o inhibiéndola según el análisis realizado del entorno (Blasi y Roig, 2019).

**3.2.1.5. Hipocampo.** juega un rol fundamental en la formación y consolidación de la memoria, siendo importante para la activación de alarma (Blasi y Roig, 2019). A través de los sentidos se detectan estímulos que pueden ser un potencial peligro, el hipotálamo repasa los archivos de la memoria para verificar si la potencial amenaza coincide con algún recuerdo almacenado, si el resultado es positivo, activa los mecanismos de alerta.

### **3.2.2. Neurotransmisores implicados en la ansiedad**

Cedillo (2017) destaca la participación de tres neurotransmisores en los trastornos de ansiedad:

La noradrenalina estimula el sistema nervioso simpático, encargado de regular determinadas actividades involuntarias como el ritmo del corazón, presión arterial, sudoración, etc. Los cuerpos neuronales noradrenérgicos están ubicados principalmente en el locus coeruleus y su estimulación en animales está asociada a respuestas de miedo y su ablación inhibe esta respuesta. Por otro lado, la hipersensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos se encuentran asociados a la fobia social, su activación provoca los síntomas del trastorno como sudoración, enrojecimiento de la cara y temblor.

Los estudios demuestran que la serotonina está relacionada a los trastornos del pánico, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo, siendo la evidencia más sólida la efectividad de los inhibidores de serotonina a nivel terapéutico para estos trastornos. No obstante, no está determinado el papel de la serotonina en la ansiedad, ya que resulta complejo especificar si la causa es debido a un déficit o exceso del neurotransmisor o de una alteración en la sensibilidad de sus receptores, que al encontrarse ubicados en distintas partes del cerebro podría generar una variedad de alteraciones.

El Gamma- aminobutírico es considerado el neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central más importante a nivel cuantitativo. El GABA se encarga de controlar el estado de excitabilidad en las áreas del cerebro y la actividad neuronal se encuentra regulada por el equilibrio entre el suministro excitatorio y la actividad inhibitoria gabaérgica. La atenuación del sistema gabaérgico da como consecuencia la agitación, excitación, ansiedad y reactividad exagerada.

### **3.3. Indicadores de la ansiedad**

#### ***3.3.1. Activación fisiológica***

En la ansiedad, la activación fisiológica se da por medio de la movilización de diferentes sistemas nerviosos, principalmente del central, autónomo y motor (Del Toro, 2014). Estos cambios que se producen en el individuo, que en su mayoría son perceptibles, son el aumento de las frecuencias cardiacas, aceleración de la respiración, sudoración, tensión muscular, dificultad para respirar, problemas gástricos, etc. Estos cambios a nivel fisiológico pueden acarrear una serie de problemas psicofisiológicos transitorios, como dolor de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción gástrica y contracturas musculares. A nivel motor, la ansiedad puede ocasionar hiperactividad, problemas en la comunicación, movimientos repetitivos, consumo excesivo de alimentos o sustancias, llanto, tensión, conductas evitativas y quedarse en blanco.

Estos cambios fisiológicos, en algunas ocasiones intensos, no necesariamente son patológicos, se suele considerar como una respuesta adaptativa al entorno o situación. Cano (2013) pone como ejemplo el hecho de hablar en público, en esta situación la persona va a estar más activa de lo que estaría en una situación de descanso, ya que necesitara de más recursos energéticos, atención y estrategias de afrontamiento para lidiar con el problema. Esta activación fisiológica es considerada normal hasta cierto punto, sin embargo, puede haber personas que lo interpreten como un peligro o amenaza para su bienestar. Las respuestas fisiológicas de estas personas pueden ser muy intensas hasta llegar a hacerse crónicas; con una metáfora se podría catalogar a estas personas como *aceleradas*

*todo el tiempo*, lo que implica un constante gasto de energía, dificultades para descansar y malestar significativo. Por lo tanto, se entiende que una alta activación fisiológica ocasionada por situaciones que producen ansiedad no es patológica en un principio, pero si esta reacción es extrema y crónica, puede acarrear un problema para la salud.

### ***3.3.2. Sensación subjetiva de afecto ansioso***

Riera et al. (2017) define el afecto como la expresión de los sentimientos o emociones que son experimentados subjetivamente por el paciente que puede ser observable por los demás. Es una vivencia que solo es accesible al propio individuo, influye de manera significativa en su personalidad y posee la característica de ser dinámica, puesto a que no permanecen estáticos.

La ansiedad es un sentimiento que produce incomodidad, está relacionado a un temor indefinido que activa y acelera la actividad motora y mental, estando presentes síntomas afectivos como inquietud, agobio, sensación de peligro, entre otros (Mesa y Rodríguez, 2007). Como vivencia afectiva, se encuentra vinculada al miedo, definido como una reacción normal ante un peligro concreto, no obstante, difiere de la ansiedad puesto a que esta última no está acompañada de ningún objeto en concreto. Entre la ansiedad y el miedo se sitúa el pánico, que sucede cuando el miedo no se concreta en algo específico sino en general, sintiendo que el peligro viene de todas partes.

La sensibilidad ansiosa es otro factor que predispone al individuo a padecer un trastorno de ansiedad. Es conceptualizada como el temor a las sensaciones

relacionadas a la ansiedad, manifestadas como creencias de riesgo, peligro o consecuencias dañinas de los síntomas ansiosos. Agregado a esto, la sensibilidad ansiosa funciona como un factor de vulnerabilidad hacia otros trastornos, como los depresivos (Toro et al. 2019).

### ***3.3.3. Efectos musculo esquelético***

Se describen como un conjunto de dolencias del sistema musculo-esquelético que generan dolor e incomodidad en los tendones, músculos y huesos principalmente (Franco y Rubina, 2019). Estos malestares pueden ser agudos (ocasionados por un suceso en específico) o crónicos (dolores que son paulatinos y perdurables en el tiempo). Puede afectar a diversas partes del cuerpo, principalmente los del miembro superior (cuello, hombro, mano y muñeca), la columna vertebral y los miembros inferiores (cadera, rodilla y pie).

Según Górriz y Pérez (2017) los trastornos de ansiedad afectan el sistema muscular de forma significativa, puesto a que tensan y presionan a los músculos entre sí. Los dolores de cuello, hombros y cabeza serán frecuentes en estas personas, además existe la posibilidad de que el corazón se pueda ver dañado, aumentando la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular debido al aumento de la frecuencia cardíaca y la presión.

Martín (2019) refiere que el 25% de las molestias físicas tienen origen psicológico, siendo la ansiedad una causa común de estos malestares. Entre los síntomas frecuentes de este trastorno a nivel físico-muscular están los dolores de



cabeza, parálisis musculares, palpitaciones, taquicardias, dolor, presión en el pecho, tensión o dolor muscular, cansancio, entre otros.

### **3.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad**

Según el MINSA, (2020) un trastorno de ansiedad es una enfermedad de la salud mental que se caracteriza por una ansiedad intensa, crónica y desproporcionada que afecta diversas áreas de la vida del individuo, causándole un malestar significativo e incapacitándolo para hacer sus actividades diarias. Acuña et al. (2013) lo define como “una enfermedad crónica caracterizada por un sentimiento inapropiado o injustificado de miedo y aprehensión, que se puede acompañar de manifestaciones físicas como tensión, taquicardia, taquipnea y tremor, y que usualmente cursa con exacerbaciones y remisiones a lo largo del tiempo” (p.31).

Basados en la DSM-V (APA, 2010) destacan los siguientes trastornos:

Fobia específica, lo define como el miedo intenso desproporcional a objetos, animales o situaciones intrusivas y que producen ansiedad inmediata. Estas situaciones, animales u objetos se evitan activamente, generando conductas de huida o resistencia.

Trastorno de ansiedad social, se le conoce también como fobia social, consiste en el temor irracional producido por situaciones sociales en la que podrían sentirse o ser avergonzados. Sienten cantidades elevadas de ansiedad en entornos sociales, por lo que suelen cohibirse cuando están con otras personas, preocupándose por sentirse rechazados u ofender a otros.

Trastorno de pánico, consiste en ataques recurrentes de pánico con síntomas físicos como sudoración, agitación motora, falta de aire, taquicardia, sensación de ahogo y miedo. Estos ataques ocurren de manera repentina, ocasionando que se sientan temor por el próximo ataque, restringiendo sus actividades normales.

Agorafobia, es el miedo excesivo a situaciones en la que pueda sentirse indefenso, atrapado, humillado o síntomas de pánico. Esto ocasiona que el individuo evite activamente estas situaciones puesto a que percibe que no tendrá ayuda si se presentan los síntomas, requiriendo la presencia de un acompañante para salir del hogar.

Trastorno de ansiedad generalizada, este trastorno consiste en sentimientos persistentes de preocupación por una amplia gama de cosas, como problemas de salud, económicos o familiares, generándoles la sensación de que algo devastador va a suceder, sin tener control de todo ello. Entre los síntomas que presentan son inquietud, fatiga, falta de concentración, tensión muscular, insomnio e irritabilidad.

Trastorno de ansiedad por separación, consiste en un miedo o ansiedad excesiva que siente el individuo al separarse de las personas a las que siente apego. Los síntomas que se presentan en este trastorno son malestar excesivo cuando se prevé o se vive una separación en el hogar o figuras de mayor apego, preocupación excesiva por la pérdida de la figura de apego o de que pueda sufrir algún daño, resistencia a alejarse de la figura de apego, miedo excesivo a estar solo o sin las figuras de apego, pesadillas sobre el tema de separación y síntomas físicos durante los episodios de ansiedad.

Mutismo selectivo, consiste en el fracaso para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que lo haya hecho en otras situaciones, siendo considerada una forma de timidez excesiva y de larga duración. Esto no se debe a alteraciones, falta de conocimiento o incomodidad con el lenguaje hablado en una situación social.

### **3.5. Ansiedad y la pandemia por COVID -19**

#### ***3.5.1. Primeros Efectos Psicológicos de la Pandemia***

Los primeros efectos emocionales ante la pandemia fueron el miedo e incertidumbre extremos, ocasionando comportamientos sociales negativos. Se comenzó a notar en niños y adultos la presencia de angustia, insomnio, ira, miedo extremo y mayor consumo de alcohol y tabaco. A medida fue avanzando la pandemia, estos síntomas se agravaron y comenzaron a detectarse trastornos específicos como estrés postraumático, ansiedad, depresión, consumo perjudicial y somatizaciones. Urzúa et al. (2020) encontraron en un estudio que las emociones negativas aumentaron con el paso del tiempo, como la ansiedad, depresión, indignación e insatisfacción con la vida. Las personas comenzaron a preocuparse más por su salud y la de sus familiares que por el ocio y amigos. Por otra parte, en un estudio realizado 120 personas de varias ciudades chinas encontraron que el 53.8% calificaron el impacto psicológico de la enfermedad entre moderado y severo, el 16.5% presentaban síntomas moderados y severos de depresión, un 28.8% padecían síntomas de ansiedad moderada y severa, y un 8.1% manifestaban tener síntomas de estrés.

### ***3.5.2. Cuarentena: Efectos Psicológicos***

Debido a la rápida expansión del COVID-19 en el país las autoridades determinaron que la mejor opción para contrarrestarla era la cuarentena, herramienta que se utiliza para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles en la población (Marquina y Jaramillo, 2020). Si bien esta medida trae ciertos beneficios, es evidente que a nivel psicológico los costos serán mayores a lo esperado, ocasionando estrés, agobio y otros desordenes psicológicos.

Según Urzúa et al. (2020) la cuarentena y aislamiento pueden ocasionar niveles elevados de estrés en niños y padres, existiendo el riesgo de convertirse en un trastorno de estrés postraumático. Por otro lado, el decaimiento económico durante la cuarentena se ha convertido en un grave estresor, debido a que la mayoría de peruanos se ven impedidos de trabajar llegando incluso a perder sus trabajos, aumentando los sentimientos de angustia, riesgo de trastornos psicológicos, enojo, ansiedad y depresión.

En un estudio basado en personas que entraron en cuarentena debido el brote epidémico del ébola, se encontró que luego de haber recibido la subvención económica, estos todavía tenían problemas económicos puesto a que sintieron que la cantidad era insuficiente o les había llegado tarde, situación que también está ocurriendo en nuestro país. En este estudio también se observó la presencia de problemas intrafamiliares debido a la dependencia económica de unos a otros (Marquina y Jaramillo, 2020). En otro estudio en donde se examinó los efectos psicológicos de la cuarentena realizado en Canadá durante el brote del SARS se encontró que el 28.9% y el 31.2% de los encuestados presentaban síntomas de

trastorno de estrés postraumático y depresión respectivamente. Por otro lado, las personas que tenían conocimiento o tuvieron contacto directo con alguien diagnosticado con SARS presentaban síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión. Estos autores también encontraron en otro estudio que los efectos psicológicos más comunes dentro de la cuarentena son el estrés, confusión, ira, temor a ser infectados, frustración y aburrimiento. Además, las personas afirmaban que los suministros e información que les brindaba el estado eran inadecuados, ocasionando estrés y frustración al no tener los recursos adecuados para tomar las decisiones necesarias. Por último, la percepción de falta de transparencia en los funcionarios y gobierno fue bastante común entre estos ciudadanos, debido quizás a la falta de pautas claras o información poco confiable.

### ***3.5.3. Ansiedad por la Salud***

Sucede cuando los individuos perciben cambios o sensaciones corporales y lo interpretan como síntomas de alguna enfermedad. Estas interpretaciones suelen ser catastrofistas y son acompañadas por distorsiones cognitivas acerca de la salud y/o enfermedad (Marquina y Jaramillo, 2020). Tiene cinco componentes esenciales: convicción de enfermedad, miedo a la enfermedad, preocupación corporal, síntomas somáticos y conductas hipocondriacas. Durante la pandemia de COVID-19, las personas con elevados niveles de ansiedad son más propensas a interpretar sensaciones corporales inofensivas como síntomas de la enfermedad, incrementando más su ansiedad y afectando su comportamiento. Como resultado de esto, el individuo acude frecuentemente a los centros de salud, exponiéndose al

virus, se lava las manos de forma excesiva, se aísla socialmente y experimenta ansiedad por comprar cosas. Por otro lado, niveles bajos de ansiedad por la salud también pueden traer consecuencias perjudiciales como despreocupación por el contagio e incumplimiento de las recomendaciones de salud pública.

Los estudiantes universitarios también se vieron afectados por la pandemia. En un estudio realizado en 7143 estudiantes de medicina durante la fase inicial de la pandemia se encontró que el 0.9% sufre de ansiedad grave, el 2.7% ansiedad moderada y el 21.3% ansiedad leve (Huarcaya,2020). Se observó que el vivir en un área urbana, con los padres y tener estabilidad económica fueron factores protectores para prevenir la ansiedad, sin embargo, tener algún familiar o conocido diagnosticado con COVID-19 fue un factor de riesgo ante la ansiedad.

## **CAPITULO IV**

### **FUNDAMENTO TEORICO DE LA VARIABLE ESTRÉS**

#### **4.1. Estrés**

##### ***4.1.1. Historia del Concepto de Estrés***

Lazarus (2000) refiere que el estrés comenzó a ser observado y estudiado por las consecuencias de la primera y segunda guerra mundial en los soldados americanos, principalmente de la segunda guerra. A partir de estos sucesos aparecieron términos como neurosis o fatiga de guerra, después de la guerra con Vietnam estos términos se volvieron parte de un concepto más general, el trastorno de estrés postraumático. Este concepto implica que la causa del trastorno se debe a un factor externo, a comparación del término neurosis de guerra, que atribuye mayor culpabilidad al paciente de su condición, por lo que la modificación de este concepto resulto un importante avance.

Además de lo mencionado, la segunda guerra mundial evidencio otra cosa: el estrés puede padecerlo cualquier persona, no solo los soldados, por lo que todas las personas deberán aprender a manejarlo. Por tal motivo, el estrés se volvió un problema latente tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra, por lo que a

partir del año sesenta para adelante, las ciencias sociales y biológicas comenzaron a estudiarlo a profundidad. Como consecuencia de estos estudios determinaron que el estrés está presente en el trabajo, hogar, escuela y cualquier otro lugar donde las personas tengan relaciones estrechas, aumentado el interés público por este concepto. Profesionales de diversas ciencias, como antropólogos, fisiólogos, psicólogos y sociólogos, habían estado usando diferentes términos: conflicto, frustración, trauma, anomia, alienación, angustia emocional, etc. Estos a gran escala se referían lo mismo, el estrés, por lo que este término unifico todos los conceptos y facilitó la identificación de las causas y consecuencias emocionales resultado de las presiones de la vida cotidiana. A partir de estos hechos, comenzaron a aparecer las primeras definiciones del estrés.

#### ***4.1.2. Definiciones.***

El primer concepto no técnico del estrés fue usado en el siglo XVII por el físico-biólogo Hooke cuando contemplaba la forma en que las estructuras creadas por el hombre deberían ser diseñadas para soportar cargas sin derrumbarse. Resultado de este estudio obtuvo tres conceptos básicos: carga, estrés y tensión (Lazarus, 2000). La carga son las fuerzas externas del entorno, el estrés es el área donde se aplica la carga y la tensión es cuando la estructura se deforma por la interacción entre la carga y el estrés. Este análisis se aplicó a la sociedad, cuerpo y mente del individuo, siendo la carga el estímulo externo estresante y la tensión la respuesta del individuo ante dicha carga.



Fue introducido al ámbito de la salud en 1926 por Selye (1926, citado en Collanqui, 2013) conceptualizándolo como un “Síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química” (p.6). Dividió el estrés en dos tipos: el distrés, el cual es de tipo destructivo para la salud física y mental del individuo; el segundo es el eustres, que es de tipo cognitivo y encamina la conducta humana a realizar acciones necesarias sin perjudicar la salud el individuo (Lazarus, 2000).

Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) conceptualizan el estrés como un “estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” (p.24).

Lazarus (2000) la define como el producto de la interacción entre la persona y el entorno. Es resultado de la valoración cognitiva que realiza el sujeto ante una determinada situación, por lo que el estrés se produciría si es que la persona percibe que no tiene los recursos necesarios para afrontar las demandas del entorno, jugando un papel importante la emoción de la situación. Esta valoración puede ser dividida en tres tipos. El primero es el daño/perdida, el cual se refiere a la pérdida o perjuicio que se ha generado. El segundo es la amenaza, siendo la percepción que tiene el individuo de un daño o pérdida que es posible o probable. El último es el desafío, el cual consiste en el entusiasmo, confianza y persistencia de que el problema, a pesar de ser difícil, puede ser superada con éxito.

Según Patilla (2011) consiste en la percepción o valoración de amenaza de las situaciones internas o externas que sobrepasan la capacidad del individuo para superarlas, generando un desequilibrio en su bienestar personal.

Berrio y Mazo (2011, como se citó en Polo, 2017) define al estrés como un estado de tensión ocasionado por una sobrecarga impuesta al individuo en diferentes ámbitos de su vida, como el trabajo, obligaciones familiares, fatiga, situaciones amenazantes o peligro físico y/o emocional.

Collanqui (2013) refiere que es resultado de la interacción entre el ambiente exterior e interior de la persona que genera exigencia sobre el organismo, cuya resolución depende del esfuerzo del aparato mental.

Rowshan (2013) afirma que el estrés es la forma que tiene el organismo de prepararse ante una situación determinada. Si esta se percibe como amenazante, se prepara para una respuesta de lucha o escape, según los factores que lo hayan desencadenado, generando cambios en el organismo a nivel psicológico y fisiológico.

La APA (2020) describe el estrés como una experiencia emocional negativa que genera cambios bioquímicos, fisiológicos y psicológicos en el ser humano. Los pacientes que padecen de esto lo describen como una sensación de agobio, preocupación o agotamiento, afectando la salud física y psicológica del individuo.

#### ***4.1.3. Tipos de Estrés***

Según la APA (2020) el estrés puede dividirse en tres tipos:

Estrés agudo, es resultado de las exigencias y presiones del pasado o de forma anticipada al futuro. En pequeñas dosis beneficia al individuo para realizar de mejor forma sus actividades, no obstante, si esta aumenta de forma desmedida resulta agotador. Los síntomas generales más comunes son la agonía emocional, sobreexcitación pasajera, problemas musculares y estomacales.

Estrés agudo episódico, son las personas que sufren estrés agudo de forma repetitiva en diferentes épocas de su vida. Es característico de las personas que tienen vidas desordenadas, asumen muchas responsabilidades y tienen elevadas cantidades de exigencias autoimpuestas, formando parte de un círculo vicioso en el estrés. Las personas con estrés agudo suelen tener mal carácter, estar irritables, ansiosas, tensas y apuradas, respondiendo de forma hostil al entorno y llegando a deteriorar sus relaciones interpersonales.

Estrés Crónico, es ocasionado cuando la persona no ve una salida a su problema, percibe grandes cantidades de presión y exigencia por largos periodos de tiempo aparentemente interminable, abandonando la búsqueda de soluciones. Este tipo de estrés produce daños severos en la salud mental y física del individuo, llegando al punto de que se acostumbran a ello. Las consecuencias más comunes son el suicidio, violencia, ataques al corazón, crisis nerviosas y desarrollo de enfermedades mortales como el cáncer.

#### ***4.1.4. Síndrome General de Adaptación***

Selye creó este modelo a partir de sus estudios realizados en la Universidad McGill de Montreal, en donde aplicó una toxina a diferentes animales

experimentales, observando en ellos una respuesta uniforme y estereotipada (Rivera, 2010). Esto también se aplicaba para los seres humanos y explico que era debido a los esfuerzos del organismo para afrontar el estrés de estar enfermo, denominándolo síndrome general de adaptación y dividiéndolo en tres fases (Valera, 2020):

La primera es la fase de alarma, consiste en que el organismo, ante la percepción de una posible amenaza, comienza a realizar un conjunto de cambios fisiológicos y psicológicos para hacer frente a la situación estresante. Estos dependen del estímulo ambiental, personalidad del individuo, amenaza percibida, factores protectores y grado de control de la situación.

La segunda fase es la resistencia, en donde el organismo se adapta a la situación estresante. Suceden un conjunto de cambios fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales con la finalidad de disminuir el efecto negativo de la situación estresante, no obstante, puede haber pérdida de energía, disminución del rendimiento, baja tolerancia a la frustración y cambios psicosomáticos.

La última fase es la de agotamiento, en donde si la resistencia fracasa y los mecanismos de adaptación no se adecuan al entorno, produce diversos trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales crónicos y/o irreversibles.

#### ***4.1.5. Modelo Cognitivo de Lazarus***

***4.1.5.1. La Demanda del Medio en Cuanto al Compromiso.*** Las demandas son definidas como las presiones explícitas o implícitas dadas por el entorno destinadas a hacer actuar al individuo de una manera determinada o realizar

comportamientos socialmente aceptados. Están presentes en diversas áreas de nuestra vida, ya sea en el área social, trabajo, relación de pareja, hijos, familia, salud, para comportarnos de una determinada manera, actuar con coherencia, integridad, para ser respetado, entre otros (Lazarus, 2000)

Si la demanda del medio es irrelevante, el sujeto no se ve afectado y por lo tanto no supone un compromiso físico, personal o social, por lo que no habrá una respuesta emocional (Casado, 2002). En cambio, si la demanda es relevante, significa un compromiso ante la situación novedosa, que altera el equilibrio del sujeto a nivel físico, personal y/o social. La situación se vuelve estresante, la atención se fija en el estímulo que lo provocó, evaluando y preparando una respuesta para adaptarse al entorno.

**4.1.5.2. Los Procesos de Evaluación de la Situación Estresante.** En la teoría de Lazarus (2000) existen tres tipos de evaluaciones que están íntimamente relacionadas. La primera es la evaluación primaria o acto primario de valoración, en donde el individuo evalúa si el evento es relevante o representa una amenaza para sus valores, compromisos, metas y/o creencias. Según Rivero (2020) esta se produce cuando el individuo interactúa con una o más demandas internas o externas, evaluándolas y determinando si van a ser interpretadas como amenazas, daño/perdida, desafío o beneficio.

Cuando el resultado de la valoración primaria ha sido la percepción de un posible daño, amenaza o desafío se produce la valoración secundaria, la cual se centra en aquello que puede realizar el individuo para hacer frente al evento

estresante, si posee los recursos necesarios para hacerle frente y como puede manejar la situación (Lazarus, 2000). Mientras más seguro esté el individuo de su capacidad para afrontar los obstáculos o amenazas es más probable que perciba las situaciones estresantes como desafío, por el contrario, si carece de confianza y/o seguridad es más probable que lo perciba como amenaza (Berra et al., 2014).

Con base a estas dos evaluaciones, el sujeto concluye si tiene los recursos y capacidades necesarias para hacer frente a la situación comprometedora, dando como resultado dos formas en que la situación puede ser valorada: desafío o amenaza (Casado, 2002). Se considera desafío o reto cuando el sujeto puede hacer frente a la situación con los recursos que posee, los moviliza, genera autoeficacia y sentimientos de logro. Por el contrario, si el sujeto no posee recursos para enfrentar la experiencia se considera amenaza. Sus estrategias de afrontamiento se perjudican, se siente desbordado, aparecen respuestas ansiosas, las funciones de evaluación se deterioran, sus hábitos varían entre el desorden y la inactividad. También se observa patrones primitivos y menos elaborados de conducta, donde se observa la presencia de psicopatología ansiosa y depresiva.

La evaluación terciaria o reevaluación, es definida por Rivero (2020) como “un proceso de retroalimentación, que ocurre a medida que se desarrolla la interacción entre el sujeto y las demandas. Dicho proceso permite al individuo realizar correcciones respecto de las valoraciones realizadas con anterioridad” (p.9).

**4.1.5.3. Afrontamiento y Expectativas.** Según Berra (2014) las estrategias de afrontamiento a utilizar dependerán de la evaluación que realice la persona

acerca de la situación estresante y pueden ser de dos tipos. Las estrategias orientadas al problema, dirigidas a manejar o afrontar aquel estímulo que le genera estrés, tratando de cambiar la relación entre el ambiente y la persona. Lazarus y Folkman (1986, citados por Ascencio, 2015) refieren que están orientadas a cambiar la situación y disminuir la percepción de amenaza, esto quiere decir que el individuo no solo trabajará en la solución del problema, sino también en su redefinición o reevaluación si es necesaria. Algunas de estas estrategias son: afrontamiento directo, planificación, supresión de actividades, búsqueda de apoyo social y postergar el afrontamiento.

Las estrategias orientadas a la emoción están dirigidas a manejar las emociones negativas y malestar experimentado por la situación, comunicando mayormente las emociones y la experiencia estresante a otras personas (Berra, 2014). El individuo no modifica la situación ya que considera que no es posible hacerlo, usualmente suele ser un manejo no funcional de la situación estresante debido a que evita afrontar el problema, se aleja de este o lo niega. No obstante, hay que determinar cuándo esto es un mecanismo de adaptación funcional y si es visto desde una perspectiva lógica del problema, es decir, si el sujeto acepta su realidad y es consciente de las limitaciones que tiene para modificarla, esto no significa que el afrontamiento dirigido al problema se abandone, sino que se relaciona con él y permite una visión más realista y funcional de la situación estresante (Casado, 2002). Lazarus y Folkman (1986, citados por Ascencio, 2015) mencionan algunas estrategias de afrontamiento dirigida a la emoción: búsqueda de apoyo social para expresar las emociones, reinterpretación positiva, aceptación, negación y religión.

El fracaso o éxito obtenido ante la situación estresante influirá de manera significativa en las expectativas del individuo cuando quiera hacer frente a otra situación similar o distinta (Casado, 2002). Un fracaso previo puede afectar negativamente la valoración que haga acerca de sus propios recursos, interpretándolos como poco útiles o ineficientes para hacer frente a la situación, por lo que las expectativas de afrontamiento tenderán a ser negativas. En el caso la persona ponga en marcha sus estrategias de afrontamiento, con un fracaso previo interpretará que haga lo que haga no podrá controlar la situación o el resultado será catastrófico, dando como resultado una expectativa de resultado negativa. Como resultado del deterioro de ambas expectativas, el individuo disminuirá su capacidad de afrontamiento y aparecerán nuevas estrategias ineficaces vinculadas a la presentación de ciertas patologías, como por ejemplo la evitación, desesperanza, excesiva búsqueda de atención social, etc.

#### ***4.1.6. Síntomas del Estrés***

La Unión General de Trabajadores de España (UGT, 2012) refiere que los síntomas del estrés pueden dividirse en físicos y conductuales.

Los síntomas físicos del estrés son la falta de apetito, aumento del apetito cuando se está bajo presión, indigestión, estreñimiento, diarrea, insomnio, aumento de la fatiga, sudoración, tics nerviosos, morderse las uñas, cefalea, alteraciones motoras, náuseas, mareos, dificultad para respirar, deseos de llorar o llanto, impotencia, frigidez, intranquilidad y aumento de la presión arterial.



Los síntomas conductuales son la irritabilidad, sensación de no poder afrontar la situación, desinterés, temor constante, sensación de fracaso, odio a sí mismo o sensación de no ser útil, dificultad para tomar decisiones, deterioro en las relaciones interpersonales, enojo reprimido, embotamiento afectivo, pérdida del sentido del humor, miedo al futuro, sensación de haber decepcionado a las personas, dificultad para terminar actividades y temor a estar solo.

Adicional a ello, Patilla (2011) hace mención de los síntomas cognitivos, los cuales son los pensamientos ansiógenos y catastrofistas, falta de concentración, ideas irracionales relacionadas a la autoexigencia, fallos en la memoria retrograda y anterógrada.

#### ***4.1.7. Indicadores del estrés***

***4.1.7.1. Dificultad para relajarse.*** Cannon (1929, citado por Fernández et al., 2010) introdujo el término homeostasis para referirse al conjunto de mecanismos que mantienen al organismo estable ante un ambiente que tiende a desestabilizarlo. Ante la presencia de un evento estresante, se prepara una respuesta de lucha o huida que pone en marcha un conjunto de mecanismos homeostáticos. Según Reguerio (2020) una adecuada activación de todos estos mecanismos producirá una respuesta adaptativa al entorno que permitirá resolver con éxito la situación problemática, siendo este el estrés normal o eutres. Por el contrario, si la activación fisiológica es excesiva, desbordará la capacidad de control del individuo ocasionando diversos daños al organismo: excesiva preocupación, pensamientos

negativos, tensión muscular, temblores, dolores de cabeza, mareo, náuseas, intranquilidad motora, dolores, etc.

Por otro lado, otro factor importante para entender la dificultad para poder relajarse durante el estrés son las respuestas de lucha o huida ante un evento estresante. Cuando la amígdala envía una señal de distrés el cuerpo, entra en estado de alerta ante el posible peligro y la adrenalina comienza a circular por todo el organismo. Esto ocasiona un aumento de los latidos cardiacos, pulso, presión arterial, respiración, flujo sanguíneo y agudización de los sentidos como la vista y audición. Una vez finalizada la situación de peligro, la adrenalina disminuye, los niveles hormonales se estabilizan y comienza a relajarse, sin embargo, si la exposición a la situación de peligro o factor estresante continua, el estrés se vuelve crónico y la hormona cortisol mantiene al organismo en un estado constante de alerta (Moadel et al., 2019).

**4.1.7.2. Irritabilidad.** Según Rodríguez (2018) la irritabilidad consiste en un estado emocional en donde el individuo tiene poco o nulo control sobre su temperamento y que se expresa mayormente en arrebatos verbales o comportamiento problemático. La duración del estado puede variar según la persona, pueden ser episodios breves, ante determinadas circunstancias, crónica o generalizada. La irritabilidad está motivada por variables psicológicas y suele ser expresada de forma exagerada o desproporcionada al estímulo que lo provoca, siendo una reacción inesperada dentro del entorno de la persona. En un estudio realizado por López y Thruman encontraron que los universitarios con estados de

irritabilidad elevada tienden a encolerizar de forma más frecuente e intensa ante estresores académicos. Sumado a esto, Deffenbacher encontró que los sujetos con baja y alta irritabilidad no se diferencian por los síntomas, sino por la intensidad y durabilidad de estos (Ramos, 2015).

García y Noguerras (2013) manifiestan que este estado emocional guarda una amplia relación con las distorsiones cognitivas siendo las más comunes las siguientes. El catastrofismo, cuando se percibe las situaciones estresantes como extremas y negativas que no puede soportar; pensamiento exigente, en donde la persona exige que el mundo sea como el piensa que debería ser, sin embargo, cuando el mundo no satisface estas expectativas produce un arrebató de ira; sobregeneralización, cuando el individuo aplica etiquetas globales a las personas o experiencias por un determinado hecho; personificación, cuando dan explicaciones egocéntricas ante hechos estresantes asumiéndolas como ciertas; y pensamiento dicotómico, cuando el individuo cataloga todas las experiencias como todo o nada, perder o ganar, entre otras.

**4.1.7.3. Activación nerviosa.** Primero se da la reacción inmediata, sucede cuando el individuo se encuentra ante una situación estresante en donde se dará la respuesta de lucha o huida, la parte simpática del sistema nervioso autónomo se activa secretando adrenalina y noradrenalina, preparando al organismo ante el inminente peligro. Los efectos de la adrenalina y noradrenalina tienen una duración breve debido a su rápida liberación y efecto sobre los órganos diana. Si la situación estresante persiste, se dan los efectos de estrés intermedios, donde se produce una

adición a la descarga simpática anteriormente dada, en donde el hipotálamo se comunica con la medula adrenal, secretando adrenalina y noradrenalina al torrente sanguíneo y aumentando la cantidad que se dio en un inicio con la finalidad de aumentar la probabilidad de supervivencia física, teniendo una duración de casi dos horas. Por último, si el estresor persiste por varios minutos, los impulsos neuronales recibidos por el hipotálamo ocasionados por la percepción continua de una posible amenaza producen una cadena de mensajes bioquímicos que generan mayores cantidades de hormonas, ocasionando así el efecto prolongado del estrés, la cual está asociada con diversas psicopatologías y la desregulación del sistema inmunológico (Romero y Salado, 2020).

**4.1.7.4. Impaciencia.** A pesar de ser una conducta aprendida, existen diversos factores que aumentan y desarrolla la impaciencia, como el estrés, nerviosismo, baja tolerancia a la frustración, distorsiones cognitivas, entre otras. El contexto social donde vivimos ha generado que la impaciencia sea más fácil de desarrollar, ya que se ha vuelto más fácil tener todo sin realizar mucho esfuerzo y caer en el hedonismo. Esto ocasiona que la asociación entre esfuerzo/resultado sea débil y que el individuo asuma que haga lo que haga obtendrá un refuerzo. Las causas pueden ser diversas y destacan tres principalmente: un factor cultura, centrado más en vivir el presente y evitar todo tipo de esfuerzo; factor educacional, cuando desde niños no aprenden a lidiar con la frustración o la demora del refuerzo; y personal, por el arousal de activación (Méndez, 2017).

#### ***4.1.8. Trastornos Psicológicos por Estrés***

Trastorno de estrés postraumático (TEPT), sucede tras la exposición repetida o directa a una situación estresante (Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual) de forma intensa y prolongada, afectando gravemente el funcionamiento cognitivo, emocional, actividad neurovegetativa y relaciones interpersonales del individuo Rivera (2010). El síntoma más común es la intrusión constante de pensamientos, imágenes o emociones relacionadas con el trauma, sucediendo en cualquier momento de la vida cotidiana o cuando está presente un estímulo asociado al evento traumático. Otros de los síntomas presentes son la evitación de estímulos asociados al trauma, constricción cognitiva, reacciones disociativas, hipervigilancia, insomnio, alteraciones fisiológicas y del estado del ánimo. Según la APA (2017) este trastorno da como resultado de una mala adaptación a eventos estresantes o traumáticos y los síntomas aparecen como una forma de mitigar el dolor o malestar físico/emocional ocasionado. Adicional a esto, mencionan que tiene cuatro características esenciales: Es recurrente, involuntario e intrusivo, se evitan los estímulos asociados al trauma, existen alteraciones negativas en la cognición y estado de ánimo asociadas al evento traumático, el nivel de excitación y reactividad se ven alteradas, ya que existe una mayor sensibilidad a la potencial amenaza.

Trastorno de estrés agudo, consiste en un trastorno transitorio grave ante la exposición de situaciones estresantes similares a la del estrés postraumático. Según Rivera (2010) la sintomatología se puede dividir en cinco categorías. Los síntomas de intrusión consisten en recuerdos, sueños, reacciones disociativas y malestar

psicológico en relación al evento estresante. Los síntomas de estado de ánimo negativo son los episodios de ansiedad, depresión, ira o, por el contrario, una incapacidad para expresar emociones. Los síntomas disociativos son la despersonalización y desrealización. Los síntomas de evitación son los esfuerzos por evitar situaciones, recuerdos, pensamientos o sentimientos que pueden reactivar el trauma. Por último, los síntomas de alerta son el insomnio, problemas en la concentración e hipervigilancia. La APA (2017) refiere que la principal diferencia con el TEPT radica en que los síntomas del trastorno por estrés agudo se dan dentro del primer mes y se resuelven en este lapso de tiempo, pasado ese tiempo se pueden considerar como un TEPT si cumple los criterios diagnósticos

Trastornos de la adaptación, Rivera (2010) brinda una definición de este trastorno basado en los criterios de la CIE-10 y lo describe como un “estado de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante de cierta importancia” (p.181).

Síndrome de Burnout Académico, es una condición que resulta de la exposición al estrés prolongado e insidioso dentro del contexto universitario y que se ve influido por las condiciones del individuo. Cuando la institución no facilita los recursos necesarios para el aprendizaje, existen dinámicas negativas o excesiva carga académica, se producen 3 síntomas que configuran este trastorno: agotamiento emocional, cinismo y baja autoeficacia académica (Caballero et al., 2009).

## **4.2. Neuropsicología y estrés**

### **4.2.1. Estructuras involucradas en el estrés**

**4.2.1.1. El sistema nervioso.** La información del medio ambiente obtenida a través de los sentidos es evaluada por el sistema nervioso a fin de determinar su importancia y generar una respuesta adaptativa para mantener la homeostasis. El sistema nervioso se divide en el sistema nervioso central, constituido por el encéfalo y médula espinal, y el sistema nervioso periférico, subdividido funcionalmente en el sistema nervioso somático (regula respuestas voluntarias) y el sistema nervioso autónomo (regula respuestas involuntarias). Según Spangenberg (2011) el encéfalo es el órgano principal involucrado en la respuesta del estrés; por medio de un circuito neuronal donde está incluido el hipocampo, amígdala y corteza prefrontal, discrimina amenazas y se determina la respuesta más adecuada para su afrontamiento. El hipocampo y la amígdala procesan en conjunto las experiencias estableciendo el nivel de amenaza con base a las experiencias pasadas o actuales del individuo y en coordinación con la corteza prefrontal, facilitan la adaptación del organismo por medio de funciones neuroendocrinas y autonómicas.

**4.2.1.2. Hipocampo.** Ubicado en el lóbulo temporal medial, el hipocampo juega un papel fundamental en el aprendizaje y la memoria, siendo importante en la consolidación de eventos en la memoria tanto a corto como largo plazo. Otros estudios sugieren que el hipocampo está relacionado con la memoria del miedo, memoria del entorno y aprendizaje de rechazo, siendo esto fundamental para la representación interna del mundo (Rodríguez, García y Franco, 2012).

Siendo una de las principales estructuras del encéfalo, mantiene diversas conexiones con regiones de la corteza cerebral, hipotálamo y amígdala, esto da como resultado que cualquier experiencia sensitiva lo active. Debido a que tiene conexiones eferentes con el sistema límbico, le permite generar reacciones conductuales tales como el placer, la ira, pasividad o impulso sexual, con el fin de lograr uno o diversos propósitos. El hipocampo tiene un rol importante en la regulación del estrés, ya que inhibe la respuesta del estrés una vez superada la adversidad (Spangenberg, 2011).

**4.2.1.3. Corteza prefrontal.** La corteza prefrontal ha sido relacionada con diversas funciones, entre las más importantes se encuentran las siguientes: toma de decisiones, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, atención, motricidad, interacción social, inhibición de la conducta, organización temporal del comportamiento, procesamiento cognitivo de recompensas, respuesta al estrés y expresión de memorias aversivas (Ronzoni, 2017).

Es la región mayor desarrollada del encéfalo, siendo su ubicación en la porción anterior del lóbulo frontal. La corteza prefrontal está asociada a funciones ejecutivas de la conducta, capacidad de juicio, planeamiento a largo plazo y la memoria. Las áreas corticales de la corteza prefrontal cumplen diversas funciones, entre las más importantes se encuentran la planificación y organización de acciones futuras, solución de problemas, toma de decisiones, regulación de la atención, pensamientos y emociones. Spangenberg (2011) menciona que “participa activamente en la regulación de la respuesta de estrés, ejecutando los procesos de



afrontamiento y respuesta ante amenazas, mediados por el hipocampo, la amígdala y el hipotálamo. Al igual que el hipocampo, ejerce efectos inhibitorios sobre el eje HPA” (Pag.13).

**4.2.1.4. Amígdala.** Los experimentos han demostrado que la amígdala está relacionada con el miedo, ingesta o sexo. Según Baxter y Murray (2002, citado por Ronzoni, 2017) la amígdala también ha sido asociada con el procesamiento de recompensas y la diferenciación de estímulos aversivos, por lo que se podría afirmar que está implicado tanto en el aprendizaje como la motivación. También guarda relación con la memoria emocional, procesamiento de los estímulos emocionales y aversivos.

La amígdala tiene una función importante al momento de generar respuestas ante eventos estresantes a nivel endocrino, autonómico y conductual. Debido a que integra entradas sensoriales multimodales, tiene la capacidad de percibir estresores del entorno y emplear rápidamente recursos emocionales o conductuales para afrontar la amenaza, con la finalidad de adaptarse al entorno, contribuyendo de esta manera, a la respuesta más adecuada (Spangenberg, 2011).

**4.2.1.5. Hipotálamo.** El hipotálamo funciona como la principal conexión entre el sistema nervioso, endocrino e inmune. Cuenta con acceso a información sensitiva del cuerpo y juega un rol fundamental en la regulación de la homeostasis y la respuesta a emergencia. Según Spangenberg (2011) “ante determinados estímulos, el hipotálamo activa mecanismos que desencadenan una cascada de

respuestas motoras apropiadas para afrontar las exigencias. Respuestas conductuales agresivas, de huida o sexuales, son acompañadas por componentes somáticos, autonómicos y endócrinos específicos de las circunstancias” (pag.15).

### **4.3. Estrés Durante el Confinamiento**

La crisis causada por la pandemia de COVID-19 ha afectado el funcionamiento social, las interacciones y el comportamiento en muchos niveles. El distanciamiento social y el confinamiento emocionalmente pueden causar problemas de salud mental, como depresión, ansiedad o estrés. La incertidumbre generada por la enfermedad, su rápida propagación, alto riesgo de contagio y la duración indefinida de las intervenciones de salud pública, pueden ocasionar y agravar problemas preexistentes en la salud mental de la población, siendo un resultado lógico y predecible (Hernández, 2020).

En un estudio realizado en 52 730 personas de China durante la fase inicial de la pandemia se encontró que el 35% de los participantes padecen de estrés en niveles elevados, siendo las más afectadas las mujeres. Con respecto a la edad, los participantes entre 18 y 30 años, y los mayores de 60 años presentaron mayores índices de estrés psicológico. La puntuación alta en los jóvenes entre 18 a 30 años podría ser por el uso excesivo de las redes sociales para informarse, ocasionando estrés tecnológico por la sobreinformación. Por otro lado, los adultos de 60 años presentan estos resultados debido a que el COVID-19 afecta letalmente a esta población, además del acceso limitado a internet y uso de teléfonos inteligentes, por lo que no podrían beneficiarse de los servicios de salud mental en línea

(Huarcaya,2020). En otro estudio realizado en 1210 personas de China durante la fase inicial de la pandemia se encontró que el 24.5% sufrió un impacto psicológico mínimo, el 21.7% un impacto moderado y el 53.8% un impacto moderado-grave. Además, se encontró que el ser mujer, estudiante y padecer de algunos de los síntomas físicos presentan un mayor impacto psicológico estresante.

#### ***4.3.1. El estrés durante y luego de la cuarentena en epidemias y pandemias pasadas***

Los resultados de varios estudios en brotes anteriores indican que el impacto psicológico del aislamiento puede ser significativo y persistir después de la exposición. Las enfermedades infecciosas del pasado tuvieron graves consecuencias tanto a nivel físico como en la salud mental para las personas afectadas, como sucedió con la Enfermedad del Virus del Ébola, que fue declarada emergencia de salud pública del año 2014 al 2016. Asimismo, el estigma, el aislamiento social, el declive socioeconómico y la muerte de seres queridos se convierten en factores de riesgo para los problemas de salud mental que posteriormente presentan a las personas afectadas. Estudios realizados durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) se encontró que los sobrevivientes habían sido los más afectados: la experiencia de presenciar eventos aversivos durante la hospitalización, el diagnóstico incierto y los cuidados necesarios en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fueron experiencias traumantes para ellos. Un estudio comparativo realizado en Hong Kong comparó los niveles de estrés informados durante el brote de SARS y un año después en los

supervivientes; encontrando que los niveles de estrés se mantuvieron altos en lugar de disminuir a lo largo del tiempo. Por otro lado, en un estudio realizado en 1082 estudiantes universitarios durante la pandemia del H1N1, se halló que el ser mujer, estar infectada con la influenza H1N1 y tener familiares, amigos o conocidos con la enfermedad, eran un factor de riesgo relevante para la aparición de los síntomas de estrés. Debido a que esta pandemia pone en riesgo a los jóvenes, muchos estudiantes experimentaron diferentes respuestas al estrés durante el brote de influenza H1N1 y aproximadamente el 2% de los estudiantes desarrollaron trastorno de estrés postraumático (Palomino y Huarcaya, 2020).

#### ***4.3.2. Estrés académico en estudiantes universitarios peruanos en tiempos de pandemia***

Las actividades académicas de los estudiantes universitarios han cambiado drásticamente debido a la pandemia en la gran mayoría de los países, siendo el cambio de modalidad presencial a virtual. Esto generó en los estudiantes diversos problemas como dificultades en la conexión, problemas para el acceso a material educativo y actitudes desfavorables hacia la nueva modalidad, siendo factores estresantes extras aparte de las demandas y exigencias académicas de la educación superior. Estrada et al. (2021) concluye en su investigación que existe una alta tasa de estrés académico entre los estudiantes de la profesión de educación profesional en una universidad peruana durante la pandemia de COVID-19. Sumado a esto, encontraron que variables como el sexo, edad, año de estudio y grupo etario estaban asociadas de manera significativa con el estrés académico. Cabe resaltar que existe

una amplia gama de factores estresantes en la época universitaria, como ha demostrado diversos estudios, siendo los principales la sobrecarga académica, tiempo de finalización limitado, los exámenes, excesiva cantidad de horas enfocadas al estudio, así como también el carácter y personalidad del docente, por lo que estos hallazgos son preocupantes debido a que pueden agravar condiciones que estaban previamente establecidas en la salud mental de los alumnos.

## **CAPITULO V**

### **METODOLOGÍA**

#### **5.1. Enunciados de las Hipótesis**

##### ***5.1.1. Hipótesis General***

HG: Existen niveles severos de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020.

##### ***5.1.2. Hipótesis Especifico***

H1: Existen niveles severos de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

H2: Existen niveles severos de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

H3: Existen niveles severos de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

H4: Existe relación significativa entre las variables depresión, ansiedad y estrés, en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

## 5.2. Operacionalización de variables y escalas de medición

### 5.2.1. Definición conceptual y operacional de la variable depresión

Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) definen la depresión como la pérdida parcial o total de la autoestima asociada a la percepción de una baja probabilidad de alcanzar metas significativas en la vida del individuo.

**Tabla 1**

*Cuadro de Operacionalización de la variable depresión (DASS-21)*

Variable	Definición	Indicadores	Ítems	Categorías de respuesta	Escala de medición
Depresión	Sensación de profunda tristeza y desesperanza de duración prolongada, afectando las principales áreas de vida del ser humano y llegando a provocar síntomas somáticos.	Anhedonia Disforia Desesperanza Falta de interés Autodesprecio Desvalorización de la vida	3 5 10 16 17 21	Nunca. A veces. Con frecuencia. Casi siempre.	Ordinal

### 5.2.2. Definición conceptual y operacional de la variable ansiedad

Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) definen la ansiedad como la presencia de ataques de miedo, tensión muscular, temblores,

desmayos, agitación fisiológica, aumento del ritmo cardiaco, exaltación y respiración entrecortada.

**Tabla 2**

*Cuadro de Operacionalización de la variable ansiedad (DASS-21)*

Variable	Definición	Indicadores	Ítems	Categorías de respuesta	Escala de medición
Ansiedad	Respuesta anticipada a un evento futuro amenazador, teniendo como característica principal el miedo.	Activación fisiológica Sensación subjetiva de afecto ansioso Efectos musculoesqueléticos	2,4,19 7,9 15,20	Nunca. A veces. Con frecuencia. Casi siempre.	Ordinal

### **5.2.3. Definición conceptual y operacional de la variable estrés**

Lovibond y Lovibond (1994, citados por Contreras, 2018) conceptualizan el estrés como un “estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” (p.24).



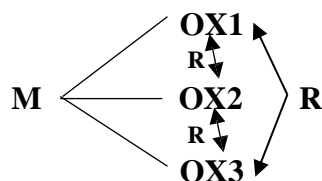
**Tabla 3***Cuadro de Operacionalización de la variable estrés (DASS-21)*

Variable	Definición	Indicadores	Ítems	Categorías de respuesta	Escala de medición
Estrés	Percepción o valoración de amenaza de las situaciones internas o externas que sobrepasan la capacidad del individuo para superarlas, generando un desequilibrio en su bienestar personal.	Dificultad para relajarse Irritabilidad Activación nerviosa Impaciencia	1,11,12 6,18 8 14	Nunca. A veces. Con frecuencia. Casi siempre.	Ordinal

### 5.3. Tipo y Diseño de la Investigación

En cuanto al tipo de investigación es descriptiva/correlacional porque detalla una situación/evento y evalúa el grado de asociación entre dos o más variables, asimismo es cuantitativa porque utiliza análisis estadísticos y transversal porque se realiza en un tiempo determinado. El diseño es no experimental transeccional puesto a que analiza las variables e indicadores en las condiciones que se presenta naturalmente sin la manipulación por parte del investigador (Hernández, 2014).

#### Esquema



## **Leyenda**

**M:** Muestra

**Ox1:** Observación de la variable depresión.

**Ox2:** Observación de la variable ansiedad.

**Ox3:** Observación de la variable estrés.

**R:** Relación entre variables

## **5.4. Ámbito de la investigación**

El ámbito de estudio será la Universidad Privada de Tacna, un centro de estudios creado sin fines de lucro por el presbítero Luis Mellado Manzano el 3 de enero de 1985 en la ciudad de Tacna. Esta universidad comienza con la Facultad de educación conformada por la carrera profesional de matemáticas, posteriormente incorpora Ingeniería Electrónica y Derecho y Ciencias Políticas. Tiempo después, el día 26 de diciembre del año 1989, a través de la ley N°252164 el Congreso de la República establece que la Universidad Privada de Tacna con las siguientes Facultades: Facultad de Educación con las carreras de educación inicial, educación primaria, educación secundaria, educación y rehabilitación física; Facultad de Ingeniería con las especialidades ingeniería electrónica, ingeniería de sistemas e ingeniería civil; Facultad de Derecho y Ciencias Políticas con las especialidades de derecho y ciencias políticas, y la Facultad de Turismo y Hotelería con las especialidades de turismo y hotelería.

El Campus Capanique se encuentra ubicado en la Av. Jorge Basadre Grohmann s/n Pocollay y el Rectorado la Av. Bolognesi N° 1177.

Es una institución de derecho privado, con autonomía académica, económica, normativa y administrativa que no depende de ninguna otra persona jurídica o ente promotor. Se encargan de formar profesionales, investigadores y emprendedores competentes y socialmente responsables mediante programas acreditados. Los estudiantes se encuentran cursando la universidad a través de la modalidad virtual debido al confinamiento por la pandemia del COVID-19.

Actualmente posee las siguientes facultades y carreras profesionales: La Facultad de Ingeniería, conformado por las carreras de ingeniería civil, sistemas, electrónica, agroindustrial, ambiental e industrial; la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades, conformado por las carreras de psicología, ciencias de la comunicación y educación; la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, conformado por la carrera de derecho; la Facultad de Ciencias de la Salud, conformada por las carreras de medicina humana, odontología y tecnología médica; la Facultad de Ciencias Empresariales, conformada por las carreras de administración turístico-hotelera, economía y microfinanzas, ingeniería comercial, administración de negocios internacionales, ciencias contables y financieras; y por la Facultad de Arquitectura y Urbanismo, conformada por la carrera de arquitectura.

### **5.5. Unidad de estudio, población y muestra**

La población está constituida por 6544 estudiantes matriculados en el semestre académico 2020-II. Se realizó un muestreo no probabilístico estratificado de tipo intencional, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%,

dando como resultado 369 estudiantes de las seis facultades y los estratos estuvieron conformados por 19 estudiantes de cada carrera de la Universidad Privada de Tacna: de la Facultad de Ingeniería; ingeniería civil, ingeniería de sistemas, ingeniería electrónica, ingeniería agroindustrial, ingeniería ambiental e ingeniería industrial; de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades, psicología, ciencias de la comunicación y educación; de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, derecho; de la Facultad de Ciencias de la Salud, medicina humana, odontología y tecnología médica, de la Facultad de Ciencias Empresariales, administración turístico-hotelera, economía y microfinanzas, ingeniería comercial, administración de negocios internacionales, ciencias contables y financieras; y de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo, arquitectura.

Los criterios de inclusión consisten en ser hombre o mujer, estudiante matriculado en alguna de las 19 carreras de la Universidad Privada de Tacna en el semestre académico 2020-II y que deseen participar en la investigación. Se excluirán a aquellos estudiantes que no deseen participar en la investigación y los que no se encuentren matriculados en el semestre académico 2020-II.

## **5.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Debido a la pandemia del COVID-19 y el aislamiento social, se ubicó a los estudiantes de manera virtual y se les invitó a participar del estudio explicándoles los motivos de la investigación y solicitando su consentimiento informado. Para esta labor se creó una encuesta virtual donde los participantes completaron sus datos personales y test psicométrico desde sus ordenadores.

Para el proceso y análisis de la información se empleará el examen psicométrico a través del DASS-21 de manera individual a los participantes y se les especificará que la investigación se utilizará exclusivamente para fines de estudio. Se utilizará el software estadístico *Social Package for Social Sciences* (SPSS) en su versión 26 para el análisis y procesamiento de la información obtenida.

El instrumento que se empleará para la recolección de datos será el “Cuestionario de ansiedad, depresión y estrés” (DASS – 21). Fue creado por Lovibond y Lovibond en Australia en el año 1995 con el objetivo de medir los estados emocionales negativos: ansiedad, depresión y estrés. La versión original de este cuestionario se llama Escala de Depresión, Ansiedad y estrés DASS-42 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) el cual está conformado por 42 ítems con una validez convergente y discriminante adecuada (Lovibond y Lovibond, 1995).

Tiempo después se creó el DASS – 21, siendo una versión abreviada conformada por 21 ítems con la finalidad de ser empleada en evaluaciones más breves. Estos describen los síntomas experimentados en la última semana; el número de opciones de respuesta varía entre 0 a 3 puntos y se describen en escala de tipo Likert, evaluando frecuencia del síntoma. El puntaje total por sub-escala es de 21 puntos y el máximo total varía entre 0 y 63 puntos. El ámbito de aplicación es desde los 13 años hasta los 45 años con un tiempo de administración de 5 a 10 minutos.

Las propiedades psicométricas fueron investigadas por Polo (2017) en una Universidad de Chimbote, arrojando una adecuada confiabilidad (0.831 – 844) y validez en las tres dimensiones, cuyos valores fluctúan entre 0.467 a 0.662 en

depresión, 0.447 a 0.665 en ansiedad y 0.524 a 0.656 en estrés. Zayra y Eugenia (2012) refiere que las escalas de ansiedad y depresión del DASS tienen una alta correlación con el inventario de ansiedad y el inventario de depresión de Beck ( $r=0.81$ ).

## **CAPITULO VI**

### **LOS RESULTADOS**

#### **6.1. El trabajo de campo**

##### ***6.1.1. Acciones de preparación***

El proyecto de investigación fue elaborado entre los meses de junio y septiembre del año 2020. El instrumento DASS-21 para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés se obtuvo vía electrónica y se comprobó sus propiedades psicométricas para la población peruana, específicamente en estudiantes universitarios. Se realizaron pruebas piloto para garantizar que las indicaciones e ítems del instrumento fueran adecuadas para su comprensión.

##### ***6.1.2. Acciones de coordinación***

El autor realizó la inscripción del plan de trabajo de investigación y la designación de asesor a través de la mesa de partes virtual de la Universidad Privada de Tacna el día 17 de septiembre del año 2020. Luego de hacer el seguimiento respectivo a la solicitud con registro No 15111, el día 27 de octubre del año 2020

por medio de la “RESOLUCIÓN No 219-D-2020-UPT/FAEDCOH”, recibido al correo electrónico, se resolvió designar al Psic. Yefer Torres Gonzales como jurado evaluador del plan de trabajo de investigación denominado: “Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Privada de Tacna, 2020”.

El día 22 de noviembre del 2020 el Psic. Yefer Torres Gonzales, después de la evaluación del proyecto, se comunicó con el autor vía redes sociales para señalarle que la muestra planteada para su estudio era insuficiente considerando que es un proyecto descriptivo; por lo que le recomendó que elija una muestra más significativa, llegándose al acuerdo que debería ser modificado, a lo cual accedió y fue cambiado por “Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020”.

Después de realizar los cambios sugeridos en el proyecto, ante la premura del tiempo y para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, el jurado evaluador consideró el proyecto como significativo, viable y apto para continuar con la siguiente etapa, por lo que, bajo su recomendación, se aplicó el instrumento a la muestra.

### ***6.1.3. Acciones de aplicación***

La recolección de datos se realizó entre los meses de diciembre y enero del año 2020 – 2021. Debido a la pandemia del COVID-19, las medidas de aislamiento y educación a distancia, la aplicación del instrumento se realizó de forma virtual, contactándose vía redes sociales con los participantes que cumplan los criterios de



inclusión, solicitando que revisen el consentimiento informado y corroborando que se encuentren estudiando en la Universidad Privada de Tacna a través de su portal web, estimando un tiempo de aplicación de 15 minutos por cada uno. Para obtener mayor acogida del instrumento se utilizó la técnica de muestreo snowball, invitando a los participantes a compartir el link a aquellos compañeros que estudien alguna carrera profesional de la Universidad Privada de Tacna; sumado a esto, se tuvo contacto con profesores de las facultades de FACSA, FADE, FACEM y FAEDCOH para solicitar la difusión del instrumento.

## **6.2. Diseño de presentación de los resultados**

Los datos se presentan en el siguiente orden:

Datos generales de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020.

Niveles de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

Niveles de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

Relación entre las variables depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

### 6.3. Los resultados

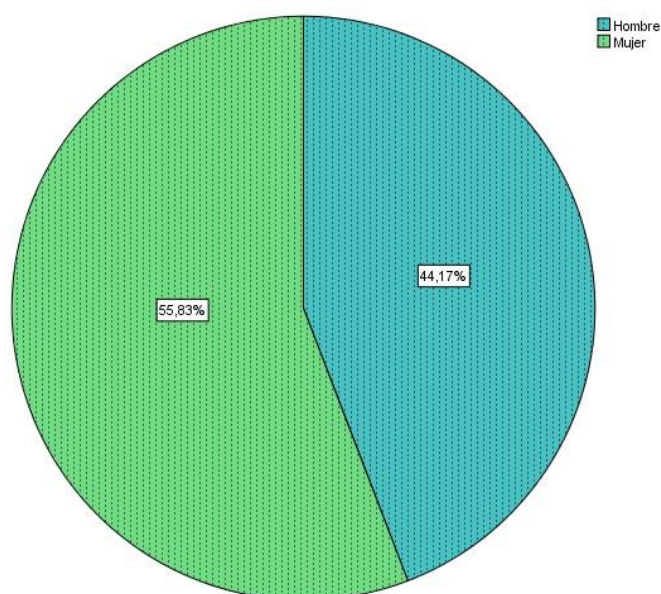
#### 6.3.1. Datos generales

Para la presente investigación se estableció como muestra una cantidad de 369 estudiantes de las diferentes facultades de la Universidad Privada de Tacna. Se logró conseguir un total de 369 estudiantes de edades comprendidas entre 17 y 32 años, con una edad promedio de 21.85, una mediana de 22 y moda de 21 años. El 49.86% lo conforman estudiantes de edades comprendidas entre 17-21 años, el 46.88% tiene entre 22-26 años y el 3.25% entre 27-32 años. En relación al sexo, como se observa en la Figura 1, el 55.83% está conformado por el sexo femenino y el 44.17% por el sexo masculino.

De los resultados se destaca que la edad predominante en los estudiantes evaluados comprende entre los 17 - 21 años y respecto al sexo, el femenino predomina por sobre el masculino.

**Figura 1**

*Sexo de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

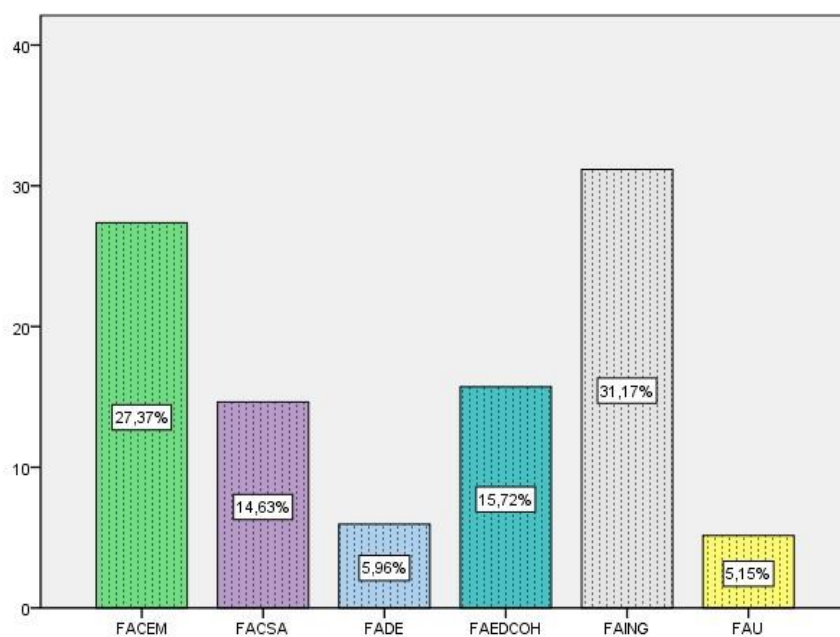


En la Figura 2 se puede observar el porcentaje de estudiantes por cada facultad de la Universidad Privada de Tacna. El 31.17% de la muestra está conformado por estudiantes de la Facultad de Ingeniería; el 27.37% por estudiantes de la Facultad de Ciencias Empresariales; el 15.72% lo constituyen estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades; el 14.63% por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, el 5.96% por estudiantes de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; y el 5.15% está conformado por estudiantes de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

Cabe aclarar que la diferencia en cuanto a porcentajes en los resultados que a continuación se detallan, tiene su origen en la cantidad de carreras profesionales que conforman cada facultad, siendo predominante la Facultad de Ingeniería seguido de la Facultad de Ciencias empresariales.

### **Figura 2**

*Porcentaje de estudiantes por cada facultad de la Universidad Privada de Tacna.*



### 6.3.2. Niveles de depresión

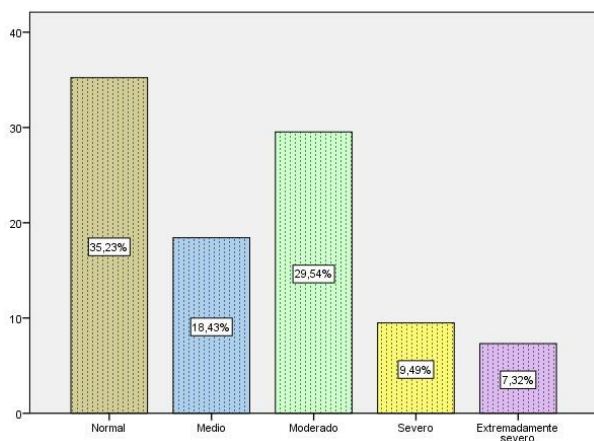
En la Figura 3 y tabla 4 se puede observar los niveles de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Del total de la muestra se observa que el 35.23% se encuentra en un nivel normal, el 18.43% en un nivel medio, el 29.54% en un nivel moderado, el 9.49% en un nivel severo y el 7.32% un nivel extremadamente severo de depresión. Tomando en cuenta los niveles significativos de este trastorno (medio, moderado, severo y extremadamente severo), se puede afirmar que el 64.78% de los estudiantes padecen de algún problema de depresión.

**Tabla 4**  
*Niveles de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	130	35.23%
Medio	68	18.43%
Moderado	109	29.54%
Severo	35	9.49%
Extremadamente severo	27	7.32%

### Figura 3

*Niveles de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



### 6.3.3. Niveles de ansiedad

En la Figura 4 y tabla 5 se observa los niveles de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Se encontró que el 28.46% tiene un nivel normal, el 19.51% un nivel medio, el 18.43% un nivel moderado, el 13.55% un nivel severo y el 20.05% un nivel extremadamente severo. Tomando en cuenta los niveles significativos de este trastorno (medio, moderado, severo y extremadamente severo), se puede afirmar que el 71.54% de los estudiantes padecen de algún problema de ansiedad.

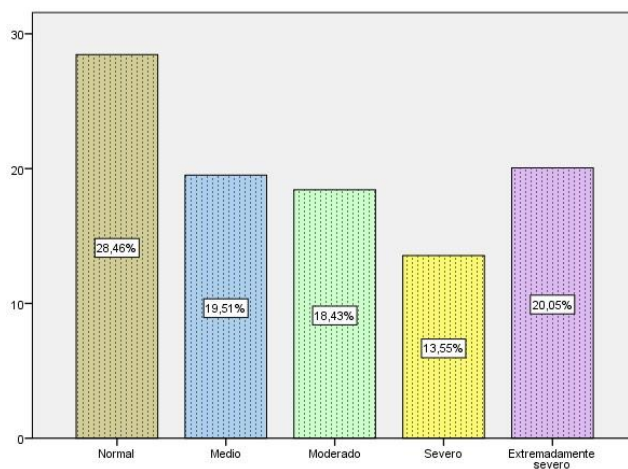
**Tabla 5**

*Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	105	28.46%
Medio	72	19.51%
Moderado	68	18.43%
Severo	50	13.59%
Extremadamente severo	74	20.05%

**Figura 4**

*Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



### 6.3.4. Niveles de estrés

En la Figura 5 y tabla 6 se observa los niveles de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Se encontró que el 43.63% posee un nivel normal, el 24.39% un nivel medio, el 19.24% un nivel moderado, el 8.94% un nivel severo y por último el 3.79% un nivel extremadamente severo. Tomando en cuenta los niveles significativos de este trastorno (medio, moderado, severo y extremadamente severo), se puede afirmar que el 56.36% de los estudiantes padecen de algún problema de estrés.

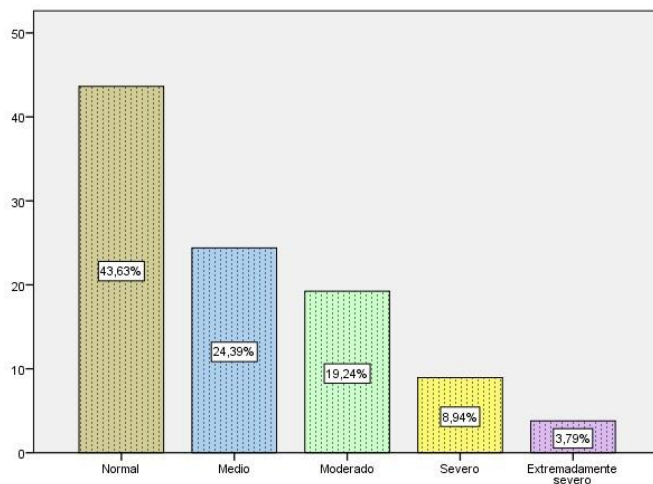
**Tabla 6**

*Niveles de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	161	43.63%
Medio	90	24.39%
Moderado	71	19.24%
Severo	33	8.94%
Extremadamente severo	14	3.79%

**Figura 5**

*Niveles de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



### 6.3.5. Relación entre las variables depresión, ansiedad y estrés

Para establecer la relación entre las variables depresión, ansiedad y estrés se utilizó la correlación de Pearson.

En la tabla 7 se puede observar la relación entre la variable depresión y ansiedad en donde se encontró que el coeficiente de Pearson es de 0.712 y el p valor es de 0.000, siendo la relación de estas dos variables significativa.

**Tabla 7**

*Relación entre la variable depresión y ansiedad*

		Ansiedad
Depresión	Correlación de Pearson	0.712
	Sig (Billateral)	0.000

En la tabla 8 se describe la relación entre la variable ansiedad y estrés. Se encontró que el coeficiente de Pearson es de 0.769 y el p valor es de 0.000, siendo la relación entre estas dos variables significativa.

**Tabla 8**

*Relación entre la variable ansiedad y estrés*

		Estrés
Ansiedad	Correlación de Pearson	0.769
	Sig (Billateral)	0.00

En la tabla 9 se observa la relación entre la variable estrés y depresión en donde se encontró que el coeficiente de Pearson es de 0.689 y el p valor es de 0.000, siendo la relación entre estas dos variables significativa.

**Tabla 9**  
*Relación entre la variable estrés y depresión*

		Depresión
Estrés	Correlación de Pearson	0.689
	Sig (Bilateral)	0.000

En conclusión, debido al que el p valor es menor a 0.05 ( $p=0.000$ ) se decide rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica.

## **6.4 Comprobación de las hipótesis**

### **6.4.1. Contrastación de la hipótesis específica 1**

H1: Existen niveles severos de depresión en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

Según indica la Figura 3 existe niveles de depresión severos en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020, por lo que se comprueba y acepta la primera hipótesis específica.

### **6.4.2. Contrastación de la hipótesis específica 2**

H2: Existen niveles severos de ansiedad en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.



Según indica la Figura 4 existe niveles de ansiedad severos en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020, por lo que se comprueba y acepta la segunda hipótesis específica.

#### ***6.4.3. Contrastación de la hipótesis específica 3***

H3: Existen niveles severos de estrés en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

Según indica la figura 5 existe niveles de estrés severos en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020, por lo que se comprueba y acepta la tercera hipótesis específica.

#### ***6.4.4. Contrastación de la hipótesis específica 4***

H4: Existe relación significativa entre las variables depresión, ansiedad y estrés, en tiempos de pandemia en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2020.

Según indican las tablas 7, 8 y 9, el p valor es menor a 0.05 ( $p=0.000$ ) por lo que se acepta la hipótesis específica, siendo la relación entre estas variables significativa.

#### ***6.4.5. Contrastación de la hipótesis general***

HG: Existen niveles severos de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020.

De acuerdo a los resultados de las Figuras 3, 4 y 5 se puede apreciar la presencia de niveles severos de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020, por lo que se comprueba y acepta la hipótesis general.

## **6.5. Discusión**

El presente trabajo investiga los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020. La discusión se desarrollará con base a los objetivos establecidos, los cuales son determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes que se encuentran en situación de pandemia.

Para contribuir a la comprensión idónea de los resultados, es necesario puntualizar que la finalidad del instrumento DASS-21 no es afirmar la presencia de una o varias patologías como la ansiedad, depresión o estrés, no cumpliendo una función de diagnóstico, sino de alertar al evaluador de la posible presencia de estos trastornos y síntomas clínicos, por lo tanto, los resultados de esta investigación serán interpretados respetando estas limitaciones, en caso de una profundización futura con objetivos de establecer diagnóstico deberán ser complementados con evaluaciones clínicas realizados por un psicólogo.

Con respecto a la interpretación de los resultados, la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), adaptado por Polo (2017), está conformado por 21 ítems de escala Likert, cuyos puntajes obtenidos son determinados en los siguientes niveles o categorías: normal, medio, moderado, severo y extremadamente severo.

Un nivel normal dará a entender que el evaluado padece de algunos síntomas de estos trastornos, pero no en un grado significativo; por otro lado, a partir del nivel medio dará a entender que el evaluado está padeciendo de malestar emocional.

Empezando por el nivel de depresión, como se observa en la Figura 3, se determinó que el 35.23% se encuentra en un nivel normal, el 18.43% en un nivel medio, el 29.54% en un nivel moderado, el 9.49% en un nivel severo y el 7.32% un nivel extremadamente severo de depresión.

Este resultado difiere con lo encontrado por Antúnez y Vinet (2013), quienes hallaron que el 30.1% de la muestra total presenta sintomatología depresiva, siendo este un porcentaje bajo en comparación a los encontrados en la presente investigación.

De igual forma, los resultados discrepan con la investigación de Uribe (2015), quien encontró que el 54.6% poseen un nivel de riesgo y el 8.8% presenta un nivel alto de depresión, siendo estos porcentajes distantes a los encontrados en la presente investigación debido a que el 64.77% padece de malestar emocional; y el porcentaje de depresión en un nivel severo y extremadamente severo (16.81%) asciende al porcentaje de nivel alto encontrado por Uribe (8.8%).

Estas discrepancias pueden ser atribuidas a las diferencias en cuanto a situación social y sanitaria de las poblaciones evaluadas por Uribe (2015) y Antúnez y Vinet (2013), puesto a que evaluaron estas mismas variables en universitarios fuera de un contexto de cuarentena y pandemia.

Una posible explicación para los niveles de depresión encontrados la brinda la teoría conductual de Kanter et al. (2011). Esta entiende la depresión como el

resultado de un ambiente que no promueve el contacto con estímulos estables y diversos de reforzamiento positivo, la exposición excesiva a reforzamientos negativos y castigos. Por lo tanto, la retirada de reforzamientos positivos previamente estables (ej. frecuentar con amigos, educación presencial, trabajo estable) debido a las restricciones por la cuarentena, aislamiento social y evitar el contagio (castigo inevitable por un periodo de tiempo indeterminado), mitigaría las conductas que ocasionan placer, produciendo emociones negativas y aumentando obligatoriamente las conductas evitativas, que funcionan como refuerzo negativo, generando y manteniendo conductas depresivas.

El siguiente punto trata de la ansiedad, como se observó en la Figura 4, se encontró que, del total de la muestra, el 28.46% tiene un nivel normal, el 19.51% un nivel medio, el 18.43% un nivel moderado, el 13.55% un nivel severo y el 20.05% un nivel extremadamente severo.

Este resultado difiere con lo encontrado por Antúnez y Vinet (2013), quienes hallaron que el 20.9% de la muestra total presenta sintomatología ansiosa, siendo este porcentaje mucho menor en comparación a los expuestos en el presente trabajo.

De la misma manera, los resultados discrepan con la investigación de Uribe (2015), quien halló que el 18.5% posee tanto niveles altos como críticos de ansiedad, siendo este porcentaje casi la mitad de lo encontrado en los niveles severo y extremadamente severo (33.6%).

Por otro lado, estos resultados difieren de los encontrados por Becerra y Pachamora (2015), quienes hallaron porcentajes mayores de ansiedad en

estudiantes de la Universidad Peruana Unión que los expuestos en el presente trabajo. Una posible explicación para esta diferencia es que los autores utilizaron un instrumento específico para medir los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios, por lo que es esperado que este instrumento sea más sensible a este constructo que el utilizado en el presente estudio. Según Becerra y Pachamora (2015), estos resultados pueden estar relacionados con problemas económicos, problemas familiares, consumo de alcohol y antecedentes familiares de ansiedad y depresión.

Una explicación para estos resultados podría ser dada por el modelo cognitivo de la ansiedad de Clark y Beck (2012). Ante la percepción de un peligro externo, del cual la persona no tiene control (ej. propagación del COVID-19), genera un estado de vulnerabilidad que se ve agudizado por la falta de seguridad o pérdida de recursos para afrontar la amenaza (ej. un estudiante que debido a la pérdida del trabajo tiene problemas para continuar sus estudios de manera regular). Ante esto, el organismo estará alerta a cualquier estímulo relacionado con la amenaza que pueda atentar contra su integridad (ej. síntomas falsos del virus, pérdida de recursos de primera necesidad) y, en consecuencia, se producirán diferentes síntomas de ansiedad según sea el caso. Esto da a entender que el contexto social actual y todo lo que implica predisponen a la persona a percibirse a sí mismo como vulnerable, el mundo como hostil y el futuro como incierto, favoreciendo a la aparición de distintos trastornos de ansiedad.

Con respecto a los niveles de estrés, se evidencio en la Figura 5 que el 43.63% posee un nivel normal, el 24.39% un nivel medio, el 19.24% un nivel

moderado, el 8.94% un nivel severo y por último el 3.79% un nivel extremadamente severo.

Los resultados difieren a los encontrados por Uribe (2015) quien halló un nivel moderado de estrés académico (41.4%), mientras que el resto de su población evaluada presentó niveles alto y crítico (48%). Estas diferencias se atribuyen a la diferencia en cuanto variable estudiada, puesto a que el autor evaluó “estrés académico”, mientras que en el presente estudio se evaluó “Estrés”, siendo este aplicado a la vida en general mientras que el otro se refiere al ámbito educativo.

De igual forma, Pedrozo et al. (2020) encontraron niveles elevados de estrés percibido relacionado con la epidemia de COVID-19, en una muestra de adultos colombianos. La razón de estos resultados se debería a la percepción de inconsistencia entre los acuerdos de las autoridades de salud y las recomendaciones científicas. Además, ser más joven, la exposición a sobreinformación de las redes sociales y tener un mayor grado de instrucción estaría relacionado con un mayor nivel de estrés percibido.

Si el problema se contempla bajo el modelo cognitivo de Lazarus (2000), se puede catalogar, por ejemplo, a la pandemia o confinamiento como un estímulo relevante y novedoso que altera el equilibrio del sujeto en todos los ámbitos. En la primera valoración del estímulo, se definiría la valoración de riesgo; usando el ejemplo anterior estas posibles valoraciones serían “Es un virus que ocasiona muertes”, “Yo o algún ser querido se encuentra en población vulnerable”, “Tengo que ser responsable y evitar a toda costa contagiarme”; en la segunda valoración donde se evalúan los recursos que posee el sujeto para hacer frente, que, en este

caso, no posee, por lo que el estímulo es catalogado como amenaza. Ante esta incapacidad o dificultad para poder adaptarse al ambiente, que se encuentra en constante cambio, aparecen los síntomas del estrés.

Con respecto a los estudios realizados a nivel internacional relacionados a la situación actual, se evidencia que estos resultados en general concuerdan con los encontrados por Ozamiz et al., (2020), quienes hallaron niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés en la población joven del norte de España, que aumentaron a partir del confinamiento. Los autores atribuyen estos resultados al estrés añadido por la educación a distancia, incertidumbre y sobreinformación en las diversas redes sociales, obligando a los jóvenes a adaptarse a un nuevo contexto de manera precipitada.

De la misma forma, los resultados encontrados por Li et al. (2020) en una muestra de estudiantes universitarios de China evidencian la presencia de niveles de depresión y ansiedad en esta población, siendo estos resultados concordantes con los del presente estudio. Es posible que estos resultados sean ocasionados por la pérdida de libertad debido al confinamiento, sentimientos de soledad, familiares fallecidos, miedo al contagio y un nivel de instrucción más elevado.

Cáceres y Gutiérrez (2020) y Gonzales (2020) encontraron de igual manera niveles de depresión, ansiedad y estrés en universitarios de la ciudad de Arequipa y pacientes de una clínica en la ciudad de Lima, respectivamente, ambos utilizando el instrumento DASS-21. No obstante, los porcentajes hallados en la presente investigación son mayores a los encontrados por estos autores. Una posible explicación para esta discrepancia es la diferencia en cuanto características de la

población, puesto que Gonzales (2020) evaluó universitarios de la ciudad de Arequipa, población que se encontraba en una situación sanitaria y con protocolos distintos al de nuestra realidad local (la evaluación del autor fue realizada en el mes de julio del año 2020, Arequipa se encontraba bajo cuarentena, toque de queda de 8:00 pm a 4:00 am y confinamiento total los domingos, a comparación de Tacna, que entre diciembre del año 2020 y enero del año 2021, después de la flexibilización de las medidas, se comenzaron a tomar nuevas medidas más restrictivas por un posible rebrote o segunda ola); de igual forma, Gutiérrez (2020) estudió pacientes de una clínica privada, los cuales se encontraban recibiendo atención clínica.

Como afirma Papalia (2012) muchos estudiantes universitarios suelen sentirse abrumados por las exigencias académicas, además de la presencia de otros estresores dentro de su vida personal, siendo posible que el aislamiento y la emergencia sanitaria elevará los niveles de depresión, ansiedad y estrés, ya presentes en esta población, pero en un menor nivel, como muestran los estudios de Becerra y Pachamora (2015) y Gómez (2014).

Se encontró una relación significativa entre las variables depresión, ansiedad y estrés. Cabe resaltar que la relación entre ansiedad y estrés es mayor con respecto a la depresión, esto puede ser debido a que ambas provocan reacciones adaptativas en los individuos ante las demandas del ambiente, producen activación fisiológica y cognitiva, existe una pérdida de control y genera problemas físicos. Sin embargo, la diferencia radica en que la ansiedad es una reacción emocional ante una amenaza, mientras que el estrés es un proceso de adaptación del individuo ante el medio. De igual forma con la depresión y el estrés, algunos síntomas guardan



relación puesto a que ambos producen una sensación de desmotivación, agotamiento emocional, baja tolerancia a la frustración, falta de energía y disminución del rendimiento (Del Campo et al., 2018).

En cuanto a la relación entre la ansiedad y depresión, Gonzáles et al. (2004) basados en el modelo tripartito, encontraron que tres de cada cuatro pacientes diagnosticados con ansiedad presentan síntomas de depresión y viceversa; ambos trastornos poseen síntomas en común como la irritabilidad, preocupación, dificultad para concentrarse, problemas para conciliar el sueño, sentimientos de inferioridad, pero principalmente las dos características comunes son el afecto negativo y la indefensión. Agregando a lo anterior, estos autores aclaran que el alto afecto negativo constituye una característica más asociada a la ansiedad, mientras que la indefensión es más característico de la depresión.

Por último, es conveniente destacar que no se podría calificar al confinamiento como la única causante de estos niveles, tal y como sustenta los estudios de Gonzales (2020) y Wu et al. (2009) donde no se evidenció relación, por lo tanto, se le podría considerar como un factor más de riesgo para estos trastornos, siendo este un motivo para realizar más estudios que tomen en cuenta más variables que solo el confinamiento para indagar en ese aspecto.

## **CAPITULO VIII**

### **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

#### **7.1. Conclusiones**

##### **Primero**

Se concluye que existen niveles severos de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia. A pesar de que el nivel predominante fue el normal, la presencia del nivel severo indicaría la existencia de una población vulnerable a estos trastornos.

##### **Segundo**

Se encontró que el 64.78% de los estudiantes padecen de algún problema de depresión, de los cuales el 9.49% corresponden al nivel severo.

##### **Tercero**

Se evidenció que el 71.54% de los estudiantes presenta niveles de ansiedad, donde el 13.55% corresponde al nivel severo.

##### **Cuarto**

El 56.36% de los estudiantes posee niveles de estrés, de los cuales el 8.94% corresponde al nivel severo.

## **Quinto**

Existe una relación significativa entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.

## **7.2. Sugerencias**

### **Primero**

Se recomienda a la Universidad Privada de Tacna realizar evaluaciones y tamizajes a los estudiantes universitarios con el fin de identificar con mayor precisión aquellos casos que requieran un diagnóstico y orientación oportuna, evitando así que trastornos como la depresión, ansiedad y estrés eleven su nivel de riesgo, contribuyendo a la salud mental de los jóvenes.

### **Segundo**

Por medio de la Oficina de Bienestar Universitario, establecer programas de prevención primaria, para evitar que los niveles normales de depresión, ansiedad y estrés se conviertan en niveles significativos; y programas de prevención secundaria, para trabajar con las patologías duales de los estudiantes debido a la comorbilidad que pueden presentar estos trastornos.

### **Tercero**

Con el fin de especificar los casos existentes de depresión, ansiedad y estrés para ser debidamente atendidos, se sugiere exhortar a los estudiantes universitarios a que tengan la confianza de asistir a los servicios psicológicos para poder identificar aquellos casos que requieren de intervención psicológica.

#### **Cuarto**

A los estudiantes universitarios, solicitarles que puedan asistir al área de psicología de la Universidad Privada de Tacna que cuenta con personal capacitado para tratar este tipo de trastornos con la finalidad de mejorar su salud mental.

#### **Quinto**

Debido a la gravedad y duración de la emergencia sanitaria en nuestro país, se sugiere a los egresados y profesionales de psicología continuar investigando la depresión, ansiedad y estrés ya sea de forma más específica o en relación a otras variables, teniendo como base los resultados presentados en este estudio. Asimismo, es importante investigar otros trastornos psicológicos que pueden estar presentes en la población universitaria, con la finalidad de prevenir el desarrollo de comorbilidades que puede generar complicaciones al momento de realizar labores de prevención.

#### **Sexto**

A largo plazo, se sugiere estudiar las secuelas psicológicas que pueda dejar la pandemia en la salud mental de los jóvenes adultos, ya que estudios postpandemia sugieren la presencia de psicopatologías tales como el estrés postraumático o depresión, las cuales pueden ser resultado de los casos no tratados durante la coyuntura.

## Referencias

- Abramson, L., Metalsky, G., Alloy, L., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Acuña, M, Álvarez, L., Umaña, A. y Umaña, C. (2013). Trastornos de ansiedad: Revisión bibliográfica. *Revista Cúpula*, 27 (2), 29-50. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v27n2/art3.pdf>
- Álvarez, L., Ayala, N. y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- American Psychological Association (2010). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Editorial Panamericana.
- American Psychological Association (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*. APA Policy Guides. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 209-216. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- Armas, M. y López, A. (2018). El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión. *Cauriensia*, 13, 57-72. <http://hdl.handle.net/10662/8491>

- Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo, 2013* (tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Repositorio Institucional Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/336>
- Asociación Americana de Psicología (2010). *Superando la depresión*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos>
- Asociación Americana de Psicología (2010). *Más allá de la preocupación*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/preocupacion>
- Asociación Americana de Psicología (2020). *Los distintos tipos de estrés*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>
- Aquise, T. (2019). *Asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna 2019-I* (tesis de pregrado, Universidad Privada de Tacna). Repositorio Institucional Universidad Privada de Tacna. <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/1010>
- Ayca, C. (2016). *Relación entre estrés académico percibido y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014* (tesis de pregrado, Universidad Privada de Tacna). Repositorio Institucional Universidad Privada de Tacna. <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/211>
- Barlow, D. y Durand, V. (2010). *Psicopatología*. Editorial Paraninfo.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde

el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23 – 50.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3040305.pdf>

Becerra, J. y Pachamora, R. (2015). *Ansiedad y Depresión en estudiantes de la*

*Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015* (tesis de pregrado,

Universidad Peruana la Unión). Repositorio Institucional Universidad

Peruana la Unión. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/147>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la*

*depresión*. Desclée de Brouwer.

Berra, E., Muñoz, S., Vega, C. Silva, A. y Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y

afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman.

*Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 16(1), 37-57.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114003>

Blasi, A. y Roig, J. (2019). *¿Qué le pasa a mi cerebro cuando tengo ansiedad?.*

Neurofeedback Barcelona. [https://www.neurofeedback.cat/que-le-pasa-a-](https://www.neurofeedback.cat/que-le-pasa-a-mi-cerebro-cuando-tengo-ansiedad/)

[mi-cerebro-cuando-tengo-ansiedad/](https://www.neurofeedback.cat/que-le-pasa-a-mi-cerebro-cuando-tengo-ansiedad/)

Briceño, D. (2020). *Salud mental y el estilo de aprendizaje de los estudiantes*

*universitarios del primer ciclo de la Facultad de Ingeniería de la*

*Universidad Privada de Tacna en el año 2018* (tesis de postgrado,

Universidad Privada de Tacna). Repositorio Institucional Universidad

Privada de Tacna. <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/1590>

Caballero, C., Hederich, C. y Palacio, J. (2009). El burnout académico: delimitación

del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista*

*Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 131-146.

<https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>

Cáceres, I. y Gutiérrez, M. (2020). *Impacto psicológico de la pandemia de Covid-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020* (tesis de pregrado, Universidad de Ciencias y Humanidades). Repositorio Institucional Universidad de Ciencias y Humanidades. <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/532>

Camones, G. (2016). *Centro de salud comunitario para el tratamiento, recuperación y reinserción de pacientes con trastorno mental en la provincia de Tacna* (tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann). Repositorio Institucional Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2833>

Cano, A. (2013). *La naturaleza de los trastornos de ansiedad*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. <https://webs.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>

Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de psicología*, 20(3), 403-414. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2225359>

Chávez, A. (2020). *Depresión: intervenciones innovadoras* (Tesis de Pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia). Repositorio Institucional - Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8129>



- Chávez, K. y Tena, E. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. El Manual Moderno.
- Centro Provincial Información de Ciencias Médicas Camagüey (2018). *Depresión: hoja informativa*. <http://www.sld.cu/sitios/cpicm-cmw/>
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-251. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75842>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Contreras, I. (2018). *Escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés DASS-21: Evidencias psicométricas en estudiantes de tercero a quinto de secundaria de tres instituciones educativas públicas-Ventanilla, 2018*. (tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo). Repositorio Institucional Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29966>
- Collanqui, M. (2013). *Niveles de Vulnerabilidad Frente al Estrés, Ansiedad y Depresión en los Internos de Medicina del Hospital III Goyeneche 2013* (tesis de pregrado, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa). Repositorio Institucional Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4049>
- Cossio, M. (2020). Estado de la investigación del COVID-19 a nivel mundial. *RCPAFD*, 7(3), 944 – 945. <https://rpcafd.com/index.php/rpcafd/article/view/99>

- Cruz, A. (2021). Trastorno de ansiedad generalizada: Revisión bibliográfica. *Revista Ocronos*, 4(3), 3 – 3. <https://revistamedica.com/trastorno-ansiedad-generalizada/>
- Cubides, B y Gonzales, D. (2018). *Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología de la universidad cooperativa de Colombia* (seminario de profundización, Universidad Cooperativa de Colombia). Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/5537>
- Defensoría del Pueblo (2018). *El Derecho a la Salud Mental*. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización, Defensoría del Pueblo, <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>
- DeVida (2015). *Manual para la prevención de consumo de drogas*. Avandit.
- Del Campo, D., Lomelí, F. y Riquelme, A. (2018). *Relación de ansiedad, depresión y estrés y el impacto que tiene sobre la salud mental en jóvenes de preparatoria y licenciatura de la CDMX* (Memorias Del XX Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e Innovación, Universidad la Salle). Repositorio institucional Universidad la Salle. <https://repositorio.lasalle.mx/handle/lasalle/2020>
- Del Toro, A., Gonzáles, A., Arce, D., Reinoso, S. y Reina, L. (2014). Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. *MEDISAN*, 18(10), 14-19.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192014001000012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014001000012)

Díaz, B. y Gonzáles, C. (2011). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatría*, 11(3), 106-115.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>

Druet, N., Chan, G., Cisneros, I. y Sevilla, D. (2014). Sentido de vida y construcción del proyecto de vida profesional en jóvenes universitarios. *Congreso Interdisciplinario de Cuerpos Académicos*, 5(16), 165-172.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/563107.pdf>

Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer.

Franco, M. y Rubina, G. (2019). *Relación entre la sintomatología músculoesquelético y estrés laboral en el personal de enfermería del sistema de transporte asistido de emergencia ESSALUD, 2018* (tesis de pregrado, Universidad Privada Norbert Wiener). Repositorio Institucional Universidad Privada Norbert Wiener.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3221>

Frankl, V. (2001). *El hombre en busca de sentido*. Editorial Herder

Fernández, J., Ariznavarreta, C., Cachofeiro, V., Cardinali, D., Escrich, E., Gil, P., Lahera, V., Mora, F., Romano, M. y Tamargo, J. (2010). *Fisiología humana (4ta edición)*. McGraw Hill.

- García, J. y Noguerras, E. (2013). *Aprenda a controlar la irritabilidad*. Servicio Andaluz de Salud. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>
- Granados, O. y Reyes, Z. (2014). *La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F.* Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/234%20desesperanza.pdf>
- Gómez, K. (2014). *Prevalencia de depresión, ansiedad y factores relacionados a la depresión en estudiantes de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del primer año de estudios, 2013* (tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Repositorio Institucional Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/9715>
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibáñez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2004, 36(2), 289-304. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80536208.pdf>
- Gonzales, S., de la Cruz, D. y Martínez, X. (2007). La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. *Psicología y Salud*, 17(2), 199-205. [https://www.researchgate.net/publication/26575325\\_La\\_medicion\\_de\\_la\\_depresion\\_en\\_adolescentes\\_una\\_propuesta\\_psicometrica](https://www.researchgate.net/publication/26575325_La_medicion_de_la_depresion_en_adolescentes_una_propuesta_psicometrica)

- Gonzales, D., Barreto, A. y Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 101-107. <https://orcid.org/0000-0003-1917-6658>
- Gonzales, J. (2020). *Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado a confinamiento social – Arequipa 2020* (tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María). Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10219>
- Górriz, F. y Pérez, M. (2017, 27 de diciembre). ¿Cómo la ansiedad afecta a tu físico?. *Psicoter.* <https://n9.cl/1u4jr>
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Base neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*, 49(2), 66-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
- Heerlin, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 40(1), 63-76. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500005>
- Hernández, S. (2014). *Metodología de la investigación (6ta edición)*. Mc Graw Hill.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*. 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2006). *Estudio Epidemiológico De Salud Mental En Fronteras 2005: Informe*

*General.* Anales de Salud Mental Vol. XXII.

<https://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2016). *Depresión: Información Básica*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/21-mh-8079s\\_depression\\_sp\\_162078.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/21-mh-8079s_depression_sp_162078.pdf)

Kanter, J., Busch, A. y Rusch, L. (2011). *Activación conductual: refuerzos positivos ante la depresión*. Alianza editorial.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.

Lei L., Huang X., Zhang S., Yang J., Yang L. y Xu M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical science*, 26, 1-12.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199435/>

Moadel, A., Christie, A. y Powers, C. (2019). *Manejo del estrés: Efectos del estrés y cómo sobrellevarlos*. Leukemia and Lymphoma Society.  
[https://www.lls.org/sites/default/files/National/USA/Pdf/Publications/PS9\\_2S\\_SP\\_Managing\\_Stress2019.pdf](https://www.lls.org/sites/default/files/National/USA/Pdf/Publications/PS9_2S_SP_Managing_Stress2019.pdf)

Lovibond, P. y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck

- depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335 – 343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Marquina, R. y Jaramillo, L. (2020). *El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- Martín, L. (2019, 18 de marzo). *Ansiedad y dolores articulares y musculares. ¿Cómo se relacionan?*. Fisioonline. <https://www.fisioterapia-online.com/videos/ansiedad-y-dolores-articulares-y-musculares-como-se-relacionan>
- Maset, J. (2015, 13 de octubre). Depresión: Una de las enfermedades médicas más tratables. *Cinfasalud*. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/depresion/>
- Molina, C. (2020). *¿Por qué me odio a mí mismo?*. Psicoemocionat. <https://www.psycoemocionat.com/por-que-me-odio-a-mi-mismo/>
- Mesa, P. y Rodríguez, J. (2007). *Manual de psicopatología general*. Psicología Pirámide.
- Muñoz, A. (2019, 1 de noviembre). *La depresión como desprecio hacia uno mismo*. Aboutespañol. <https://www.aboutespanol.com/la-depresion-como-odio-o-desprecio-hacia-uno-mismo-2396377>
- Ministerio de Salud del Perú (2020). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional del Niño – San Borja. <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000131-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Ansiedad%202020.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2020). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes*. Instituto Nacional del Niño – San Borja. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_575\\_Depresion\\_infancia\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf)

Moisés, J. (2020). *Aspectos Psicológicos del COVID-19*. Editorial Tektime.

Organización Mundial de la Salud (2020, 30 de enero). *Depresión*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Olivares, M. (2007). *Psicopatología de los estados de ánimo: Anhedonia*. *Informaciones Psiquiátricas - Tercer trimestre 2007 Número 189*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2492216&orden=164122&info=link>

Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M. y Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-10. <https://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/?lang=es>

Pacheco, P. (2018). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de fobia social* (tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres). Repositorio Institucional Universidad San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4306>

Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano (12ª edición)*. Mc Graw Hill.



- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento* (tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor San Marcos). Repositorio Institucional Universidad Nacional Mayor San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/582>
- Pedrozo, J., Pedrozo, M. y Campo, A. (2020). Estrés percibido relacionado con la epidemia de COVID-19 en Colombia: una encuesta en línea. *Cad. Saúde Pública*, 36(5), 1-7. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.rcp.2020.05.005>
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(5), 7-16. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>
- Polo, R. (2017). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote* (tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo). Repositorio Institucional Universidad Cesar Vallejo: Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/10290>
- Ponce, L. (2015). *Indefensión aprendida*. Slidetodoc. <https://slidetodoc.com/indefensin-aprendida-ma-del-coral-ponce-de-len/>
- Ramos, D. (2015). *El nivel de irritabilidad, cólera y agresión en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Wilma Sotillo de Bacigalupo de Tacna, 2014* (tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre

- Grohmann). Repositorio Institucional Universidad Nacional Jorge Basadre  
Grohmann. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2144>
- Ramírez F. (2017). *Relación entre el nivel de estrés, ansiedad y estado de ánimo en docentes y madres de familia que atiende a niños con necesidades Especiales de los CEBE Caritas del distrito de Paucarpata, 2017* (tesis de pregrado, Universidad Católica Santa María). Repositorio Institucional Universidad Católica Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6757>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colomb. J. Anesthesiol*, 48(4), 1-7. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Reguerio, A. (2020). *Conceptos básicos: ¿Qué es el estrés y cómo nos afecta?* Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga
- Riera, A., Zúñiga, D. y Carrera, L. (2017). *Apuntes de psicopatología básica*. Editorial Edimec.
- Rivera, L. (2010). *Los síndromes del estrés*. Editorial Síntesis.
- Rivero, D. (2020). *Estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes de primero de secundaria de una institución educativa privada de Lima Metropolitana* (tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). Repositorio Institucional Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/16963>
- Rodríguez, C. (2018). *Nivel De Cólera, Irritabilidad y Agresión de los Estudiantes del Nivel Secundaria de la I.E. N° 65101 Encarnación Villacorta Peña*,

- Pucallpa, 2018* (tesis de pregrado, Universidad de Huánuco). Repositorio Institucional - Universidad de Huánuco.  
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1590>
- Rodríguez, J., García, M. y Franco, P. (2012). Neurobiología del Estrés Agudo y Crónico: Su Efecto en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y la Memoria. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21(1-3), 78-89.  
<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/neurobiologia.pdf>
- Romero, Y. y Salado, R. (2020). Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista medico científica*, 32, 61-70.  
<https://doi.org/10.37416/rmc.v32i1.535>
- Ronzoni, G. (2017). *Corteza prefrontal, amígdala y estrés: estudio de la noradrenalina, corticosterona y memoria aversiva en la rata* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid.  
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/44763/1/T39307.pdf>
- Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Psicología Pirámide.
- Rowshan, A. (2013). *El estrés: técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu vida*. Oniro.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee de Brouwer.

- Ruíz, A. (2009). Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con depresión mayor. *Acta Neurol Colomb*, 25(2), 76-83. [https://www.acnweb.org/acta/acta\\_2009\\_25\\_2\\_75.pdf](https://www.acnweb.org/acta/acta_2009_25_2_75.pdf)
- Salazar, Y. y Saavedra, J. (2019). Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. *Rev Neuropsiquiatrica*, 82(1), 37-54. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3483>
- Sanz, R. (2013). *Sesgos de memoria en la ansiedad de evaluación* (tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid). Repositorio Institucional Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/23504/1/T34886.pdf>
- Spangenberg, A. (2011). *Neurobiología del estrés*. Universidad de la Republica. [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/agustin\\_spangenberg\\_tfg.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/agustin_spangenberg_tfg.pdf)
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2013). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Kairós.
- Skinner, B. (1994). *Sobre el conductismo*. EduPsykhé.
- Toro, R., Milena, S., Ramos, B. y Velásquez, A. (2019). Sensitividad Ansiosa y Afecto Negativo: modelo transdiagnóstico para síntomas ansiosos y depresivos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(2), 583-602. <https://doi.org/10.18800/psico.201902.009>
- Uribe, E. (2015). *Características sociodemográficas asociadas con el estrés académico, depresión y ansiedad en estudiantes de la Universidad Adventista de Colombia, Medellín, 2015* (tesis de maestría, Universidad

- Peruana la Unión). Repositorio Institucional Universidad Peruana la Unión.  
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/729>
- Urzúa, A., Villarroel, P., Caqueo, A. y Polanco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19: Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103 –118.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>
- Unión General de Trabajadores de España (2012). *Tecnoestrés: programas de prevención*. UGT Andalucía.
- Valera, S. (2020). *El modelo de Selye*. Psicología ambiental.  
[http://www.ub.edu/psicologia\\_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1](http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1)
- Vargas, J. (2018). *Terapia de activación conductual*. ResearchGate.  
[https://www.researchgate.net/publication/328224598\\_TERAPIA\\_DE\\_ACTIVACION\\_CONDUCTUAL](https://www.researchgate.net/publication/328224598_TERAPIA_DE_ACTIVACION_CONDUCTUAL)
- Vera, P. (2020). Psicología y COVID-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de neuropsicología*, 14(1), 10-18.  
<https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/393>
- Vivanco, A. (2020). *Ansiedad por COVID - 19 y Salud Mental en Estudiantes Universitarios de las ciudades de Trujillo y Chimbote* (tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas). Repositorio Institucional Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.  
<http://hdl.handle.net/10757/653536>

- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C., Susser, E., Lu, J. y Hoven, C. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), 302–311. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19497162/>
- Yan Li, H., Cao, H., Y P Leung, D. y Wah Mak, Y. (2020). The psychological impacts of a COVID-19 outbreak on college students in China: a longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3933.
- Zayra, A. y Eugenia, V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49 – 55.

## **ANEXOS**

### **Anexo A: Consentimiento informado**

#### **DASS 21**

Ud. está siendo invitado a participar en una investigación sobre “Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020”.

Esta investigación está a cargo del Bachiller en psicología Bruno Castañeda Hidalgo. Usted fue seleccionado para participar en esta investigación al encontrarse estudiando en la Universidad Privada de Tacna. Se espera que, en total, acepten integrar este estudio 363 estudiantes. Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y una corta prueba psicológica relacionada al tema antes mencionado. Los derechos con los que usted cuenta incluyen:

**ANONIMATO:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo que no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

**INTEGRIDAD:** Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial para usted.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Tiene el derecho a abstenerse de participar de esta evaluación.

**Anexo B:** Encuesta virtual y link de acceso.

**Link:** <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeT1Lw8DoCpmi2VwRhTo4YMx48nk1hGI5KshlUSJtcz52aWIA/formResponse>



### DASS - 21

Ud. está siendo invitado a participar en una investigación sobre "Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en tiempos de pandemia, 2020".

Esta investigación está a cargo del Bachiller en psicología Bruno Castañeda Hidalgo. Usted fue seleccionado para participar en esta investigación al encontrarse estudiando en la Universidad Privada de Tacna. Se espera que, en total, acepten integrar este estudio 363 estudiantes. Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y una corta prueba psicológica relacionada al tema antes mencionado. Los derechos con los que usted cuenta incluyen:

**ANONIMATO:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo que no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.  
**INTEGRIDAD:** Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial para usted.  
**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Tiene el derecho a abstenerse de participar de esta evaluación.

*\*Obligatorio*

Edad \*

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Sexo \*

Mujer

Hombre



Sexo \*

- Mujer
- Hombre

Facultad \*

- FAING
- FACEM
- FAEDCOH
- FAU
- FACSA
- FADE

Carrera \*

Tu respuesta \_\_\_\_\_

[Siguiente](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

## DASS - 21

### INDICACIONES

Lea las siguientes afirmaciones y marque (Nunca, A veces, Con frecuencia, Casi siempre) cuando alguna de estas afirmaciones le sucedió a usted o lo sintió durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

1. Me costó mucho relajarme.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

2. Me di cuenta que tenía la boca seca.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

4. Se me hizo difícil respirar.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

7. Sentí que mis manos temblaban.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

8. Sentí que tenía muchos nervios.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

10. Sentí que no tenía nada por que vivir.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

11. Noté que me agitaba.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

12. Se me hizo difícil relajarme.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

13. Me sentí triste y deprimido.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

15. Sentí que estaba al punto de pánico.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

16. No me pude entusiasmar por nada.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

17. Sentí que valía muy poco como persona.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

18. Sentí que estaba muy irritable.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

20. Tuve miedo sin razón.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

[Atrás](#)

[Enviar](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios



## **FICHA TÉCNICA**

**Nombre:** Escala De Depresión, Ansiedad Y Estrés (Dass-21)

**Nombre Original:** Escala de Depresión, Ansiedad y estrés. DASS-42 (Depression, Anxiety and Stress Scale).

**Autores:** Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond.

**Año:** 1995

**Adaptación:** Vinet, Rehbein, Saiz y Román, 2008

**Tipo de instrumento:** Escala

**Objetivo:** Medir los estados emocionales negativos: depresión, ansiedad y estrés.

**Ámbito de Aplicación:** A partir de 13 años hasta los 45 años.

**Tiempo de administración:** 5 a 10 minutos

**Descripción:** La escala consta de 21 ítems los cuales exploran 3 subescalas: Depresión, Ansiedad y Estrés. Los ítems describen síntomas experimentados en la última semana. Las opciones de respuestas se presentan en escalas tipo Likert, que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre 0 a 3 puntos. El puntaje total de la escala varía entre 0 y 63 puntos, mientras que el puntaje máximo por sub-escala es de 21 puntos.



## Clasificaciones de gravedad – DASS-21

El DASS es una medida cuantitativa a lo largo de los 3 ejes de depresión, ansiedad<sup>1</sup> y estrés<sup>2</sup>. No es una medida categórica para diagnósticos clínicos.

Síndromes emocionales como la depresión y la ansiedad son intrínsecamente dimensionales que varían a lo largo de un continuo de gravedad (independiente del diagnóstico específico). Por lo tanto, la selección de una puntuación de corte única para representar la gravedad clínica es necesariamente arbitraria. Una escala como la DASS puede conducir a una evaluación útil de la **perturbación**.

Sin embargo, para fines clínicos puede ser útil tener "**etiquetas**" para caracterizar el grado de gravedad en relación con la población. Por lo tanto, las siguientes puntuaciones se han desarrollado para definir las puntuaciones de **normal / medio / moderado / severo / extremadamente severo** para cada escala DASS.

Nota: las etiquetas de gravedad se usan para describir el rango completo de puntajes en la población, por lo que "leve" por ejemplo significa que la persona está por encima de la media de la población, pero probablemente todavía muy por debajo de la gravedad típica de alguien que busca ayuda que pueda significar un nivel leve de desorden.

Las puntuaciones DASS individuales no definen las intervenciones apropiadas. Deberán utilizarse junto con toda la información clínica disponible para determinar el tratamiento adecuado para cualquier individuo.

1. *Síntomas de la excitación psicológica*
2. *Los síntomas más cognitivos y subjetivos de la ansiedad*

### **DASS-21 PUNTAJE**

DEPRESION PUNTAJE	ANSIEDAD PUNTAJE	ESTRES PUNTAJE

Nivel	Depresion	Ansiedad	Estres
Normal	0 - 4	0 - 3	0 - 7
Medio	5 - 6	4 - 5	8 - 9
Moderado	7 - 10	6 - 7	10 - 12
Severo	11 - 13	8 - 9	13 - 16
Extremadamente severo	14+	10+	17+

## Anexo D: Niveles de depresión, ansiedad y estrés según otras variables

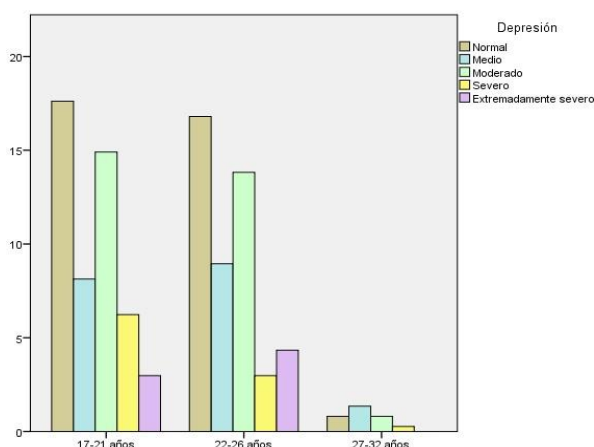
### NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD, SEXO Y FACULTAD

En la Figura 6 se puede observar el nivel de depresión en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. En los estudiantes con edades comprendidas entre 17-21 años predominaron los niveles: normal (35.33%), moderado (29.89%) y medio (16.30%); de igual forma, en los estudiantes de entre 22-26 años predominaron los niveles: normal (35.84%), moderado (29.48%) y medio (19.08%). Por último, en los estudiantes con edades comprendidas entre 27-32 años predominó el nivel medio (41.67%), seguido del moderado (25%) y normal (25%).

De los resultados obtenidos se destaca que, de los tres rangos de edad, los estudiantes entre 27-32 años presentan un menor porcentaje de nivel normal de depresión a comparación de los otros rangos de edades.

**Figura 6**

*Niveles de depresión en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



En la tabla 10 se observa el nivel de depresión en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Con respecto al sexo masculino, se observa que el 28.22% posee un nivel normal; el 23.93% un nivel medio; el 31,90% un nivel moderado; el 10.43% un nivel severo y el 5.52% un nivel extremadamente severo de esta variable. En relación al sexo femenino, se puede observar que el 40.78% se encuentra en un nivel normal; el 14.08% en un nivel medio, el 27.67% en un nivel moderado, el 8.73% en un nivel severo y en un nivel extremadamente severo un 8.73%.

De los resultados obtenidos se evidencia que existe mayor presencia de niveles significativos de depresión en el sexo masculino (71.78%) en comparación al sexo femenino (59.21%).

**Tabla 10**

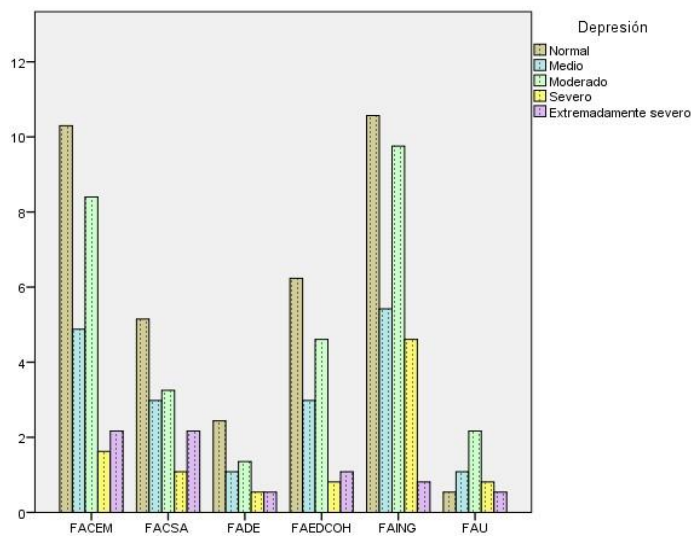
*Niveles de depresión en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

Sexo	Nivel de depresión	Porcentaje
Masculino	Normal	28,22%
	Medio	23,93%
	Moderado	31,90%
	Severo	10,43%
	Extremadamente severo	5,52%
Femenino	Normal	40,78%
	Medio	14,08%
	Moderado	27,67%
	Severo	8,73%
	Extremadamente severo	8,73%

En la Figura 7 se observa el nivel de depresión en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Los niveles que más predominaban en la Facultad de Ciencias Empresariales fueron el normal (37.62%), moderado (30.69%) y medio (17.82%); en la Facultad de Ciencias de la Salud predominó el nivel normal (35.19%), moderado (22.22%) y medio (20.37%); en la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas el nivel normal (40.91%), moderado (22.73%) y medio (18.18%); en la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades el nivel normal (39.66%), moderado (29.31%) y medio (18.97%); en la Facultad de Ingeniería predominó el nivel normal (33.91%), moderado (31.30%) y medio (17.39%); por último en la Facultad de Arquitectura y Urbanismo, predominaron los niveles moderado (42.11%), medio (21.05%) y severo (15.79%).

**Figura 7**

*Niveles de depresión en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



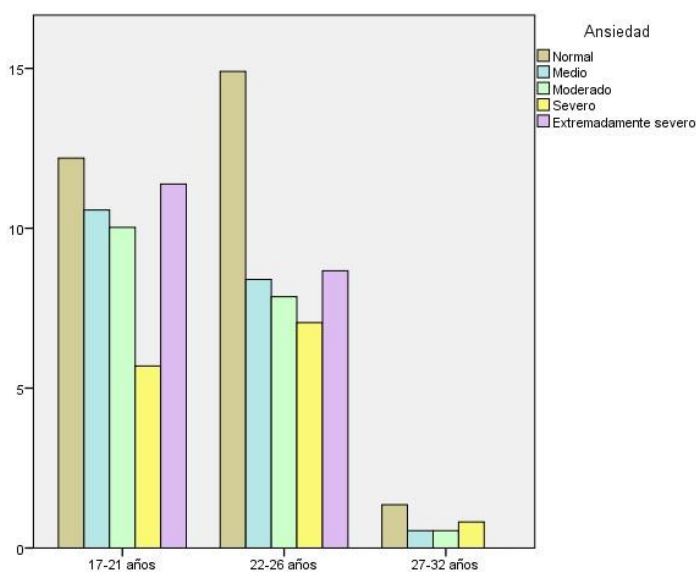
## NIVELES DE ANSIEDAD SEGÚN EDAD, SEXO Y FACULTAD

En la Figura 8 se observa los niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. En los estudiantes con edades comprendidas entre 17-21 años predominaron los niveles: normal (24.46%), extremadamente severo (22.83%) y medio (21.20%); de igual forma, en los estudiantes de entre 22-26 años predominaron los niveles: normal (31.79%), extremadamente severo (18.50%) y medio (17.92%). Por último, en los estudiantes con edades comprendidas entre 27-32 años predominó el nivel normal (41.7%) y severo (25%).

De los resultados obtenidos se destaca que, de los tres rangos de edad, los estudiantes entre 17-21 años presentan un menor porcentaje de nivel normal de ansiedad a comparación de los otros rangos de edades.

### Figura 8

*Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



En la tabla 11 se describe los niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Con respecto al sexo masculino se encontró que el 28.22% posee un nivel normal, el 21.47% un nivel extremadamente severo, el 20.25% un nivel moderado, el 18.40% un nivel medio y el 11.65% un nivel severo. En relación al sexo femenino, el 28.64% posee un nivel normal, el 20.39% un nivel medio, el 18.39% un nivel extremadamente severo, el 16.99% un nivel moderado y el 15.04% un nivel severo.

De los resultados obtenidos se evidencia que existe mayor presencia de niveles significativos de ansiedad en el sexo femenino (71.35%) en comparación al sexo masculino (71.77%).

**Tabla 11**

*Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

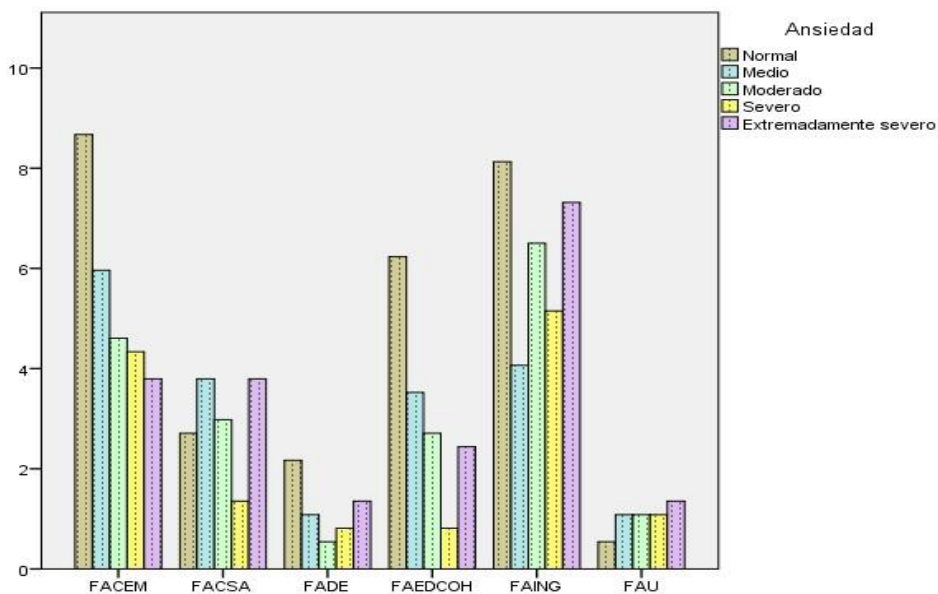
Sexo	Nivel de ansiedad	Porcentaje
Masculino	Normal	28,22%
	Medio	18,40%
	Moderado	20,25%
	Severo	11,65%
	Extremadamente severo	21,47%
Femenino	Normal	28,64%
	Medio	20,39%
	Moderado	16,99%
	Severo	15,04%
	Extremadamente severo	18,93%



En la Figura 9 se observan los niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según la facultad de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Los niveles que más predominaban en la Facultad de Ciencias Empresariales fueron el normal (31.68%), medio (21.78%) y moderado (16.83%); en la Facultad de Ciencias de la Salud predominó el nivel extremadamente severo (25.93%), medio (25.93%) y moderado (20.37%); en la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas el nivel normal (36.36%), extremadamente severo (22.73%) y medio (18.18%); en la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades el nivel normal (39.66%), medio (22.41%) y moderado (17.24%); en la Facultad de Ingeniería predominó el nivel normal (26.09%), extremadamente severo (23.48%) y moderado (20.87%); por ultimo en la Faculta de Arquitectura y Urbanismo, predominaron los niveles extremadamente severo (26.32%) seguido de severo, moderado y medio (21.05%).

**Figura 9**

*Niveles de ansiedad en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



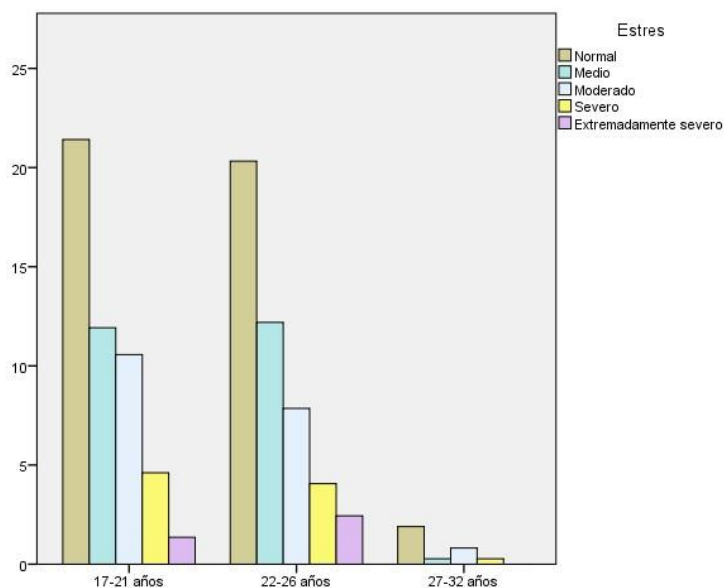
## NIVELES DE ESTRÉS SEGÚN EDAD, SEXO Y FACULTAD

En la Figura 10 se observa los niveles de estrés en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. En los estudiantes con edades comprendidas entre 17-21 años predominaron los niveles: normal (42.93%), medio (23.91%) y moderado (21.20%); de igual forma, en los estudiantes de entre 22-26 años predominaron los niveles: normal (43.35%), medio (26.01%) y moderado (16.76%). Por último, en los estudiantes con edades comprendidas entre 27-32 años predominó el nivel normal (58.33%) y moderado (25%).

De los resultados obtenidos se destaca que, de los tres rangos de edad, los estudiantes entre 17-21 años presentan un menor porcentaje de nivel normal de estrés a comparación de los otros rangos de edades.

**Figura 10**

*Niveles de estrés en tiempos de pandemia según grupo de edad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*



En la tabla 12 se puede observar los niveles de estrés en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Con respecto al sexo masculino, predominó el nivel normal con un 44.17%, seguido del nivel medio (22.08%), moderado (21.47%), severo (9.20%) y extremadamente severo (3.07%). En relación al sexo femenino, el 43.20% posee un nivel normal, el 26.21% un nivel medio, el 17.48% un nivel moderado, el 8.74% un nivel severo y el 4.37% un nivel extremadamente severo.

De los resultados obtenidos se evidencia que existe mayor presencia de niveles significativos de estrés en el sexo femenino (56.80%) en comparación al sexo masculino (55.82%).

**Tabla 12**

*Niveles de estrés en tiempos de pandemia según sexo en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

Sexo	Nivel de estrés	Porcentaje
Masculino	Normal	44,17%
	Medio	22,08%
	Moderado	21,47%
	Severo	9,20%
	Extremadamente severo	3,07%
Femenino	Normal	43,20%
	Medio	26,21%
	Moderado	17,48%
	Severo	8,74%
	Extremadamente severo	4,37%

En la Figura 11 se observa los niveles de estrés en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Los niveles que más predominaban en la Facultad de Ciencias Empresariales fueron el normal (45.54%), medio (25.74%) y moderado (17.82%); en la Facultad de Ciencias de la Salud el nivel normal (31.48%), medio (31.48%) y moderado (20.37%); en la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas el nivel normal (45.45%), moderado (27.27%) y medio (18.18%); en la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades el nivel normal (58.62%), medio (22.41%) y severo (8.62%); en la Facultad de Ingeniería el nivel normal (40.87%), moderado (24.35%) y medio (22.61%); por ultimo en la Faculta de Arquitectura y Urbanismo, los niveles normal (26.32%), moderado (26.32%) y medio (21.05%).

**Figura 11**

*Niveles de estrés en tiempos de pandemia según facultad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.*

