



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGIA

TESIS

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y
HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, AÑO
2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico.

Presentado por:

Leydi Marina Calane Laura

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Docente asesor:

Mg. Ambrocio Teodoro Esteves Pairazaman

Código Orcid N°0000-0003-4168-0850

Chincha, Ica, 2022

Asesor

MG. AMBROCIO TEODORO ESTEVES PAIRAZAMAN

Miembros del jurado

- MG. Edmundo González Zavala
- MG. Elio Huaman Flores
- MG. Juan Carlos Ruiz Ocampo

Dedicatoria

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional, son mi bendición.

A mi hija, motor y motivo en cada aspecto de mi vida.

Agradecimientos

A mi asesor de tesis Mg. Ambrocio Teodoro Esteves Pairazaman, por sus instrucciones y disposición de tiempo durante la elaboración de esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre la ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

Material y método: El tipo de investigación es básica, el nivel de conocimiento es correlacional, así mismo es de temporalidad transversal, ya que la recopilación de datos se realizó en un solo momento; el diseño de la investigación es no experimental porque no se manipularon las variables. La técnica aplicada fue de encuesta, se aplicaron dos instrumentos: el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de Auto medición de la depresión. La muestra estuvo conformada por 249 estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna.

Resultados: Los resultados obtenidos permitieron determinar que existe relación entre los niveles de ansiedad y la depresión. Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión. Existe una relación significativa entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión. Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión

Conclusiones: Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

Palabras clave: Niveles de ansiedad, depresión, trastorno fisiológico, trastorno psicomotor, trastorno psíquico.

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between anxiety and depression in students of the Tacna's Private University's Education, Communication Sciences and Humanities Faculty, year 2021. The type of research is basic, so it has the purpose of generating greater knowledge of the variables to be investigated, the level of knowledge is correlational, because its purpose is to evaluate the relationship between the two variables and also try to explain how one of them behaves based on the other, likewise It is of transversal temporality, since the data compilation was carried out in a single moment; the research design is non-experimental because the variables were not manipulated. The applied technique was a survey, two instruments were applied: the State-Trait Anxiety Inventory and the Depression Self-Measurement Scale. The sample consisted of 249 students from the Tacna's Private University's Education, Communication Sciences and Humanities Faculty. The results obtained allowed us to determine that there is a relationship between anxiety levels and depression.

Key words: Anxiety levels, depression, physiological disorder, psychomotor disorder, psychic disorder.

Índice general

I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1. Descripción del problema.....	13
2.2. Pregunta de investigación general.....	15
2.3. Preguntas de investigación específicas	15
2.4. Objetivo general.....	16
2.5. Objetivos específicos	16
2.6. Justificación e importancia	17
2.7. Alcances y limitaciones.....	18
III. MARCO TEÓRICO	20
3.1. Antecedentes	20
3.2. Bases teóricas	23
3.3. Identificación de las variables	42
IV. METODOLOGÍA.....	44
4.1. Tipo y nivel de investigación	44
4.2. Diseño de Investigación	44
4.3. Operacionalización de variables	46
4.4. Hipótesis general y específicas.....	48
4.5. Población – Muestra	48
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	50
4.6.1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	50
4.6.2. Escala de Auto medición de la depresión	52
4.7. Recolección de datos.....	53
4.8. Técnica de análisis e interpretación de datos	54
V. RESULTADOS	56
5.1. Presentación de Resultados	56
5.1.1. Confiabilidad de los instrumentos	56
5.1.2. Prueba de normalidad de las dimensiones y variables	56
5.1.3. Resultados de la variable ansiedad	57
5.1.4. Resultados de la variable depresión	63
5.1.5. Resultados de la ansiedad estado según sexo.....	68

5.1.6. Resultados del nivel de ansiedad rasgo según sexo	69
5.1.7. Resultados del nivel de depresión según sexo	69
5.1.8. Resultados de Contrastación de la primera hipótesis específica ...	70
5.1.9. Resultados de contrastación de segunda hipótesis específica	71
5.1.10. Contrastación de tercera hipótesis específica.....	71
5.1.11. Contrastación de la hipótesis general	71
5.2. Interpretación de resultados.....	72
5.2.1. Interpretación de resultados de la variable ansiedad.....	72
5.2.2. Interpretación de la variable depresión	73
5.2.3. Interpretación de resultados de la ansiedad estado según sexo ...	73
5.2.4. Interpretación de resultados del nivel de ansiedad rasgo según sexo	74
5.2.5. Interpretación de resultados del nivel de depresión según sexo....	74
5.2.6. Interpretación de cuadro de la prueba de normalidad de las dimensiones y variables.....	74
5.2.7. Interpretación de contrastación de primera hipótesis específica	75
5.2.8. Interpretación de Contrastación de segunda hipótesis específica .	76
5.2.9. Interpretación de contrastación de tercera hipótesis específica.....	77
5.2.10. Interpretación de contrastación de la hipótesis general	78
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	79
6.1. Análisis de los resultados.....	79
6.2. Comparación resultados con antecedentes	80
ANEXO 1. Matriz de consistencia.....	91
ANEXO 2. Matriz de operacionalización de variables.....	94
ANEXO 3. Instrumentos de medición	96
ANEXO 4: Base de datos	98
ANEXO 5: Informe de Turnitin	115

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Operacionalización de variables, ansiedad y depresión</i>	46
Tabla 2 <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para variable y dimensiones</i>	56
Tabla 3 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad Estado</i>	57
Tabla 4 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad Rasgo</i>	58
Tabla 5 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad estado afirmativo</i> ..	59
Tabla 6 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad estado negativo</i>	60
Tabla 7 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad rango afirmativo</i>	61
Tabla 8 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad rango negativo</i>	62
Tabla 9.....	63
Tabla 10 <i>Distribución de estudiantes según Trastornos fisiológicos</i>	64
Tabla 11 <i>Distribución de estudiantes según Trastornos psicomotores</i>	65
Tabla 12 <i>Distribución de estudiantes según Trastornos psíquicos</i>	66
Tabla 13 <i>Distribución de estudiantes según Estado afectivo persistente</i>	67
Tabla 14 <i>Distribución de estudiantes según ansiedad estado y sexo</i>	68
Tabla 15 <i>Distribución de estudiantes según ansiedad rasgo y sexo</i>	69
Tabla 16 <i>Distribución de estudiantes según depresión y sexo</i>	69
Tabla 17 <i>Estadístico de correlación entre ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión</i>	70
Tabla 18 <i>Estadístico de correlación entre ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión</i>	71
Tabla 19 <i>Estadístico de correlación entre ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión</i>	71
Tabla 20 <i>Estadístico de correlación entre niveles de ansiedad y la depresión</i>	71

Índice de figuras

Figura 1 <i>Notación algebraica del diseño de investigación</i>	45
Figura 2 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad Estado</i>	57
Figura 3 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad Rasgo</i>	58
Figura 4 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad estado afirmativo</i> .	59
Figura 5 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad estado negativo</i> ...	60
Figura 6 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad rango afirmativo</i> ...	61
Figura 7 <i>Distribución de estudiantes según Ansiedad rango negativo</i>	62
Figura 8 <i>Distribución de estudiantes según Depresión</i>	63
Figura 9 <i>Distribución de estudiantes según Trastornos fisiológicos</i>	64
Figura 10 <i>Distribución de estudiantes según Trastornos psicomotores</i> ...	65
Figura 11 <i>Distribución de estudiantes según Trastornos psíquicos</i>	66
Figura 12 <i>Distribución de estudiantes según Estado afectivo persistente</i>	67
Figura 13 <i>Distribución de estudiantes según ansiedad estado y sexo</i>	68
Figura 14 <i>Distribución de estudiantes según ansiedad rasgo y sexo</i>	69
Figura 15 <i>Distribución de estudiantes según depresión y sexo</i>	70

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta adaptativa que se desata cuando una persona se expone a una amenaza real e inmediata o potencial. Es un mecanismo que busca la adaptación del individuo a su entorno, activando sus mecanismos de afrontamiento. La ansiedad tiene manifestaciones físicas y mentales, encontrándose ambas entrelazadas en el resultado.

El presente panorama de crisis sanitaria ha alimentado niveles altos de ansiedad y depresión en diferentes partes de la comunidad, pues, como han señalado las autoridades sanitarias, aunque estamos sufriendo una pandemia que afecta directamente al cuerpo de las personas, la pandemia de enfermedades mentales es una realidad como un efecto secundario y agravante del sufrimiento del paciente.

Dentro de la población mas afectada por la ansiedad tenemos a los jóvenes y adultos, ya que por el presente contexto de crisis tienen un percepción del futuro pesimista, con poca esperanza. Además, las medidas de confinamiento e irrupción de los medios de comunicación producen que esta percepción crezca y provocando sentimientos de miedo, incertidumbre y desesperanza.

De esta manera, el presente trabajo se ha estructurado en seis capítulos:

- El primer capítulo contiene la introducción, la misma que ofrece un panorama general del trabajo de investigación.
- El segundo capítulo contiene el planteamiento del problema estudiado a partir de la realidad, además, a modo de sistematización

del problema se planteara una pregunta de investigación general y específica; objetivos general y específico; por último, contiene la justificación e importancia de la investigación.

- En el tercer capítulo se encuentra el marco teórico, donde se exponen diversos antecedentes de investigación a nivel nacional e internacional. brindará un desarrollo acerca de los principales antecedentes de investigación a nivel internacional y nacional. También, se encuentran las bases teóricas de cada variable, asimismo, se encuentra el desarrollo teórico, modelos, características y dimensiones por cada variable.
- En el cuarto capítulo se abordan aspectos relacionados con la metodología de la presente investigación, como son: nivel, tipo, operacionalización de las variables, diseño de investigación, hipótesis, técnicas e instrumentos de investigación y las técnicas de análisis de datos.
- El quinto capítulo contiene todas las tablas estadísticas resultantes del proceso de recolección de datos. Contiene, la confiabilidad de los instrumentos utilizados, tabla de normalidad, tablas y gráficos de la variable ansiedad, tablas y gráficos de la variable depresión, tablas cruzadas y gráficos, tablas de correlación. Además, la interpretación de cada gráfico y tabla, también, la contrastación de hipótesis.
- El sexto capítulo está compuesto por el análisis de resultados expuestos en el capítulo anterior y la comparación de resultados con los antecedentes. Se incluye, las conclusiones y recomendaciones.
- El séptimo capítulo contiene el listado de las referencias bibliográficas empleadas a lo largo de la investigación.
- Finalmente, los anexos contienen los documentos complementarios de la investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

A nivel internacional, estamos viviendo las consecuencias para la salud mental del COVID-19 y las repercusiones para el futuro de las políticas públicas en materia de salud. Así, podemos observar un aumento de los porcentajes de suicidio y de trastornos comportamentales en las Américas, todo lo cual insta a gobiernos a no dejar de atender los aspectos de salud mental.

La ansiedad surge como un mecanismo natural caracterizado por una sensación defensiva frente a situaciones amenazantes, algunas veces estos estímulos pueden ser reales, otras veces pueden ser producto de una ilusión, entendida esta como una falla perceptiva en la cual es mal interpretado el estímulo y que sin llegar a ser una patología puede ser perfectamente un sesgo de nuestra percepción.

Sin embargo, esta función natural y protectora puede perder su valor funcional si la misma se torna en angustia, pudiendo derivar en un ataque ansioso caracterizado por una profunda sensación de temor, inestabilidad, entre otros síntomas negativos para la persona y derivando en cambios conductuales que hacen imposible interactuar con el estímulo de forma efectiva. Es allí donde un estadio sostenido de ansiedad y alerta puede devenir en fatiga emocional y, posteriormente, en la evolución de un cuadro depresivo.

Actualmente, la depresión es un trastorno recurrente que aqueja a muchas personas en todo el mundo. Este trastorno del ánimo es la principal causa mundial de carga de enfermedad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. En el Perú, la salud mental se encuentra en crisis, hasta el momento existen aproximadamente 1 millón 700 mil jóvenes con depresión.

La ansiedad, al igual que sucede con la depresión, es uno de los trastornos psicológicos más registrados en los centros de salud en la población general y con mayor presencia en el ámbito universitario. Agudelo, Casadiegos y Sánchez, (2008) p. 54

En los pobladores, se ha extendido la preocupación por los problemas de ansiedad, estrés y depresión que se traducen frecuentemente en bajas de promedio estudiantil. Las nuevas exigencias, la competitividad, los cambios vertiginosos, amenazan la salud mental de muchos pobladores.

La ciudad de Tacna no es la excepción frente a este trastorno. En palabras de Cutipe, director nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA) de las 450 mil personas que viven en Tacna, al menos el 22% padece un problema de salud mental al año, es decir cerca de 73 mil habitantes que tiene una necesidad de atención. Está confirmado que 5 de cada 100 habitantes han tenido algún episodio de ansiedad o depresión.

Según el Observatorio del Instituto Peruano de Salud Mental (2018) la región ocupa los primeros lugares en casos de suicidios en el Perú, triste final al que lleva el cuadro depresivo, si no es tratada a tiempo.

El motivo de selección de la población de estudio, se basa en la observación de manifestaciones sintomáticas de la ansiedad y depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, que en razón de la imposición de medias para combatir el contagio de la COVID 19 se han desplazado desde una enseñanza presencial a una remota que crea diferentes desafíos a nivel académico y personal.

En constante diálogo con el área de Bienestar Universitario se han podido observar algunos problemas relacionados con el bienestar emocional de los alumnos, entre ellos, tamizajes que apuntan a niveles relevantes relacionados a la ansiedad y la depresión. Por ello se considera

importante poder tener una perspectiva más amplia sobre estos trastornos en la población estudiantil para poder prever posibles consecuencias.

Por otro lado, a nivel deductivo se ha podido observar que estos niveles elevados en indicadores de depresión y ansiedad se relacionan ya que afectan no solo el rendimiento y desempeño académico, sino que genera ausentismo y bajos niveles de motivación para el aprendizaje.

La problemática precitada, sumada a otros factores, como la reducción de horas de sueño, el cambio de hábitos de estudios (por unos más rigurosos), así como las exigencias sociales (familia, amigos), refuerza la sintomatología ansiosa y depresiva en el tiempo.

Es por ello que nuestra población seleccionada es especialmente significativa para el estudio que hemos propuesto, pues se busca evidencia de sintomatología ansiosa y depresiva que de no ser adecuadamente detectada puede generar una desmejora relevante para la continuidad de los estudios y la calidad de vida.

Mediante la presente investigación se descubrirá si existe ansiedad y depresión en sus diferentes dimensiones.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Qué relación existe entre los niveles de ansiedad y la depresión en los estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?

2.3. Preguntas de investigación específicas

¿Qué relación existe entre los niveles ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de

Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?

¿Qué relación existe entre los niveles de ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?

¿Qué relación existe entre los niveles de ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?

2.4. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021

2.5. Objetivos específicos

- Determinar la relación que existe entre los niveles de ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.
- Determinar la relación que existe entre los niveles de ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

- Determinar la relación que existe entre los niveles de ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

2.6. Justificación e importancia

2.6.1. Justificación teórica

La justificación teórica de la presente investigación recae en que los datos que se obtendrán de esta investigación nos darán la oportunidad de contrastar el conocimiento teórico de la psicopatología de la depresión desde la perspectiva de Zung y la ansiedad postulada por Spielberg con situaciones reales y concretas. Teniendo en cuenta el análisis de dichas teorías, se propone que dicha investigación sirva a la comunidad como medio de solución problemática dentro del carácter psicológico, mejorando así la teoría y su aplicándola sobre el tratamiento de los síndromes ansio-depresivo.

2.6.2. Justificación práctica

Con la justificación práctica de la investigación presentada, se prevé que los distintos conocimientos que expone el trabajo investigado, gozan de utilidad solventada para el planteamiento en las estrategias de intervención en pro a las necesidades de la comunidad investigada. En otras palabras, se proyecta la investigación para que mejore la calidad en las prácticas conociendo las necesidades de los participantes, describiendo las características protectoras en la disminución del riesgo con el propósito de que se pueda desenvolver sobre las variables asociado al comportamiento disfuncional y sus efectos. Es por ello, que la presente investigación promueve, en suma, la información básica para la elaboración de nuevas políticas públicas con proyección social, son la

preocupación sobre la mejora de calidad de vida poblacional, así como garantizar hacer frente a los efectos perjudiciales en los problemas de salud mental.

2.6.3. Justificación metodológica

La justificación metodológica de la presente investigación recae en que se aporta mayor información para próximos estudios en los que se relacionen la ansiedad y la depresión. También el estudio se estará realizando en la Universidad Privada de Tacna, por ello aporta una nueva perspectiva de estudio de las variables en esta población. Además, proporciona una perspectiva nueva sobre la ansiedad y depresión en los estudiantes y se podrán tomar acciones para que el área de bienestar universitario realice mayor seguimiento a los alumnos y se tome acciones. También poder realizar nuevos estudios a partir de este.

2.6.4. Importancia contexto

La presente investigación sigue la convergencia de un escaso grupo de estudios realizados al respecto de la ansiedad y la depresión. El interés por la realización de la presente investigación se justifica en la característica de originalidad, dado que no existe investigación alguna respecto del tema en la unidad de estudio de la presente investigación y por lo tanto se busca obtener un análisis profundo del tema a partir del cual se puede propiciar propuestas de cambio y mejora en el primer nivel de atención.

2.7. Alcances y limitaciones

2.7.1. Alcances

Delimitación social: Los involucrados en la investigación fueron estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades.

Delimitación espacial o geográfica: El estudio se desarrolló en la Universidad Privada de Tacna.

Delimitación temporal: El trabajo de investigación se llevó a cabo en el periodo 2021.

2.7.2. Limitaciones

- Debido contexto de pandemia que venimos afrontando en la actualidad dentro de las principales limitaciones se encontró la falta de acceso directo a la población de estudio, por lo que el instrumento de recolección de datos se aplicó vía virtual a través de la aplicación Google doc.
- Ante la necesidad de tener que trabajar con internet se presentó la limitación de que algunos estudiantes tenían escasa accesibilidad a este medio por lo que demoraron algunos días en responder el instrumento de recolección de datos.
- Se presentaron algunas dificultades para la tramitación de los documentos requeridos por la universidad, esto debido a que las coordinaciones no se pudieron realizar de manera personal tanto con la directora del colegio como con la secretaria encargada de los trámites.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

En este apartado se presenta las principales investigaciones que sirven de referencia para guiar el proceso de elaboración del presente estudio. Cabe mencionar que son pocos los estudios que se han dedicado a analizar con precisión ambas variables, por lo que; se ha intentado tomar en cuenta aquellas investigaciones que incluyen al menos alguna de las variables de estudio y que convergen en el mismo sentido de la presente investigación.

A nivel internacional autor título objetivo metodología conclusión

Monterrosa Castro, Ordosgoitia Parra, & Beltran Barrio (2020), Realizaron un trabajo titulado: Ansiedad y depresión identificadas con la escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de salud, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad y a la depresión en estudiantes del área de la salud. Fue un estudio transversal aplicado a estudiantes de Medicina, Enfermería y Química Farmacéutica de una universidad colombiana. Como conclusión principal se identificó ansiedad en la mitad de los estudiantes y depresión en ocho de cada diez. Factores inherentes a la vida universitaria, costumbres, hábitos, actividades recreativas se asociaron significativamente.

González Ramírez, M. T.; Landero Hernández, R.; & García-Campayo, J. (2009) Realizaron una investigación denominada: Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. El tipo de estudio fue exploratorio. Tuvo como objetivo general determinar la relación existente entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. Para evaluar los síntomas psicósomáticos se utilizó el cuestionario sobre la salud del paciente, para la depresión se empleó el inventario de Beck y la ansiedad se evaluó mediante la escala social para adolescentes. La conclusión

general es que se confirmó la relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad.

Moreno, R. y Villamar, M. (2015), titulado: Conductas agresivas y la ansiedad en adolescentes víctimas del bullying del noveno año de la unidad educativa 24 de Julio en el Cantón Santa Elena, provincia de Santa Elena en el periodo 2014 – 2015. Realizó un trabajo que tuvo por objetivo Identificar el nivel de las conductas agresivas y la ansiedad en adolescentes víctimas del bullying del noveno año de la unidad educativa 24 de Julio en el Cantón Santa Elena, provincia de Santa Elena en el periodo 2014 - 2015; enfoque cuantitativo, nivel racional, diseño no experimental de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 38 estudiantes de secundaria; se utilizó un cuestionario elaborado por los investigadores; entre las principales conclusiones se pudo determinar que el 46% de los participantes muestran conducta agresiva derivada del sometimiento al bullying experimentado en la escuela.

Benavides, (2014). Realizó un trabajo titulado: Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles, que tuvo por objetivo Identificar el nivel de la ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles; enfoque cuantitativo, nivel racional, diseño no experimental de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 2022 estudiantes de secundaria de 12 a 16 años específicamente, en las provincias de Murcia y Alicante en España; los instrumentos utilizados fueron el Social Phobia and Anxiety Inventory para medir la ansiedad social; asimismo, la conducta agresiva y pro social se midieron con el Teenage Inventory of Social Skills; entre las principales conclusiones se pudo determinar que el porcentaje de estudiantes agresivos (16,12 %) y pro sociales (17,35%) fue significativamente más elevado que el porcentaje de estudiantes con ansiedad social (12,06%); por otro lado el porcentaje de varones agresivos (22,16%) fue significativamente más alto que el de varones prosociales (5,61%) y los socialmente ansiosos (8,80%); opuesto a ello, el porcentaje de mujeres

prosociales (29,62%) fue significativamente mayor que el de mujeres con ansiedad social (15,47%) y con agresividad (5,96%).

A nivel nacional

Morales, (2017) Realizó un trabajo titulado: Ansiedad y agresividad en adolescentes de 13 a 17 años de dos instituciones educativas del distrito de Puente Piedra, 2017, que tuvo por objetivo Identificar el nivel de la ansiedad y la agresividad en adolescentes de 13 a 17 años de dos instituciones educativas del distrito de Puente Piedra, 2017; enfoque cuantitativo, nivel racional, diseño no experimental de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 340 adolescentes de 13 a 17 años, del distrito de Puente Piedra; los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron fueron la Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung y el Cuestionario de Agresión (AQ); entre las principales conclusiones se pudo determinar que existe correlación directa muy significativa entre las variables ($r= 0.255$), mediante la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, infiriéndose que a mayor ansiedad, mayor nivel de agresividad; así mismo la ansiedad y agresividad no presentan mayor diferencia según el sexo.

Málaga, (2017). Realizó un trabajo titulado: Ansiedad y agresividad en estudiantes de secundaria de instituciones educativas nacionales del distrito de Ancón, 2017, que tuvo por objetivo Identificar el nivel de la ansiedad y la agresividad en estudiantes de secundaria de instituciones educativas nacionales del distrito de Ancón, 2017; enfoque cuantitativo, nivel racional, diseño no experimental de corte transversal; los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron fueron la Escala Magallanes de Ansiedad EMANS y el Cuestionario de Agresión (AQ); entre las principales conclusiones se pudo determinar que existe relación muy significativa directa entre ambas variables en los estudiantes, ya que asumen un valor de $\rho=0.813$; luego se halló que existe relación significativa y directa entre la ansiedad y las dimensiones de la agresividad, asumiendo valores de ρ superiores a $=0.5$, es así que

agresión física es la dimensión que más relación presenta con la ansiedad con 0.727.

López, (2017). Realizó un trabajo titulado: Ansiedad y agresividad en estudiantes de secundaria de instituciones educativas nacionales del distrito de Ancón, 2017, que tuvo por objetivo Identificar el nivel de la ansiedad y la agresividad en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas; enfoque cuantitativo, nivel racional, diseño no experimental de corte transversal;; los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la Escala de Auto-Evaluación de Ansiedad de ZUNG (EAA) y el Cuestionario de Agresión (AQ) ; entre las principales conclusiones se pudo determinar que existe relación directa y muy significativa entre las variables ansiedad y agresividad asumiendo un valor de $\rho = 0.860$.

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Variable independiente: Niveles de ansiedad

Definición

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS (2020) “la ansiedad es un conjunto de respuestas psicológicas, emocional, conductuales y volitivas de gran intensidad ante una amenaza potencial o inminente”. (p. 212)

Tal como señalan Bielli, Bacci, Bruno, Calisto, & Navarro (2019) “la ansiedad es una serie de mociones sensoriales displacenteras que acaecen ante un evento desagradable, molesto o potencialmente amenazante”. (p. 18)

De acuerdo a Del Castillo & Velasco, (2020):

La ansiedad es una respuesta adaptativa, por lo que es sana y natural, ya que tiene como finalidad preservar la integridad

física del individuo. Por otra parte, “ciertos estímulos nos pueden conducir a la ansiedad desadaptativa que puede desencadenar una experiencia destructiva para la salud mental del individuo”. (p. 25)

Según Martínez (2014):

(...) la ansiedad es una reacción que genera un estado de alerta en los individuos, debido a que un estímulo ha sido evaluado como generador de peligro (amenaza de peligro), teniendo respuestas de activación fisiológica, dando la oportunidad de reaccionar previamente para evitar el posible daño. (pág. 66)

Tal como señalan Del Castillo & Velasco (2020) “la ansiedad es una reacción adaptativa que no siempre es efecto ante una causa objetiva, ya que estas se encuentran medidas por esquemas cognitivos muy concretos”. (p. 28) En otras palabras, la ansiedad viene condicionada por el acervo cognitivo y percepciones de cada persona, siendo esta una condicionante para llevar a cabo la intervención.

Parafraseando a Zeballos (2013) la ansiedad es una respuesta de alta intensidad que dificulta el libre desempeño de las personas y, por lo tanto, afecta el libre funcionamiento; además, causa otros problemas como cambios fisiológicos, trastornos digestivos y la aparición de migrañas.

Características de la ansiedad

La ansiedad puede ser caracterizada como un estado (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, & Escobar, 2020; Robles, 2020), como un rasgo diferenciador (Cuiyan, Riyu, & XiaoyangWan, 2020; Cortés, 2018) o

como reacción situacional (Arango & Rincón, 2018; Barraza, y otros, 2015).

Sin embargo, tal como señala Bisquerra (2014) esta tiene cuatro características que pueden ser descritas en todos los casos:

a) Estado emocional displacentero

La ansiedad se trata de un estado emocional displacentero, este está acompañado de distintos cambios en el cuerpo como en la conducta del individuo. Según Bisquerra (2014) aparece como una necesidad adaptativa que tiene el sujeto, pero que su manifestación generalmente conduce patrones descriptivos negativos como: desagradable, incomodo e indeseable. El estado displacentero manifiesta sus síntomas de manera concomitante a médicos y a los psiquiátricos, su manifestación como se aclara es diversa.

b) Patológica en ciertos casos

Como segundo punto, se debe reconocer que es patológica en cuando se manifiesta de manera irracional, ya que según lo que Constantino, Bocanegra, León, & Díaz (2015) describen, que los síntomas que presenta el individuo puede ser indefinido o inespecífico, es decir, “la intensidad de la ansiedad es directamente proporcional al estímulo, donde la duración, si es prolongada determina la remisión de la misma” (Cortés, 2018 p. 75). Describiendo así, el temporal, el cual se toma como criterio para objetar la reacción ansiosa como patológica.

c) Genera bloqueos

Bisquerra (2014) señala a la ansiedad incapacitante, puesto que provoca que el paciente muestra una incapacidad para mostrar

respuestas adecuadas frente a estímulos obstruyendo la toma de decisiones positivas, así como resolver problemas. Ya lo aclaran, Constantino, Bocanegra, León, & Díaz (2015) “es esta característica la cual le da un sentido completamente negativo e indeseable a la ansiedad algo indeseable en la vida cotidiana” (p. 201).

En lo que respecta a los bloqueos, la ansiedad repercute considerablemente en el paciente, sobre todo en la parte cognitiva, generando condiciones rumiantes en su pensamiento, también reacciones circulares en base al evento que suscitó como la causa de la reacción ansiosa.

d) Es situacional

Como último punto, Bisquerra (2014), menciona que el factor ansioso en el individuo no siempre es contraproducente, es por ello que su evaluación se debe llevar situacionalmente, ya que de manera descriptiva la ansiedad nos lleva a una preparación indirecta frente a determinados estímulos ya sea de manera confrontativa o la pasividad. Siguiendo el punto aclarado, la ansiedad busca la capacidad de supervivencia que tiene el sujeto.

A propósito, Luna, Hamana, Colmenares, & Maestre (2001), señalan:

(...) la ansiedad puede manifestarse como una sensación de angustia acompañada de cogniciones ante un peligro determinado, lo que activa respuestas motoras que tiene por finalidad la evitación y bloqueo. En este último caso, pueden existir conductas de autolesión a fin de inhibir las respuestas. (pág. 28)

Epidemiología de los trastornos ansiosos

Según Rovella & Gonzáles (2008), estudios epidemiológicos han demostrado que la mayor muestra de casos de salud mental son los trastornos depresivos y de ansiedad. Asimismo, el informe del Ministerio de Salud (2020), sostiene que en el Perú el 8.1% de adolescentes y jóvenes muestran un alto índice de ansiedad, cuyo rango de edad de 15 y 28 años de edad. Esta condición se ha incrementado en mayor medida en el proceso de confinamiento a los cuales han sido sometidos por la presencia pandémica, siendo los el punto de incremento en el mes de marzo del 2020 hasta mediados del año, demostrando un balance negativo en las muestras del MINSa.

Martínez (2014), expone que tanto la ansiedad como la depresión, se ubican por encima de otras enfermedades de salud mental en el país. Además, se sostiene que su presencia radica principalmente en edades tempranas, y en el Perú no ha sido la excepción, ya que la realidad ha ido visibilizándose exponencialmente. Los resultados que muestran con mayor salvedad dentro del diagnóstico profesional en el país es el “fenómeno del infra diagnóstico, por lo que muchos adolescentes, jóvenes y adultos quedan sin tratamiento y con un pronóstico negativo”. (Espinosa, Orozco, & Ybarra, 2015, pág. 205)

Causas

En un estudio realizado por Abufhele & Jeanneret (2020), resalta algunos puntos sobre las consecuencias psicológicas que causó el confinamiento, los autores muestran que las causas de principales del agravamiento de la ansiedad en la población son las siguientes:

- Coexistencia de trastornos de estrés post traumáticos: la presencia de este tipo de trastornos desfavorece la remisión de un trastorno de ansiedad.
- Coexistencia de enfermedades físicas alcoholismo y drogadicción: Se ha asociado que la mayor prevalencia de ansiedad se encuentra entre la población que posee comorbilidad.
- Falta de trabajo: Otra causa es la falta de un oficio u ocupación, el cual le provee al sujeto no solo de sustento, sino de autorrealización frente a un futuro incierto.
- Ausencia de grupo familiar: Al estar ausente un grupo de apoyo capaz de sostener emocionalmente al sujeto, este puede reducir sus recursos personales de afrontamiento.

Manifestaciones de la ansiedad

Esta condición se manifiesta primero por reacciones fisiológicas superficiales: sudoración, dilatación pupilar, tensión muscular, temblor, palidez facial, etc. Mientras que en las manifestaciones internas se pueden mencionar: descenso de la salivación, aceleración en el ritmo cardiaco, y otros síntomas. Asimismo, dentro de las manifestaciones ansiosas, también se muestran reacciones involuntarias: palpitaciones, temblor corporal, vómitos, desmayos, entre otros. Aclarar este último punto, que los síntomas pueden ser parcialmente voluntarias en ocasiones.

Las percepciones de la ansiedad en el individuo pueden estar sujetas a la subjetivación, y las formas perceptivas pueden ser desagradables, los cuales ayudan a conformar ese estado subjetivo de la ansiedad.

Clasificación de la ansiedad

Tal como señalan Terol, Cabrera, & Martín (2015), partiendo de la teoría de la ansiedad de Hamilton, la clasifica en:

a) Ansiedad psíquica

Esta manifestación se da a través de la sintomatología subjetiva, lo que significa que el propio sujeto reporta la condición. Las percepciones más comunes que se dan, son la preocupación, las alteraciones en el proceso de concentración, sueño, falta de apetito, y la tensión. Algunos indicadores que se puede resaltar dentro de la ansiedad psíquica son:

- **Estado de ánimo ansioso:** pensamientos o preocupación acerca de algo, anticipaciones catastrofistas, ánimo aprehensivo.
- **Tensión:** Incapacidad de relajarse, sobresaltos y desregulaciones anímicas, labilidad emocional y debilidad.
- **Temores:** temores específicos e inespecíficos, sensaciones de pavor y miedo.
- **Insomnio:** Desregulación de los patrones de sueño, sensación de cansancio a pesar de haber dormido, insomnio.
- **Cognitivo:** Problemas de memoria, dificultades para concentrarse.
- **Estado de ánimo deprimido:** Anhedonia, pérdida del gusto por la vida, desinterés generalizado.
- **Comportamiento en la entrevista:** Nerviosismo, movimientos repetitivos, distracción, sudoración excesiva.

b) Ansiedad somática

En este tipo de ansiedad se manifiesta los signos de manera visible al evaluador, dichas pautas se marcan mediante muestras biológicas o la simple observación. Dentro de las características comunes de estas condiciones se muestran: dolor muscular, palpitaciones, boca seca, entre otros. A continuación, se muestran algunos indicadores que se encuentran dentro de este tipo de ansiedad.

- **Síntomas somáticos generales:** molestias caporales, músculos rígidos y contracciones
- **Síntomas somáticos generales:** Visión borrosa, zumbido en oídos y molestias en boca.
- **Síntomas respiratorios:** dificultad para respirar, bradicardia, y sensación de ahogo.
- **Síntomas genitourinarios:** micción urgente, micción muy frecuente y dificultades para orinar.
- **Síntomas autónomos:** Rubor, sudor excesivo, boca reseca y escalofríos.

Por otro lado, Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de una manera correcta debemos tener en cuenta que se debe distinguir la ansiedad como un estado emocional y la ansiedad que viene como un rasgo de personalidad, a partir de ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo:

a) Ansiedad Estado

Tipo de ansiedad que se manifiesta de acuerdo a un acontecimiento concreto e identificable como una emoción temporal. Puede ser modificable en el tiempo. Aunque podría existir ocasiones en las que se eleve o pueda ser de alta intensidad, frente a esto se le denominara ansiedad aguda. Spielberg como se citó en Céspedes (2015, pág. 15)

b) Ansiedad Rasgo

Spielberger (1984), dice que la ansiedad se muestra en niveles altos y relativamente estables en aquellos individuos que tienden a percibir las situaciones como amenazadora. Además, estos individuos poseen una tendencia a responder todo el tiempo de la misma forma, tratándose de una tendencia temperamental que sucede frente a una situación estresante o no. Se podría describir a una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, como aquella que presenta una actitud de aprensión y, además forma una estructura de vida maso menos estable en función al rasgo de ansiedad, a lo que se denomina ansiedad crónica. Por lo tanto, esta persona será propensa a desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro, esto quiere decir que tiene mayor posibilidad de que la ansiedad que posee como un rasgo, afecte su vida y su entorno. También es vulnerable al estrés, además considerara un gran número de situaciones como peligrosas.

Por otro lado, los sujetos con rasgos de ansiedad muy bajos pueden percibirse como insensibles o indiferentes a los demás. En general, las personas que están particularmente ansiosas tienen más probabilidades de ser juzgadas por los demás porque están infravaloradas y carecen de confianza.

Niveles de ansiedad

Tal como señalan Terol, Cabrera, & Martín (2015) la ansiedad, en cuanto a su intensidad, se ha categorizado de la siguiente manera:

- **Ansiedad Leve**

En este nivel los individuos poseen un mejor pronóstico, además es el mas frecuente en todos los niveles de edad. Se caracteriza por la cronicidad, ya que se presentaran diferentes episodios ansiosos y agudos en diferentes intensidades.

- Ansiedad Moderada

En este nivel se encuentra un incremento del estado de vigilia. Además, se caracteriza por ser un estado Nivel que se caracteriza por un incremento significativo del estado de vigilia. Asimismo, se ha señalado que es una condición propicia para la valorización adecuada y objetiva de las situaciones futuras, por lo tanto, ayudara a la toma de decisiones del individuo.

- Ansiedad Severa

La ansiedad severa se caracteriza por la existencia de errores intelectuales, además, hay un deterioro del funcionamiento cognitivo en todos sus niveles. Además, existe dificultad obstructiva en la concentración y los procesos que se relacionan a la memoria.

Tratamiento

Cabe resaltar que la ansiedad es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando éstos existen o son adecuados, pero la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos (Tellez Lapeira, y otros, 2017).

a) Tratamiento farmacológico

Según Prados (2015), para el tratamiento de la ansiedad se administran fármacos, en especial las benzodiazepinas. Pero en los últimos años, a causa de distintas limitaciones encontradas en este tipo de medicamentos, se ha optado por otros fármacos como la buspirona.

- Benzodiazepinas: Su mecanismo de acción consisten en potenciar la acción de los neurotransmisores cerebrales inhibidores, particularmente la del ácido gamma-aminobutirico. En resumen, potencia la capacidad del GABA para aumentar la conductancia del cloro (Prados, 2015).

Su efecto es una acción sedante en altas dosis, sin embargo, en dosis bajas va a tener una acción depresora del sistema nervioso central, incrementa la segunda fase del sueño y disminuye el periodo REM.

Sin embargo, no se consideran como primera opción para el tratamiento de la ansiedad, ya que, poseen altos índices de riesgo de dependencia cuando son utilizados a largo plazo, pero si resultan útiles en un tratamiento a corto plazo y para estabilizar los síntomas y prevenir crisis.

- Bupiriona: es un agonista parcial de la serotonina. Es indicado para las personas que tienen antecedentes de consumo de drogas y para ancianos, ya que no tiene efectos sedantes ni miorelajantes.

b) Tratamiento psicológico

Tellez (2017), menciona que el mejor tratamiento a corto plazo para la ansiedad es la terapia cognitiva conductual y que es efectiva al igual que las intervenciones farmacológicas. Tellez realizó una revisión bibliográfica encontrando que cuatro ensayos y dos revisiones sistemáticas daban como conclusión que la terapia cognitiva conductual mejoro la ansiedad y la depresión al cabo de 4 a 12 semanas.

Sanchez Garcia (2013), evaluó los datos de 44 sujetos con distintos trastornos de ansiedad a los que se les indico terapia cognitivo-conductual, se obtuvo como resultado que al cabo de un año de seguimiento se halló la disminución en la puntuación de ansiedad-estado, depresión y malestar emocional.

3.2.2. Variable independiente: Depresión

Definición

Benavides (2017), realizó una revisión del concepto de la depresión desde la época más antigua que es la época de Aretero de

Capadocia, quien fue el primero en describir la melancolía y la manía como dos extremos de una misma enfermedad. Menciona que sobre el termino depresión, no se conoce exactamente quien le atribuye ese término, pero se podría mencionar a Richard Blackmore en el año 1725 que describió al Rey Guillermo III de Inglaterra, con una depresión en una profunda tristeza y melancolía.

Para Medina et al. (2014), definen la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de definen a la depresión como un trastorno mental, que se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, desesperanza y otras sensaciones de vacío, que no son iguales a la tristeza normal o están relacionadas al duelo. Cabe resaltar que, al mencionar una depresión patológica, esta surge de sentimientos que no tienen una razón aparente, no tienen justificación. No obstante, el termino se utiliza muchas veces para describir un estado de ánimo negativo que puede ser efímero o transitorio. Por ello, es importante resaltar que la depresión clínica es una condición médica que va a afectar diferentes aspectos de la persona como el estado de ánimo, los pensamientos, la conducta. Por ello, puede cambiar la manera en la que la persona siente, alterara significativamente las acciones que realiza, sus interés y pasatiempos. También va a influir de manera negativa en el contexto en el que se desenvuelve en el trabajo, estudios, familia, amistades, entre otros.

Caballo (2007) cita a Skinner(1953) la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Ferster (1966), menciona algunos factores que pueden dar origen a la depresión como los cambios ambientales repentinos, el castigo, el control aversivo y cambios en las contingencias de reforzamiento.

La depresión se define como un estado negativo, que se caracteriza por la experimentación de emociones como tristeza o decaimiento, que se originan por una dificultad para poder tener una visión positiva del entorno (García, Pérez, Nogueras y Muñoz, 2011). Según Sonsoles y Fernández (2013) se manifiesta a raíz de un suceso o serie de eventos catastróficos, los cuales superan la tolerancia de la persona, por lo que dificultara poder responder y hace que la persona experimente emociones constantes de tristeza, que motivan aislarse, sentirse irritado y estar muy sensible.

Dentro de la teoría cognitivo conductual de la depresión existe un modelo integrador postulado por Lewinsohn et. Al (1985) citado por Caballo (2007) que trata de explicar cómo surge la depresión:

En primer lugar, deben existir antecedentes que iniciaran el proceso de la depresión o proceso depresogenico trastornando importantes patrones de conducta adaptativa. Posteriormente, se podría decir que va a surgir la perturbación de importantes patrones de conducta a raíz de estímulos estresantes a nivel macro y micro, los cuales alteran los patrones de conducta que son necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. Como tercer punto van a verse reducidos los refuerzos positivos y/o muchas experiencias negativas. A causa de la perturbación en la conducta el individuo tendrá una reacción emocional negativa, combinando esto con la incapacidad de poder invertir el impacto que los estímulos estresantes tienen, lo que aflorara una elevada conciencia de sí mismo. El aumento de la conciencia de sí mismo llevara al individuo a hacer que sobresalga la sensación de fracaso para satisfacer patrones internos, lo que tiene como consecuencia el aumento de la disforia y el surgimiento de síntomas de la depresión cognitivos, conductuales y emocionales. Este aumento de los síntomas, llevara que se mantenga y se exacerbe el estado deprimido. Finalmente, la aparición de los síntomas, más su

permanencia y exacerbación provocará que el individuo tenga mayor acceso a la información negativa de sí mismo, lo que disminuirá la confianza para afrontar su ambiente.

Por último para Zung (1965) la depresión se define como un estado emocional grave que tiene como consecuencia la inestabilidad emocional, afecta la forma de relacionarse con la familia, sociedad y en el ámbito laboral, por ello es un factor de riesgo frente a diversas enfermedades físicas o psicológicas.

Origen

Caballo (2007) cita a Ferster (1966), que menciona algunos factores que pueden dar origen a la depresión como los cambios ambientales repentinos, el castigo, el control aversivo y cambios en las contingencias de reforzamiento.

- a) Cambios ambientales repentinos que requieren que se puedan establecer otras fuentes de reforzamiento
- b) Involucrarse en conductas aversivas que hacen difícil que se de la oportunidad de reforzamientos.
- c) La observación errónea del ambiente que tiene como consecuencia una conducta socialmente inapropiada y una baja frecuencia de refuerzo positivo.

Por otro lado, Ortuño (2020) dice que la depresión se produce por diferentes la interacción de factores biológicos con factores psicosociales y la personalidad. Se entiende por factores biológicos a los cambios hormonales, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, noradrenalina y dopamina. Se entiende como factores psicosociales como aquellas circunstancias estresantes en la vida afectiva, laboral o de la relación.

Factores

De acuerdo a Escalante Palomino & Uribe Obando (2009) existen dos tipos de factores de riesgo de la depresión:

- a) **Estilo de Vida:** La falta de estabilidad y/o afectividad puede llevar a la persona a tener depresión. El haber vivido en una familia con miembros con inestabilidad emocional en especial de la madre. También familias con diferentes problemas, discusiones o separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.
- b) **Factores hereditarios:** Hay probabilidad de padecer depresión si existe en la historia familiar, lo que quiere decir que hay predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no en todos los casos las personas que tienen antecedentes familiares de depresión la desarrollan, ni todas las personas que tiene depresión, tienen antecedentes familiares. Por ello, cabe resaltar que hay muchos más factores que influyen.

Características

Según el National Institute of Mental Health (2015), menciona que la tristeza es una pequeña parte de la depresión y que la depresión tiene varios síntomas, incluidos los físicos, mentales, psicológicos y emocionales. Por lo tanto, la depresión se caracteriza por los siguientes aspectos: Un estado de ánimo bajo, inestable evocado a la irritabilidad; se dificulta conciliar el sueño o, de lo contrario, se tiene demasiado sueño; mucho cansancio y falta de energía; sentimientos de culpa, inutilidad y odio por sí mismo; no puede mantener una correcta concentración, sus movimientos son más lentos o muy rápidos; deja de hacer sus actividades normales o se limita de ellas, tiene sentimientos de encontrarse sin salida a sus problemas o de que se encuentra solo y abandonado por todo el mundo, pensamientos de que la vida no tiene sentido, suicidio y muerte;

perdida de interés y disfrute de actividades que solían hacerle feliz, poco interés por la actividad sexual.

Escalante Palomino & Uribe Obando (2009), menciona las siguientes características:

- Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza como estado de ánimo porque interfiere de manera negativa en la vida cotidiana de la persona tanto en aspectos familiares, sociales y sexuales. Además, se presenta sin un motivo aparente o que se pueda relacionar con algún hecho reciente. La persona se siente como si no tuviera placer de vivir, no siente la capacidad de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sentimientos de culpa.
- Desgano y anhedonia: La persona se siente sin ganas de vivir y nada le produce placer
- Alteraciones del pensamiento: El individuo imagina que puede tener algún tipo de enfermedad, aparecen pensamientos contradictorios, culpas y obsesiones. Además, la memoria se debilita y hay dificultades para prestar atención.
- Alteraciones somáticas: La persona experimenta sensación de agotamiento. Además, aparecen dolores crónicos, constipación y sudoración nocturna
- Alteraciones del comportamiento: Tiene la sensación de que vive arrinconado, rumiando las cosas que le salen mal. Se le puede observar quieto y de brazos cruzados o expresar crisis de angustia, ataques de llanto sin motivos o por motivos mínimos. Disminuye su capacidad de desenvolvimiento laboral y se le dificulta poder tomar decisiones.

Diagnóstico

La exploración de la historia clínica del paciente es una herramienta importante para poder diagnosticar la depresión. Esta debe incluir la cronología de los síntomas desde la aparición de los síntomas y su

duración. También es importante explorar el consumo de medicamentos y alcohol. Otro aspecto importante es saber si existen o no ideas suicidas. Además, la evaluación diagnóstica debe incluir pruebas sobre el estado mental para saber si las funciones superiores se encuentran afectadas. Cabe resaltar, que los síntomas descritos anteriormente aparecen dentro de las dos semanas.

Tratamiento

De acuerdo a National Institute of Mental Health (2015), el tratamiento de la depresión puede incluir tanto medicamentos como psicoterapia o los dos. Además, si no hubiera un avance en la mejora, podría tratarse con terapia de estimulación cerebral. El tratamiento depende del nivel de depresión que se tenga, ya que en una depresión leve podría ayudar solo la psicoterapia, en una depresión moderada o grave es recomendable combinar la terapia al principio del tratamiento y los medicamentos.

Para poder saber cuál es el tratamiento a seguir, se necesita también diferenciar a cada persona de acuerdo a sus necesidades y situaciones de salud. Además, es importante el ambiente en el que la persona se encuentra porque es fundamental para que pueda lograr su rehabilitación. También se debe tomar en cuenta el círculo de apoyo que tiene la persona, ya que este debe aportar comprensión y cariño. Cabe resaltar que los síntomas de la depresión provocan desesperación para las personas que los rodean por el desgano y desmotivación, por ello los familiares o el círculo cercano de apoyo debe tener paciencia. Deben sugerir actividades, no imponer ni obligar a la persona deprimida. Por otro lado, es importante que los profesionales que traten la depresión creen un vínculo terapéutico adecuado, ya que tienden a dejar el tratamiento.

- Tratamiento farmacológico con antidepresivos

Galeano (2021), dice que los antidepresivos son utilizados para ayudar en los desequilibrios de la serotonina, que es un químico cerebral cuya función es el control emocional, la temperatura del cuerpo, el hambre, el sueño y la presión sanguínea.

El National Institute of Mental Health (2015), menciona sobre los medicamentos que para que hagan efecto se debe esperar entre 4 a 8 semanas. Además, los problemas para dormir, comer y para concentrarse mejoran a medida que el estado de ánimo también mejore. Por ello, se debe esperar un tiempo prudente para decidir si funcionan o no.

Farré Martí (2016), explica que existen dos grupos de medicamentos para tratar la depresión:

- a) Antidepresivos: su función es la regulación neurobiológica provocando equilibrar los neurotransmisores. Se divide en 5 subgrupos: tricíclicos, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, duales, melatoninergico, IMAOs.
- b) Eutimizantes: Este tipo de fármacos busca la eutimia, que es el estado de ánimo correcto. Por consiguiente, estabilizan el humor y previenen recaídas. Algunos ejemplos son: litio, carbamacepina, oxcarbacepina, valproato, lamotrigina, olanzapina, etc.

Psicoterapia

Para Galeano (2021) la psicoterapia es aquel tratamiento o intervención integral, que es deliberada y planeada, realizada por un profesional con una formación amplia y específica en las enfermedades, alteraciones comportamentales o necesidades de desarrollo personal, que se relacionan con causas y factores psicosociales y somáticos.

Caballo (2007), hace referencia a la terapia conductual basada en la teoría de Lewinsohn, que tiene como punto central el aumento del refuerzo positivo que recibe el individuo. Resalta puntos importantes de la psicoterapia de la depresión como:

- Animar a los pacientes a que se planteen objetivos alcanzables.
- La observación de los pensamientos, actividades y estados de ánimo por medio de un registro diario.
- Entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, autocontrol, solución de problemas, etc
- Aumento de las actividades agradables y disminución de las desagradables.
- Entrenamiento en relajación y manejo del tiempo.

Haciendo alusión a otro tipo de psicoterapia Farré Martí (2016) menciona a la terapia interpersonal. La cual tiene objetivo incrementar los intereses sociales de la persona y restablecer su autoestima, mejorando la comunicación. Se centra en lo dificultoso que son las relaciones interpersonales. Por otro lado, menciona a la terapia cognitiva que busca modificar pensamientos, creencias y actitudes que desencadenan la depresión. También habla de la activación conductual, cuyo objetivo es la movilización del individuo para que pueda buscar experiencias gratificantes.

3.3. Identificación de las variables

Variable X: Ansiedad

Dimensiones:

- Ansiedad estado afirmativo: Se refiere al estado pasajero de excitación nerviosa, inquietud o falta de tranquilidad, tensión, preocupación e intranquilidad.

- Ansiedad estado negativo: Se refiere a la activación positiva, animación bienestar y confianza en sí mismo
- Ansiedad rasgo negativo: Mide los aspectos de la ansiedad que son la melancolía, desesperanza, sentimientos de incapacidad
- Ansiedad rasgo positivo: Mide los aspectos de la ansiedad rasgo como la estabilidad, ausencia de cambios de humor, variación diurna, sueños, apetito

Variable Y: Depresión

Dimensiones:

- Trastornos fisiológicos: Se trata de desórdenes fisiológicos que tienen como consecuencia alteración en el sueño, el apetito, la digestión, pérdida de peso, función sexual.
- Trastornos psicomotores: Se refiere a los aspectos de la depresión como la agitación psicomotora y astenia psicomotora. Diversas afecciones en el neurodesarrollo que influirán en la adaptación perceptivo-motora.
- Trastornos psíquicos: Es una alteración de los aspectos de la vida normal de la persona como la confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, irritabilidad insatisfacción, desvalorización personal, ideas suicidas

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación corresponde al tipo básico o fundamental “tiene por finalidad la ampliación de la teoría sobre la variable de estudio, es decir, busca contribuir al acervo teórico de la variable y no la aplicación práctica o directa de este conocimiento”. Baena, (2017) p. 33.

La presente investigación corresponde al nivel de investigación relacional, ya que busca establecer una relación entre las variables, sin atribuir una relación de causalidad entre ambas. En ese sentido, siguiendo el criterio de Hernández, Fernández y Baptista (2014) buscamos determinar una asociación, ya que ambas variables son de tipo cualitativo o categórico.

4.2. Diseño de Investigación

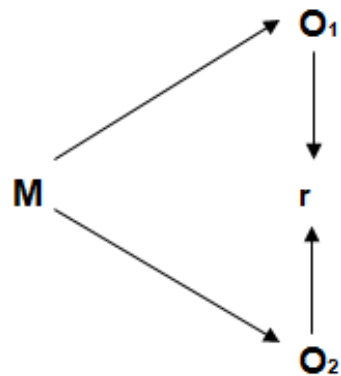
Se aplicará un diseño no experimental y observacional transversal. Se denomina diseño descriptivo, a aquel procedimiento metodológico que consiste en “hacer descripciones de aquellas características de ambas variables de investigación” Baena, (2017) p. 35.

Por su parte, se llama diseño correlacional, a aquel diseño que tiene como finalidad determinar el nivel de correlación o asociación entre las variables de investigación.

Finalmente, se denomina diseño transversal, a aquel diseño donde se recogen datos en un solo instante (y no a lo largo de tiempo), en un tiempo único. En general, este diseño tiene como propósito describir variables y analizar su ocurrencia y correlación. (Hernández, Fernández, & Batista, (2014), p. 32

Figura 1

Notación algebraica del diseño de investigación



Fuente: Baena (2017, pág. 52)

Dónde:

- M** = Muestra
- O₁** = Observación de la primera variable (Ansiedad)
- O₂** = Observación de la segunda variable (Depresión)
- R** = Relación (entre la variable X y Y)

4.3. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables, ansiedad y depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de escala
Ansiedad	Clark y Beck (2012) conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrolables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.	La ansiedad alude a una combinación de manifestaciones físicas y mentales que no se pueden atribuir a un peligro real. Mediante el cuestionario de STAI se pueden distinguir dos escalas separadas de autoevaluación que se relaciona a dos conceptos: ansiedad rasgo y ansiedad estado.	Ansiedad estado Afirmativo	Nerviosismo Tensión Preocupación Intranquilidad	3, 6, 7, 9, 12, 17, 18	Ordinal
			Ansiedad estado Negativo	Activación positiva Animación bienestar Satisfacción y confianza en sí mismo	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.	
			Ansiedad rasgo afirmativo	Melancolía Desesperanza Sentimientos de incapacidad	22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38	
			Ansiedad rasgo Negativo	Estabilidad Ausencia de cambios de humor	21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de escala
Depresión	La depresión se define como un declive del estado de ánimo, en el que la persona tiende a distorsionar sus pensamientos respecto a si mismo, respecto al mundo y respecto al futuro. de manera que pone en riesgo su salud mental (Beck, 1983)	La depresión es un trastorno que puede ser identificado por indicadores como: tristeza persistente, la falta de interés en actividades que cotidianamente se disfrutaba realizar, así como el cansancio. Sintomatología que debe estar presente al menos dos semanas	Trastornos fisiológicos Trastornos psicomotores Trastornos Psíquicos	Variación diurna Sueños Apetito Pérdida de peso Función sexual Gastrointestinales Cardiovasculares Musculo esqueléticos Agitación psicomotora Astenia psicomotora Confusión Sensación de Vacío Desesperanza Indecisión Irritabilidad insatisfacción Desvalorización personal Ideas suicidas	4, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 12, 13 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20	Ordinal

4.4. Hipótesis general y específicas

4.4.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

4.4.2. Hipótesis específicas

- Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.
- Existe una relación significativa entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.
- Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

4.5. Población – Muestra

4.5.1. Población

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) “la población está representada por la totalidad de las unidades de análisis” (p. 30).

La población estará conformada por todos los estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, de la ciudad de Tacna.

4.5.2. Muestra

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) “la muestra está representada por unidades de análisis. Se le denomina también casos o elementos” (p. 31).

El muestreo es la estrategia para determinar la obtención de la muestra, seleccionar las unidades de la población a la que se les requerirá información, y por el otro, interpretar los resultados con el fin de estimar los parámetros de la población sobre la que se determina la muestra para probar las hipótesis. Hernández, Fernández, & Batista, (2014) p. 34

El tipo de muestra que utilizará en el presente trabajo de investigación corresponde a una muestra probabilística, por lo que partiremos de la determinación del marco muestral, el cual está constituido por el registro de alumnos matriculados en todos los ciclos de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades (FAEDCOH) de la Universidad Privada de Tacna.

De esta manera, según el reporte del Área de Registros Académicos de la FAEDCOH de la Universidad Privada de Tacna, el total de estudiantes matriculados el año 2021 es de 350

Por tanto, contando con el marco muestral, podemos aplicar la fórmula para determinación de tamaño muestral de poblaciones finitas, la cual es:

$$n = \frac{N * Z_{\infty}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\infty}^2 * p * q}$$

Donde:

n=Tamaño de muestra buscado

N=Tamaño de la Población o Universo

Z=Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza

e=Error de estimación máximo aceptado

p=Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q=Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

$$n = \frac{350 * 1.96_{\infty}^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (350 - 1) + 1.96_{\infty}^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 183$$

De esta manera, la muestra estará conformada por 183 estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información

4.6.1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

Ficha Técnica

Nombre original : “State – Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)”

Autores : C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene

Procedencia : Consulting Psychologists Press, Palo Alto,
California

Adaptación española: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A.,
Madrid

Año : 1975

Adaptado en Perú : Anchante

Año	:	1993
Adaptado en Lima	:	Del Priego
Año	:	2014
Duración	:	Aproximadamente unos 15 minutos
Aplicación	:	Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario
Tipificación	:	Muestras de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadística de grupos clínicos

En la presente investigación se aplicará el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo adaptado por De Priego (2014). El STAIC original en sus orígenes fue creado por los jóvenes por Charles Spielberger y colaboradores en California en 1973, en donde lo antecedió el STAI para adolescentes y adultos que fue elaborado por el mismo autor en el año 1964. Posteriormente, se realiza una adaptación en España por Seis dedos en 1990, con jóvenes y adolescentes, en donde dio como resultado una fiabilidad mediante el procedimiento pares-impares, arrojando un índice de 0,88 para varones y 0,90 para mujeres en la escala de Ansiedad Estado, y 0,83 para varones y 0,86 para mujeres para la escala Ansiedad Rasgo.

La consistencia interna fue de 0,85 para Ansiedad Rasgo y 0,76 para Ansiedad Estado. Así mismo, esta prueba puede aplicarse en edades comprendidas de 15 a 25 años. Donde a través de esta se puede medir la ansiedad estado, en la cual es posible apreciar los estados transitorios de ansiedad, la cual varían con el tiempo. En la escala de Ansiedad estado posee en las columnas de respuestas del 1 a 3, donde señalan las

expresiones del grado en que se presentan los sentimientos, fluctuándose correspondientemente a “Nada”, “Algo”, y “Mucho”.

La Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Jóvenes de Alarcón fue trabajada en un estudio piloto con una muestra de 100 sujetos comprendida entre las edades de 8 a 12 años de edad de ambos géneros, perteneciente al distrito de Chorrillos, por Parase (2015); en el análisis de ítems los índices de discriminación oscilan entre 0,157 y 0,495, siendo aceptables y muy buenas; en la prueba de confiabilidad test-retest obtuvo 0.290 ($p < 0.5$) siendo débil pero significativa.

Por otro lado, presenta altos valores de alfa de Cronbach de 0,798 y por el método de mitades de Gutman obtuvo 0,757 ($p < .01$), siendo significativa estos resultados; por lo que se considera que dicha prueba es válida y confiable, siendo utilizable en investigaciones.

En Perú, Anchante (1993) refiere, en una muestra de una universidad privada de Lima, obtuvo coeficientes de Cronbach de .92 para la escala de Ansiedad - Estado y de .87 para la escala de Ansiedad - Rasgo. Pardo (2010) tomo como muestra a estudiantes de posgrado de una universidad privada de lima, donde encontró un índice de confiabilidad de .81 de la escala de Ansiedad – Estado y en la escala de Ansiedad - Rasgo, los resultados arrojaron un índice de confiabilidad de .86. De Priego (2014) halló un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de .84 para Ansiedad -Estado y .80 para Ansiedad - Rasgo.

4.6.2. Escala de Auto medición de la depresión

Nombre: Escala de Auto medición de la Depresion

Autor : Zung

Año: 1965

País: Berlin

Adaptado en Perú: Bach. Silva Pastor de Pajares, Berta Katheryn

Año: 2019

Administración: Autoaplicada

Edades: de 16 años a mas

Tiempo de aplicación: 15 minutos aproximadamente.

La Escala de Auto medición de la Depresión (EAMDD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung; se trata de un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signos significativos en relación a trastornos emocionales. La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. De los cuales, cada uno hace referencia a algún signo o síntoma que caracteriza a la depresión. Por consiguiente, este conjunto de 20 frases contiene síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas en blanco, dando la posibilidad a los examinados de marcar su respuesta dentro de las siguientes opciones: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Casi siempre". No es posible falsificar tendencias en sus respuestas, ya que, la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos; la aplicación puede ser individual o colectiva.

En Perú, Pastor de Pajares & Katheryn (2019) refiere, en una muestra de alumnos del quinto grado de secundaria de la provincia de Ascope, se obtuvo una confiabilidad de .95 a través del análisis de Omega de McDonald, con un intervalo de confianza al 95% que oscila de .93 a .97.

4.7. Recolección de datos

4.7.1. Técnica de análisis

Se recolecto la información de los cuestionarios con la finalidad de elaborar la base de datos en Microsoft Excel y SPSS 26.0 para proceder a realizar el análisis, empleándose para ello las:

- Técnicas de la estadística descriptiva: Análisis descriptivo partir de recursos como la tabla de distribución de frecuencia (frecuencia absoluta, frecuencia absoluta acumulada, frecuencia relativa, frecuencia relativa acumulada, etc.), gráficos (gráfico de sectores, gráfico de barras, gráficos de dispersión, etc.).
- Técnicas de la estadística inferencial: para contrastar las hipótesis se utilizó el estadístico de contraste denominado Rho de Spearman.

4.7.2. Interpretación de datos

En base al estudio de nuestras variables dentro del estudio se utilizó el método Rho de Spearman a fin de determinar una relación entre las variables que tienen como características ser de tipo cualitativo planteadas en el estudio. Para ello se establecerá un nivel de significancia del 0.05 con el fin de establecer una regla para la toma de decisión final.

4.8. Técnica de análisis e interpretación de datos

En la investigación se utilizó un análisis de tablas de contingencia entre las variables de estudio para poder realizar un análisis correlacional de variable de escala cualitativa para desarrollar el análisis mediante el estadístico Rho de Spearman, para lo cual se realizó agrupamiento de categorías dentro de las variables de estudio en caso que las frecuencias esperadas no cumplan con requisito para este tipo de análisis.

Para la interpretación de los datos se utilizaron herramientas que permitan realizar tablas y gráficos de forma eficiente como el paquete estadístico SPSS-26 y el programa Excel 2017.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de Resultados

5.1.1. Confiabilidad de los instrumentos

- a) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: Anchante (1993) refiere, en una muestra de una universidad privada de Lima, obtuvo coeficientes de Cronbach de .92 para la escala de Ansiedad - Estado y de .87 para la escala de Ansiedad - Rasgo. Pardo (2010) halla en una muestra de estudiantes de postgrado de una universidad privada de Lima se encontró un índice de confiabilidad de .81 de la escala de Ansiedad – Estado y en la escala de Ansiedad - Rasgo, los resultados arrojaron un índice de confiabilidad de .86. De Priego (2014) halló un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de .84 para Ansiedad - Estado y .80 para Ansiedad - Rasgo.
- b) Escala de Auto medición de la depresión: En la adaptación peruana de Pastor de Pajares & Katheryn (2019), en una muestra de alumnos del quinto grado de secundaria de la provincia de Ascope, se obtuvo una confiabilidad de .95 a través del análisis de Omega de McDonald, con un intervalo de confianza al 95% que oscila de .93 a .97.

5.1.2. Prueba de normalidad de las dimensiones y variables

Tabla 2

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para variable y dimensiones

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	GI	Sig.
Ansiedad Estado	.090	183	.001
Ansiedad Rasgo	.049	183	.200
Depresión	.070	183	.028
Trastornos fisiológicos	.072	183	.022
Trastornos psicomotores	.198	183	.000
Trastornos psíquicos	.095	183	.000

5.1.3. Resultados de la variable ansiedad

Tabla 3

Distribución de estudiantes según Ansiedad Estado

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	32	17.49	17.49
Tend. Promedio	25	13.66	31.15
Promedio	15	8.20	39.34
Sobre Promedio	39	21.31	60.66
Alto	72	39.34	100.00
Total	183	100	

Figura 2

Distribución de estudiantes según Ansiedad Estado

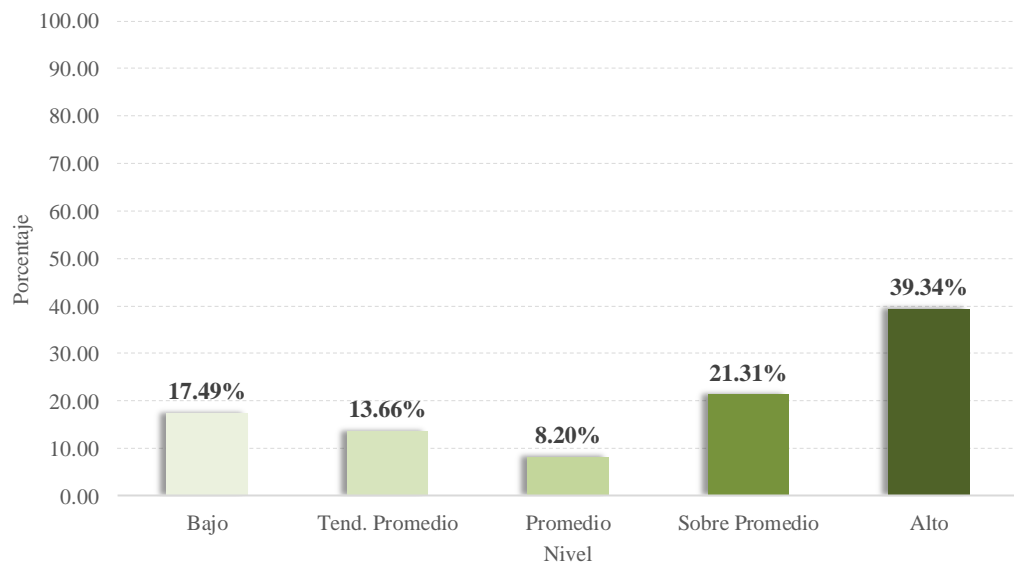


Tabla 4*Distribución de estudiantes según Ansiedad Rasgo*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	17	9.29	9.29
Tend. Promedio	37	20.22	29.51
Promedio	10	5.46	34.97
Sobre Promedio	62	33.88	68.85
Alto	57	31.15	100.00
Total	183	100	

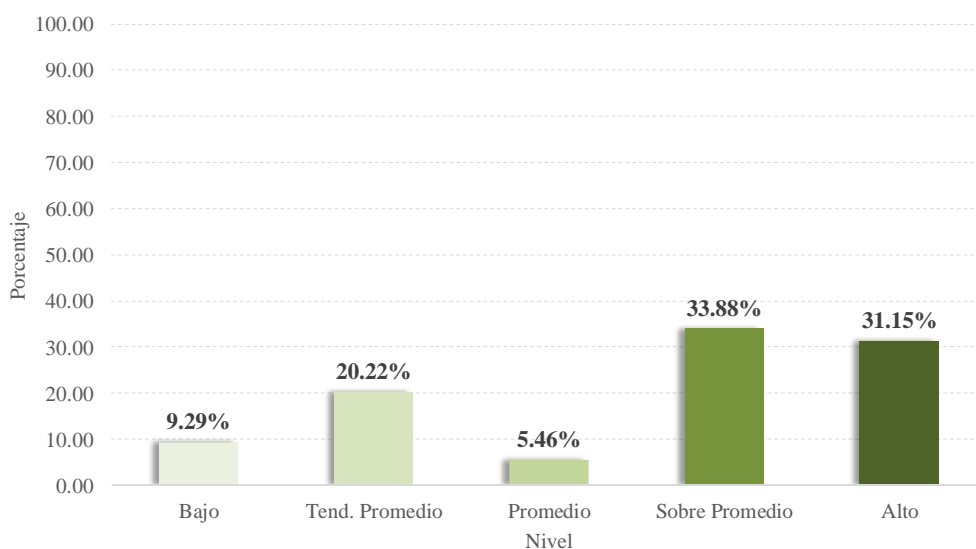
Figura 3*Distribución de estudiantes según Ansiedad Rasgo*

Tabla 5*Distribución de estudiantes según Ansiedad estado afirmativo*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	102	55.74	55.74
Moderado	62	33.88	89.62
Alto	19	10.38	100.00
Total	183	100	

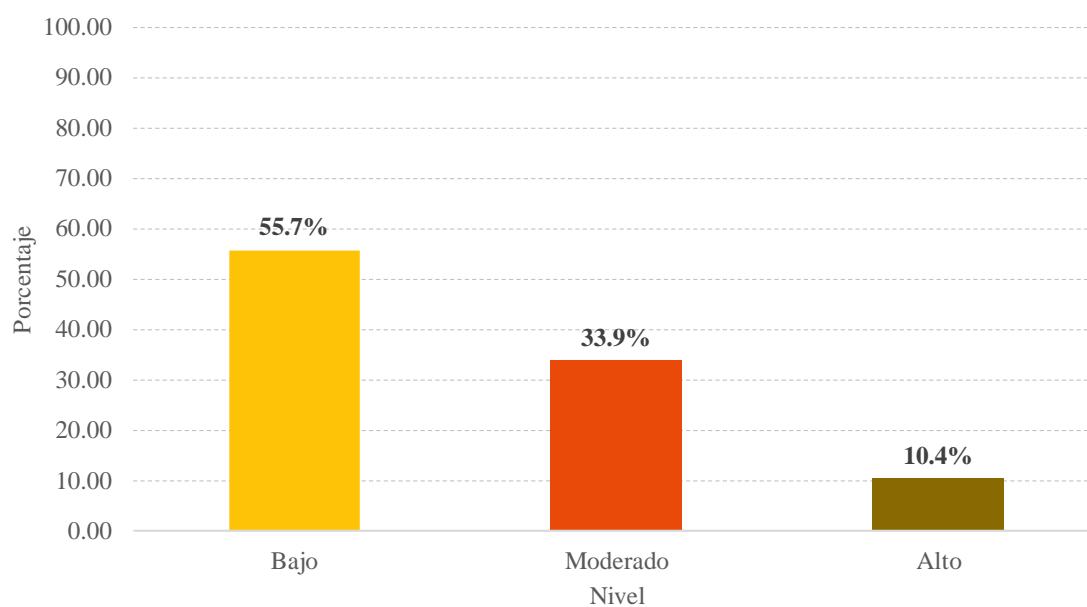
Figura 4*Distribución de estudiantes según Ansiedad estado afirmativo*

Tabla 6*Distribución de estudiantes según Ansiedad estado negativo*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	57	31.15	31.15
Moderado	91	49.73	80.87
Alto	35	19.13	100.00
Total	183	100	

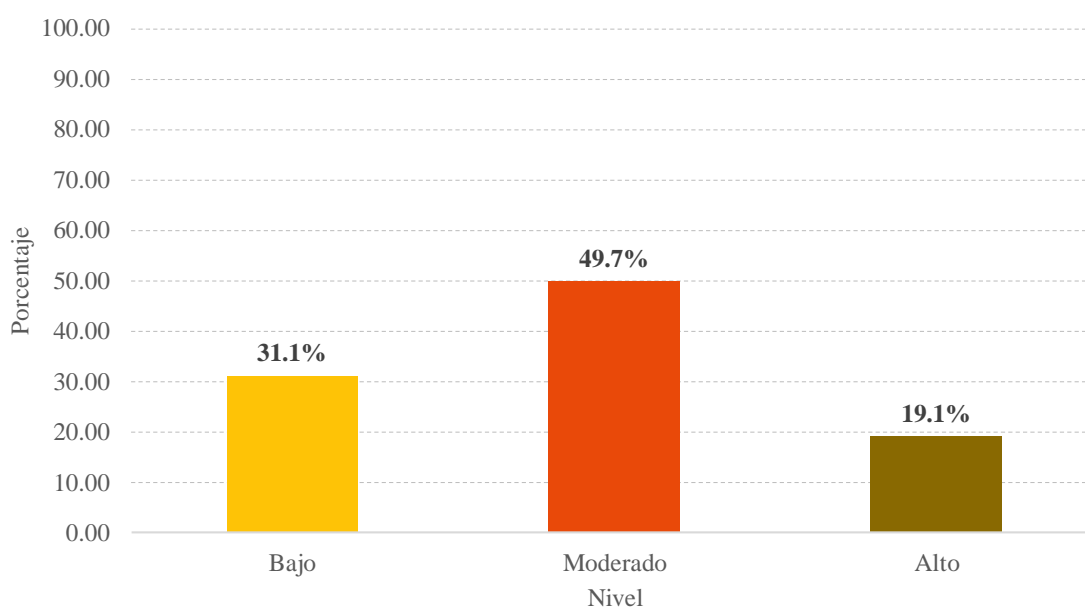
Figura 5*Distribución de estudiantes según Ansiedad estado negativo*

Tabla 7*Distribución de estudiantes según Ansiedad rango afirmativo*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	73	39.89	39.89
Moderado	97	53.01	92.90
Alto	13	7.10	100.00
Total	183	100	

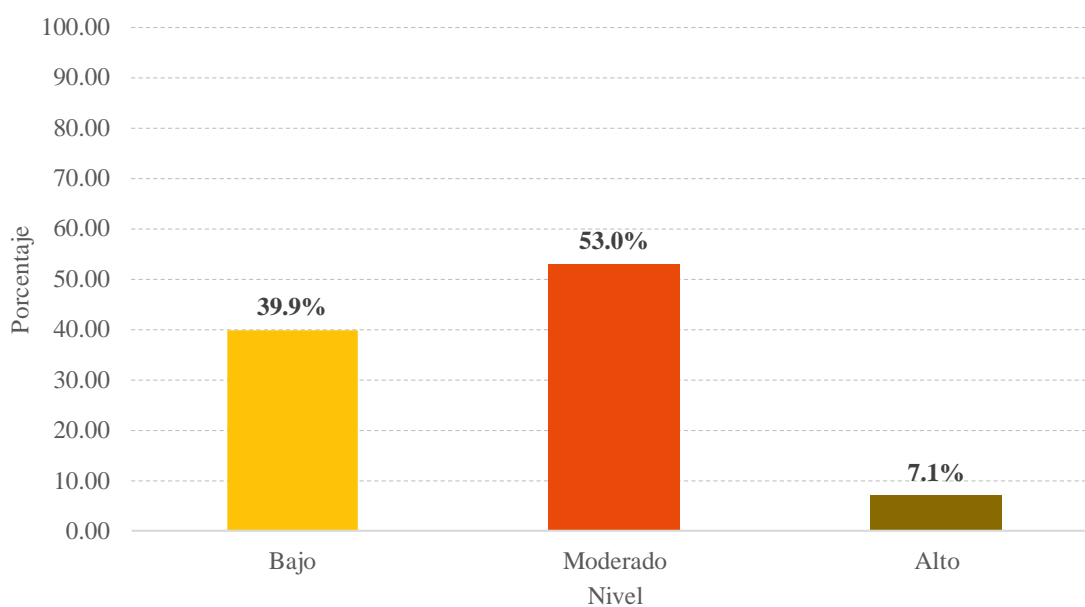
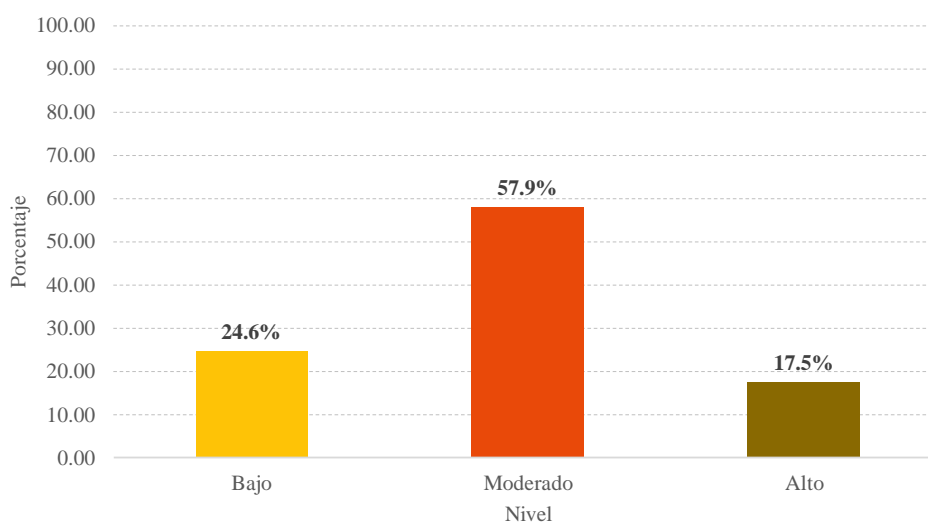
Figura 6*Distribución de estudiantes según Ansiedad rango afirmativo*

Tabla 8*Distribución de estudiantes según Ansiedad rango negativo*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	45	24.59	24.59
Moderado	106	57.92	82.51
Alto	32	17.49	100.00
Total	183	100	

Figura 7*Distribución de estudiantes según Ansiedad rango negativo*

5.1.4. Resultados de la variable depresión

Tabla 9

Distribución de estudiantes según Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	54	29.51	29.51
Episodio depresivo leve	42	22.95	52.46
Episodio Depresivo Moderado	38	20.77	73.22
Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	34	18.58	91.80
Otros Episodios Depresivos	3	1.64	93.44
Episodio Depresivo no especificado	0	0.00	93.44
Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	12	6.56	100.00
Total	183	100	

Figura 8

Distribución de estudiantes según Depresión

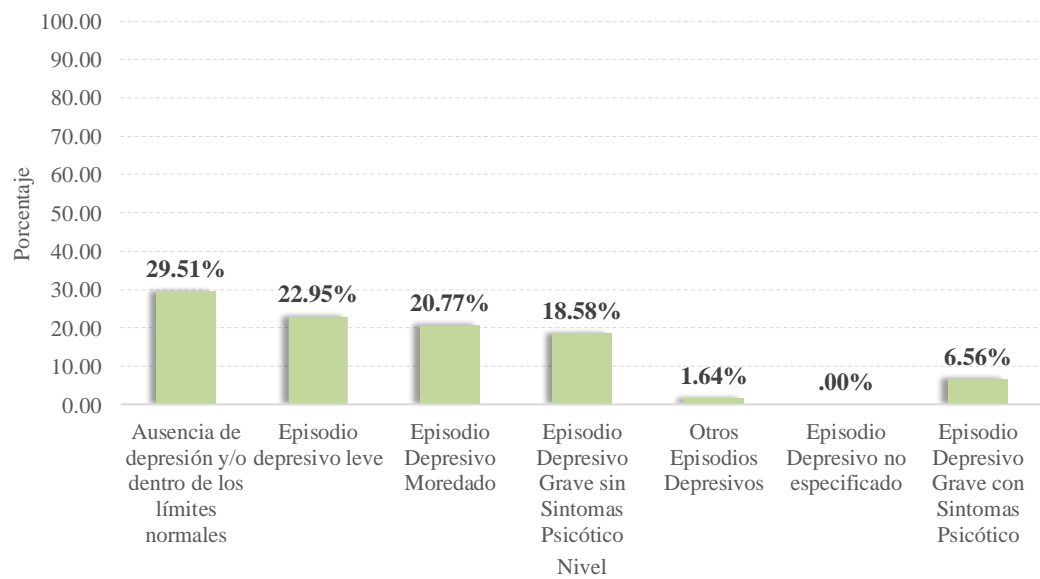


Tabla 10*Distribución de estudiantes según Trastornos fisiológicos*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	78	42.62	42.62
Moderado	98	53.55	96.17
Alto	7	3.83	100.00
Total	183	100	

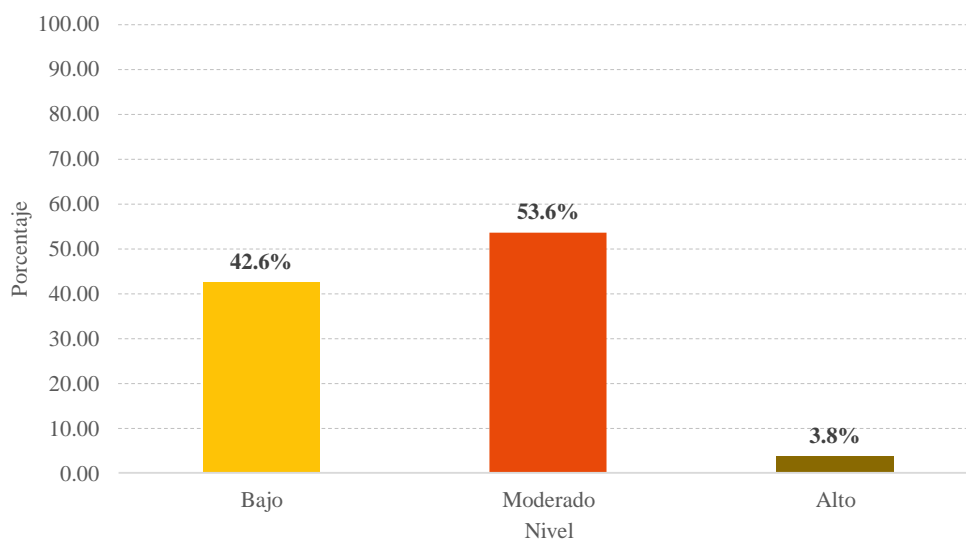
Figura 9*Distribución de estudiantes según Trastornos fisiológicos*

Tabla 11*Distribución de estudiantes según Trastornos psicomotores*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	60	32.79	32.79
Moderado	95	51.91	84.70
Alto	28	15.30	100.00
Total	183	100	

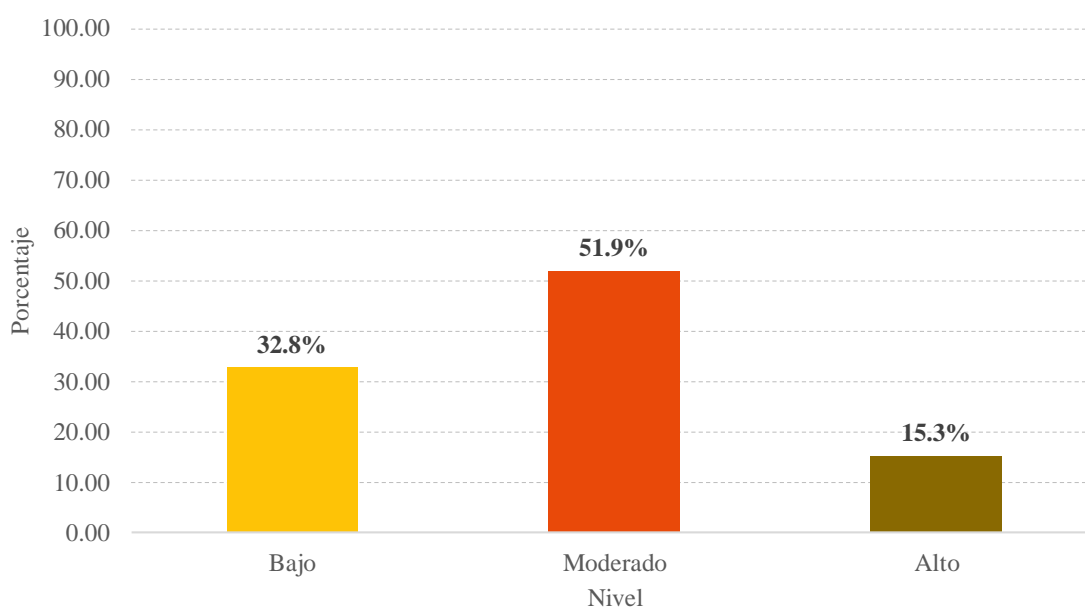
Figura 10*Distribución de estudiantes según Trastornos psicomotores*

Tabla 12*Distribución de estudiantes según Trastornos psíquicos*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	59	32.24	32.24
Moderado	90	49.18	81.42
Alto	34	18.58	100.00
Total	183	100	

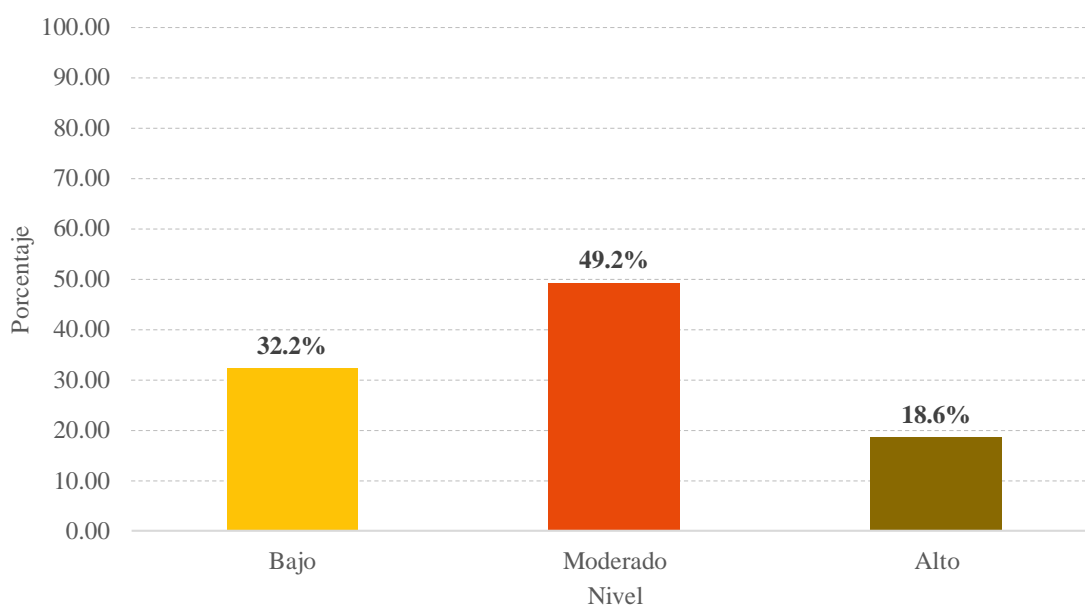
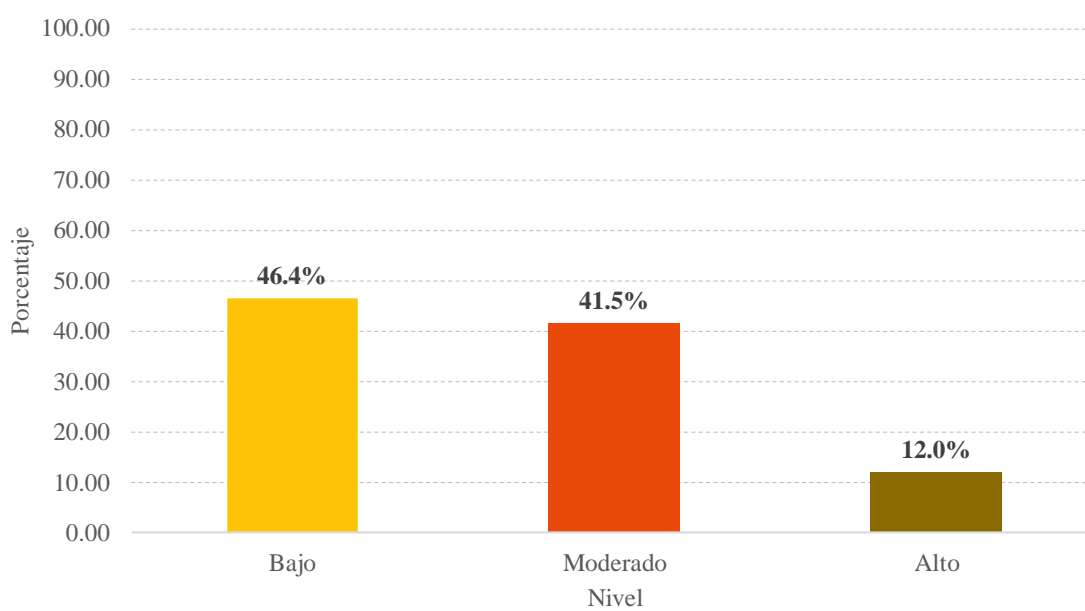
Figura 11*Distribución de estudiantes según Trastornos psíquicos*

Tabla 13*Distribución de estudiantes según Estado afectivo persistente*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	85	46.45	46.45
Moderado	76	41.53	87.98
Alto	22	12.02	100.00
Total	183	100	

Figura 12*Distribución de estudiantes según Estado afectivo persistente*

5.1.5. Resultados de la ansiedad estado según sexo

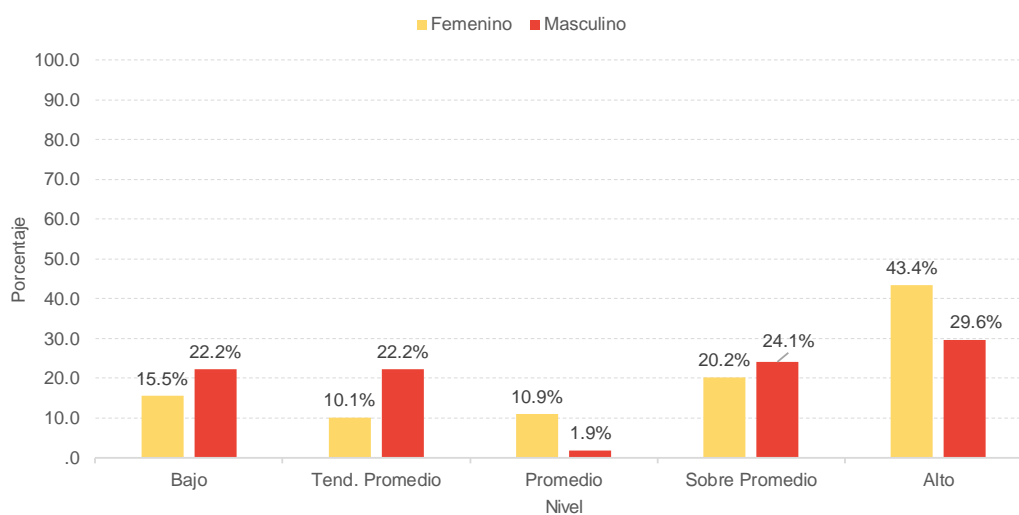
Tabla 14

Distribución de estudiantes según ansiedad estado y sexo

Ansiedad Estado	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	15.5	12	22.2
Tend. Promedio	13	10.1	12	22.2
Promedio	14	10.9	1	1.9
Sobre Promedio	26	20.2	13	24.1
Alto	56	43.4	16	29.6
Total	129	100.0	54	100.0

Figura 13

Distribución de estudiantes según ansiedad estado y sexo



5.1.6. Resultados del nivel de ansiedad rasgo según sexo

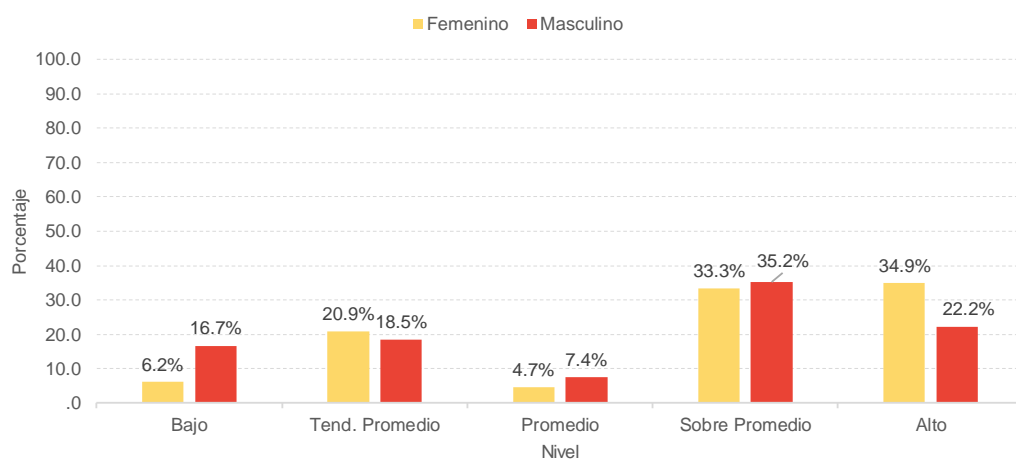
Tabla 15

Distribución de estudiantes según ansiedad rasgo y sexo

Ansiedad Rasgo	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	6.2	9	16.7
Tend. Promedio	27	20.9	10	18.5
Promedio	6	4.7	4	7.4
Sobre Promedio	43	33.3	19	35.2
Alto	45	34.9	12	22.2
Total	129	100.0	54	100.0

Figura 14

Distribución de estudiantes según ansiedad rasgo y sexo



5.1.7. Resultados del nivel de depresión según sexo

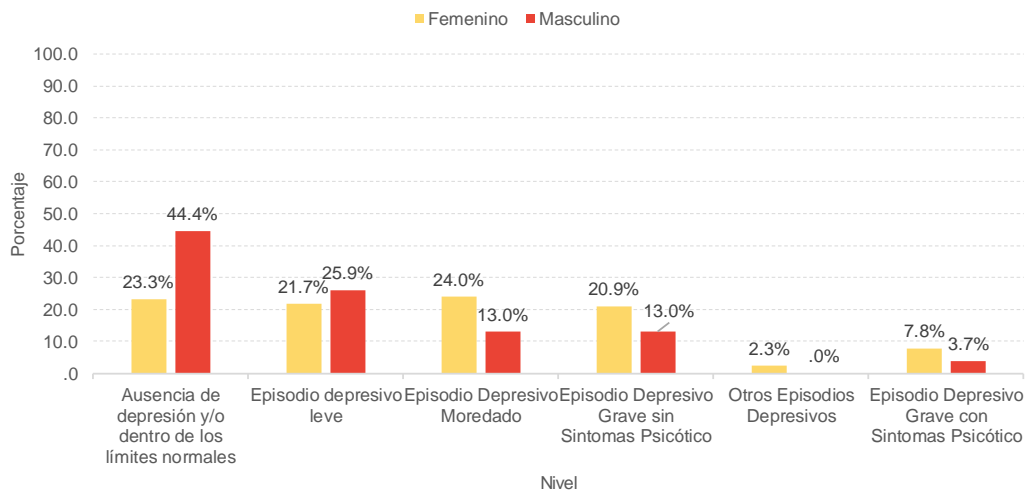
Tabla 16

Distribución de estudiantes según depresión y sexo

Depresión	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	30	23.3	24	44.4
Episodio depresivo leve	28	21.7	14	25.9
Episodio Depresivo Moderado	31	24.0	7	13.0

Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	27	20.9	7	13.0
Otros Episodios Depresivos	3	2.3	0	.0
Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	10	7.8	2	3.7
Total	129	100.0	54	100.0

Figura 15
Distribución de estudiantes según depresión y sexo



5.1.8. Resultados de Contrastación de la primera hipótesis específica

Tabla 17
Estadístico de correlación entre ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión

		Ansiedad Rasgo	Trastornos fisiológicos
Ansiedad Rasgo	Rho de Spearman	1.000	.339
	Sig. (bilateral)	.	.000
Trastornos fisiológicos	Rho de Spearman	.339	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.

5.1.9. Resultados de contrastación de segunda hipótesis específica

Tabla 18

Estadístico de correlación entre ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión

		Ansiedad Estado	Trastornos psicomotores
Ansiedad Estado	Rho de Spearman	1.000	.606
	Sig. (bilateral)	.	.000
Trastornos psicomotores	Rho de Spearman	.606	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.

5.1.10. Contrastación de tercera hipótesis específica

Tabla 19

Estadístico de correlación entre ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión

		Ansiedad Rasgo	Trastornos psíquicos
Ansiedad Rasgo	Rho de Spearman	1.000	.438
	Sig. (bilateral)	.	.000
Trastornos psíquicos	Rho de Spearman	.438	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.

5.1.11. Contrastación de la hipótesis general

Tabla 20

Estadístico de correlación entre niveles de ansiedad y la depresión

		Depresión	Ansiedad
Depresión	Rho de Spearman	1.000	.449
	Sig. (bilateral)	.	.000
Ansiedad	Rho de Spearman	.449	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.

5.2. Interpretación de resultados

5.2.1. Interpretación de resultados de la variable ansiedad

En la Tabla 3 y la Figura 2 se observa que de 183 encuestados, el 39.34% consideran estar alto a la pregunta, ansiedad estado, el 21.31% sobre promedio, el 17.49% bajo, el 13.66% Tend. promedio mientras que solo el 8.2% promedio.

En la Tabla 4 y la Figura 3 se observa que de 183 encuestados, el 33.88% consideran estar sobre promedio a la pregunta, ansiedad rasgo, el 31.15% alto, el 20.22% Tend. promedio, el 9.29% bajo mientras que solo el 5.46% promedio.

En la Tabla 5 y la Figura 4 , la dimensión ansiedad estado afirmativo, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 55.74% se encuentran en un nivel bajo, el 33.88% en un nivel de moderado, mientras que el resto que representa el 10.38% en un nivel de alto.

En la Tabla 6 y la Figura 5 , la dimensión ansiedad estado negativo, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 49.73% se encuentran en un nivel moderado, el 31.15% en un nivel de bajo, mientras que el resto que representa el 19.13% en un nivel de alto.

En la Tabla 7 y la Figura 6 , la dimensión ansiedad rango afirmativo, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 53.01% se encuentran en un nivel moderado, el 39.89% en un nivel de bajo, mientras que el resto que representa el 7.1% en un nivel de alto.

En la Tabla 8 y la Figura 7 , la dimensión ansiedad rango negativo, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 57.92% se encuentran en un nivel moderado, el 24.59% en un nivel de bajo, mientras que el resto que representa el 17.49% en un nivel de alto.

5.2.2. Interpretación de la variable depresión

En la Tabla 9 y la Figura 8 se observa que de 183 encuestados, el 29.51% consideran estar ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales a la pregunta, depresión, el 22.95% episodio depresivo leve, el 20.77% episodio depresivo moderado, el 18.58% episodio depresivo grave sin síntomas psicótico mientras que solo el 1.64% otros episodios depresivos.

En la Tabla 10 y la Figura 9 , la dimensión trastornos fisiológicos, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 53.55% se encuentran en un nivel moderado, el 42.62% en un nivel de bajo, mientras que el resto que representa el 3.83% en un nivel de alto.

En la Tabla 11 y la Figura 10 , la dimensión trastornos psicomotores, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 51.91% se encuentran en un nivel moderado, el 32.79% en un nivel de bajo, mientras que el resto que representa el 15.3% en un nivel de alto.

En la Tabla 12 y la Figura 11 , la dimensión trastornos psíquicos, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 49.18% se encuentran en un nivel moderado, el 32.24% en un nivel de bajo, mientras que el resto que representa el 18.58% en un nivel de alto.

En la Tabla 13 y la Figura 12 , la dimensión estado afectivo persistente, se observa que, del total de 183 de trabajadores, el 46.45% se encuentran en un nivel bajo, el 41.53% en un nivel de moderado, mientras que el resto que representa el 12.02% en un nivel de alto.

5.2.3. Interpretación de resultados de la ansiedad estado según sexo

Tal como se puede observar de la Tabla 14 y la Figura 13, la ansiedad estado con respecto al sexo se observa que en el nivel bajo predomina las mujeres (22.2%) con respecto a los hombre (15.5%), en el nivel promedio los hombres (10.9%) superan a las mujeres (1.9%) por último los hombres (43.4%) muestran un nivel alto de ansiedad estado con

respecto a las mujeres (29.6%). Lo significa que los hombres presentan mayor ansiedad estado que las mujeres.

5.2.4. Interpretación de resultados del nivel de ansiedad rasgo según sexo

Tal como se puede observar de la Tabla 15 y la Figura 14, la ansiedad rasgo con respecto al sexo se observa que en el nivel bajo predomina los hombres (16.7%) con respecto a las mujeres (6.2%), en el nivel promedio los hombres (7.4%) superan a las mujeres (4.7%) por último las mujeres (34.9%) muestran un nivel alto de ansiedad estado con respecto a los hombres (22.2%). Lo significa que las mujeres presentan mayor ansiedad rasgo que los hombres.

5.2.5. Interpretación de resultados del nivel de depresión según sexo

Tal como se puede observar de la Tabla 16 y la Figura 15, la depresión con respecto al sexo se observa que en el nivel ausencia de depresión predomina los hombres (44.4%) con respecto a las mujeres (23.3%), en el nivel depresivo moderado las mujeres (24.0%) superan a los hombres (13.0%) por último las mujeres (7.8%) muestran un nivel depresivo grave con respecto a los hombres (3.7%). Lo significa que las mujeres presentan mayor depresión grave que los hombres.

5.2.6. Interpretación de cuadro de la prueba de normalidad de las dimensiones y variables

En la Tabla 2 se observa que las puntuaciones obtenidas en las dimensiones y variables que se contrastaran en las hipótesis, la variable Ansiedad Rasgo (sig.=0.200) proviene de una distribución normal mientras que las demás dimensiones Ansiedad Estado (sig.=0.001), Depresión (sig.=0.028), Trastornos fisiológicos (sig.=0.022), Trastornos psicomotores (sig.=0.000), Trastornos psíquicos (sig.=0.000) no provienen de una distribución por lo que se aplicara estadísticos no paramétricos.

5.2.7. Interpretación de contrastación de primera hipótesis específica

a. Planteamiento de la hipótesis.

H0: No existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

H1: Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

b. Nivel de significancia

Alfa = α = 5%

c. Prueba estadística

Rho de Spearman

d. Regla de decisión

Si Sig. < nivel de significancia entonces no aceptar H0.

e. Conclusión

Considerando la Tabla 2 para el análisis de la prueba correlación pertinente se observa que las variable cumple el requisito para poder aplicar el estadístico del Rho de Spearman. De la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** el valor del estadístico de Rho Spearman (0.339) se puede interpretar como una correlación positiva media según Hernández et al. (2014) también se nota que el valor del Sig. (0.000) es menor al nivel de significancia (0.05), por lo que podemos concluir que existe evidencias estadística; para no aceptar H0, por lo tanto existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en

estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

5.2.8. Interpretación de Contrastación de segunda hipótesis específica

- a. Planteamiento de la hipótesis.

OH0: No existe una relación significativa entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

H1: Existe una relación significativa entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

- b. Nivel de significancia

$$A0lfa = \alpha = 5\%$$

- c. Prueba estadística

Rho de Spearman

- d. Regla de decisión

Si Sig. < nivel de significancia entonces no aceptar H0.

- e. Conclusión

Considerando la Tabla 2 para el análisis de la prueba correlación pertinente se observa que las variable cumple el requisito para poder aplicar el estadístico del Rho de Spearman. De la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** el valor del estadístico de Rho Spearman (0.606) se puede interpretar como una correlación positiva media según Hernández et al. (2014) también se nota que

el valor del Sig. (0.000) es menor al nivel de significancia (0.05), por lo que podemos concluir que existe evidencias estadística; para no aceptar H_0 , por lo tanto existe una relación significativa entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

5.2.9. Interpretación de contrastación de tercera hipótesis específica

a. Planteamiento de la hipótesis.

H_0 : No existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

H_1 : Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

b. Nivel de significancia

Alfa = α = 5%

c. Prueba estadística

Rho de Spearman

d. Regla de decisión

Si Sig. < nivel de significancia entonces no aceptar H_0 .

e. Conclusión

Considerando la Tabla 2 para el análisis de la prueba correlación pertinente se observa que las variable cumple el requisito para poder

aplicar el estadístico del Rho de Spearman. De la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** el valor del estadístico de Rho de Spearman (0.438) se puede interpretar como una correlación positiva media según Hernández et al. (2014) también se nota que el valor del Sig. (0.000) es menor al nivel de significancia (0.05), por lo que podemos concluir que existe evidencias estadística; para no aceptar H₀, por lo tanto existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

5.2.10. Interpretación de contrastación de la hipótesis general

a. Planteamiento de la hipótesis.

H₀: No existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

H₁: Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

b. Nivel de significancia

Alfa = α = 5%

c. Prueba estadística

Rho de Spearman

d. Regla de decisión

Si Sig. < nivel de significancia entonces no aceptar H₀.

e. Conclusión

Considerando la Tabla 2 para el análisis de la prueba correlación pertinente se observa que las variable cumple el requisito para poder aplicar el estadístico del Rho de Spearman. De la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** el valor del estadístico de Rho Spearman (0.449) se puede interpretar como una correlación positiva media según Hernández et al. (2014) también se nota que el valor del Sig. (0.000) es menor al nivel de significancia (0.05), por lo que podemos concluir que existe evidencias estadística; para no aceptar H0, por lo tanto existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis de los resultados

Se realizó el análisis de los datos recogidos mediante la prueba de Rho de Spearman, hallando que ambas variables están asociadas, donde el Sig bilateral es 0.449, por lo que se puede concluir que existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión.

También se identificó mediante tablas y gráficos de frecuencia el sexo de los participantes el 43.4% de hombres muestra un nivel alto de ansiedad estado y el 29.6% de mujeres muestra un nivel alto de ansiedad estado. Entonces, se podría decir que los hombres presentan mayor ansiedad estado que las mujeres.

Por otro lado, en cuanto a la ansiedad rasgo las mujeres representan 34.9% del nivel alto y el 22.2% pertenece a los hombres. Por lo que podríamos concluir que las mujeres presentan mayor ansiedad rasgo que los hombres.

En cuanto a la variable depresión, se identificó que las mujeres presentan mayor depresión grave que los hombres. Ya que, el 24% de episodio depresivo moderado son mujeres contra el 13% que son hombres, el 20.9% de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos son mujeres y el 13% son hombres, el 7.8% del episodio depresivo grave con síntomas psicóticos son mujeres contra el 3.7% que son hombres.

6.2. Comparación resultados con antecedentes

Los resultados muestran que los síntomas de ansiedad y depresión se relacionan significativamente en estudiantes universitarios, los mismos resultados observo Monterrosa Castro, Ordosgoitia Parra, & Beltran Barrio (2020) que concluye que la ansiedad es uno de los factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina. De la misma forma González Ramírez, M. T.; Landero Hernández, R.; & García-Campayo, J. (2009) indica que existe una relación directa y significativa entre las dos variables lo que significa a más síntomas de ansiedad el nivel de depresión también se incrementa.

Con respecto a las demás hipótesis específicas planteadas se comprueba la relación significativa que existe entre las dimensiones de la variable ansiedad y las dimensiones de la variable depresión que también es especificado por Benavides, (2014) dentro de sus conclusiones indica que existe una relación significativa entre la ansiedad rasgo, ansiedad estado y la depresión. También concluye que existe diferencia entre los niveles de ansiedad y depresión según el sexo de los estudiantes, la prevalencia en el caso de mujeres en mayor grado de ansiedad y depresión.

Existe diferencia de los niveles de las variables según el sexo, este resultado difiere de lo descrito por Morales (2017) que concluye que existe relación entre las variables de estudio, pero no existe diferencia según el sexo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después de haber realizado los requerimientos necesarios para la investigación sobre la relación entre la ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades podemos concluir:

- Primero. Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021
- Primero. Con respecto al primer objetivo específico, se encontró una correlación positiva media entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión con valor estadístico de Rho Spearman (0.339), lo cual evidencia que a mayor estado de ansiedad los trastornos fisiológicos se hacen más evidentes.
- Segundo. Con respecto al segundo objetivo específico, se encontró una correlación positiva media entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión con valor estadístico de Rho Spearman (0.606), con lo cual se pone de manifiesto que la ansiedad está relacionada con las afectaciones de orden psicomotor.
- Tercero. Finalmente, en relación con el tercer objetivo específico, se evidencia que existe una correlación positiva media entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión con valor estadístico de Rho Spearman (0.438).

Recomendaciones

- Primero. Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda a las autoridades universitarias realicen acciones de promoción de la salud mental en las que se resalte los servicios de atención psicológica para que los alumnos acudan con regularidad, así se podrá monitorear de manera más efectiva los niveles de ansiedad y depresión evitando que interfieran de manera significativa en el rendimiento académico.
- Segundo. De la misma manera, se sugieren espacios en los que se realicen ejercicios de relajación muscular progresiva y así evitar que sus efectos interfieran con su rendimiento, así como la promoción de sesiones de musicoterapia para poder facilitar las relaciones emocionales, mentales, cognitivas.
- Tercero. Con el objetivo de ampliar y profundizar en el conocimiento sobre los comportamientos de la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios, se recomienda ampliar las muestras y extender a ámbitos locales y nacionales.
- Cuarto. Por último, se sugiere hacer una revisión minuciosa de las propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) y de la escala depresión de Zung (EAMD) para la verificación de percentiles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abufhele, M., & Jeanneret, V. (2020). Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 22-30. doi:<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.2487>
- Arango, C., & Rincón, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. Mexico: Grupo Editorial Patria. Recuperado el 20 de mayo de 2021, de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf
- Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, A., Araya, V., Villagra, J., & Contreras, A. (diciembre de 2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4). Recuperado el 21 de enero de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000400005
- Benavides E., P. (2017). La depresion, evolucion del concepto desde la melancolia hasta la depresion como enfermedad fisica. *Revista PUCE*, 171-188.
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (noviembre de 2019). Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay 2013-2015. *Psicologia & Sociedade*, 31, 12-27.

Recuperado el 23 de enero de 2021, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100229

Bisquerra, R. (2014). *Universo de emociones*. Barcelona: PalauGea. Recuperado el 21 de enero de 2021, de https://www.academia.edu/36993902/Universo_de_emociones

Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de trastornos psicologicos*. España: Siglo veintiuno.

Cespedes, E. (2015). *Propiedades Psicometricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad en Niños y Adolescentes de Lima Sur*. Lima: Facultad de Humanidades, Escuela de psicología, Universidad Autonoma del Peru.

Constantino, A., Bocanegra, M., León, F., & Díaz, C. (2015). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Rev Med Hered.*, 24, 196-203. Recuperado el 25 de enero de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n4/a03v25n4.pdf>

Cortés, R. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*, 6(17), 70-82. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estrés%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf>

Cuiyan, W., Riyu, P., & XiaoyangWan, Y. (2020). "Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in china" (Artículo de investigación). *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 17(1729), 1-25. Recuperado el 20 de enero de 2021, de <https://sepsis-one.org/wp->

content/uploads/2020/03/Wang-C.Immediate-Psychological-Responses-and-Associated.pdf

DE PRIEGO LLERENA, W. M. (2014). *Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima*. Lima: (Tesis para optar la licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú).

Del Castillo, R., & Velasco, P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 23-37. doi:DOI: 10.31766/revpsij.v37n2a4

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (2020). *Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19*. Lima: MINSA. Recuperado el 30 de junio de 2021, de <https://www.unicef.org/peru/media/8716/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20afectada,%20familias%20y%20comunidad,%20en%20el%20contexto%20COVID-19.pdf>

Escalante Palomino, M., & Uribe Obando, R. M. (2009). *Guía técnica: Guía de Práctica Clínica en Depresión*. Lima: Ministerio de Salud.

Espinosa, C., Orozco, A., & Ybarra, S. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208. doi:http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028

Farré Martí, J. (2016). *¿Cuál es el tratamiento de la depresión?* Obtenido de PsicoDex: <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1102/ESP/-cual-es-tratamiento-depresion-.htm>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *COVID-19: Impacto en la pobreza y desigualdad en niñas, niños y adolescentes en el*

Perú. Lima: UNICEF. Recuperado el 28 de junio de 2021, de <https://www.unicef.org/peru/media/9031/file/Policy%20brief.pdf>

Galeano, T. (12 de Setiembre de 2021). *El doctor en casa*. Obtenido de <https://www.teresagaleano.com/blog/como-transitar-depresiones/>

Gómez, I., Fluja, J., Andrés, M., Sánchez, P., & Fernández, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18. doi:doi: 10.21134/rpcna.2020.mon.2029

González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*, 25, 141-145.

Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. Recuperado el 23 de agosto de 2021

Kesler, D. (2020). La salud mental en época de pandemia por COVID-19. En D. K.-D. Sustancias (Ed.), *Impacto del COVID-19 en la salud mental y el bienestar psicosocial*, (págs. 1-19). Recuperado el 25 de enero de 2021, de <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/OMS%20Devora%20Kestel%20presentaci%C3%B3n.pdf>

Luna, M., Hamana, L., Colmenares, Y., & Maestre, C. (abril de 2001). Ansiedad y Depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 20(2), 23-31. Recuperado el 21 de enero de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002

- Martínez, O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra. *ENSAYOS: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-79. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos>
- Medina Mora, M. E., Sarti Gutierrez, E. J., & Real Quintanar, T. (2014). *La depresion y otros trastornos psiquiatricos*. Mexico: Academia Nacional de Medicina.
- Ministerio de Salud. (2020). *Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID – 19 Guía Técnica*. Lima: MINSA. Recuperado el 23 de enero de 2021, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021). *Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID–19 Guía Técnica*. Lima: Minsa. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
- Monterrosa Castro, A., Ordosgoitia Parra, E., & Beltran Barrios, T. (2020). Ansiedad y depresion identificadas con la escala de Golberg en estudiantes universitarios del area de salud. *MedUnab*, Vol. 23(3): 372-388.
- MORALES NEIRA, J. L. (2017). *Ansiedad y agresividad en adolescentes de 13 a 17 años de dos instituciones educativas del distrito de Puente Piedra, 2017*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- National Institute of Mental Health. (15 de Enero de 2015). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Organización Mundial de la Salud. (05 de octubre de 2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. Recuperado el 28 de enero de 2021, de Portal Web de la Organización Mundial de

la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. Costa Rica: OPS. Recuperado el 30 de junio de 2021, de COVID-19 y salud mental: mensajes clave: <https://www.paho.org/es/file/67248/download?token=5-blpCkE>

Ortuño, F. (25 de abril de 2020). *Clinica Universidad de Navarra*. Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>

Pastor de Pajares, S., & Katheryn, B. (2019). *Propiedades Psicométricas de la escala de depresión de Zung, en alumnos de quinto grado de secundaria de la provincia de Ascope*. Pimentel: (Tesis para obtener el título de Profesora de Licenciada en Psicología, Universidad Señor de Sipán).

Prados, J. M. (2015). *Ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). "A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations" (Artículo de investigación). *General Psychiatry*, 33(2). doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (diciembre de 2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista de la Facultad de Medicina*, 3(XII), 1-22. doi:DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303

Robles, J. (2020). La Psicología de Emergencias ante la COVID-19: Enfoque desde la Prevención, Detección y Gestión Operativa del Riesgo. *Clínica y Salud*, 31(2), 12-37. Recuperado el 21 de enero de 2021, de

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1806/180663452008/html/index.html>

Rovella, A., & Gonzáles, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades, IX(17)*, 179-194. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/184/18417109.pdf>

Sanchez Garcia, M. (2013). Terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad. *Clinica y Salud*, 183-201.

Tellez Lapeira, J. M., Lopez-Torres Hidalgo, J., Boix Gras, C., Villena Ferrer, A., Parraga Martinez, I., & Morena Rayo, S. (2017). Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Redalyc*, 76-83.

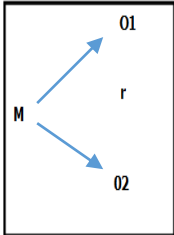
Terol, M., Cabrera, V., & Martín, M. (mayo de 2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. Recuperado el 20 de enero de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16738685013.pdf>

Zeballos, A. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4), 11-32. Recuperado el 21 de enero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

TÍTULO: NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, AÑO 2021.

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos y Técnicas	Metodología	Población y muestra
<p>Pregunta de investigación general ¿Qué relación existe entre los niveles de ansiedad y la depresión en los estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?</p> <p>Preguntas de investigación específicas - ¿Qué relación existe entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021</p> <p>Objetivos específicos - Determinar la relación entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la</p>	<p>Hipótesis general Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p> <p>Hipótesis específicas - Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos fisiológicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p>	<p>Variable 1: Ansiedad</p>	<p>-Ansiedad estado Afirmativo</p> <p>-Ansiedad estado Negativo</p> <p>-Ansiedad rasgo afirmativo</p> <p>-Ansiedad rasgo Negativo</p>	<p>3, 6,7,9,12,17,18</p> <p>1,2,5,8,10,11,15, 16,19 y 20</p> <p>22,23,24,25,28, 29, 31, 32,34,35, 37y 38</p> <p>21,26,27,30,33, 36,39</p>	<p>Técnicas: Encuesta, a través del instrumento cuestionario.</p> <p>Instrumento: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo</p>	<p>Tipo: Básica</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental y observación transversal</p> <p>El modelo para este diseño es:</p>  <p>Donde: M= Muestra de investigación O1= ansiedad O2= Depresión</p>	<p>Población La población está conformada por 350 estudiantes matriculados para el semestre 2021-I</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por 183 estudiantes de la FAEDCOH de la UPT.</p> <p>Tipo de muestra: Probabilística.</p>

<p>Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?</p> <p>- ¿Qué relación existe entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?</p> <p>- ¿Qué relación existe entre la ansiedad como trastorno y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021?</p>	<p>Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p> <p>- Determinar la relación entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p> <p>- Determinar la relación entre la ansiedad como trastorno y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p>	<p>- Existe una relación significativa entre la ansiedad como estado y los trastornos psicomotores de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p> <p>- Existe una relación significativa entre la ansiedad como rasgo y los trastornos psíquicos de la depresión en estudiantes de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, año 2021.</p>					<p>r= Relación entre variables</p>	
---	--	---	--	--	--	--	------------------------------------	--

			Variable 2: Depresión	-Trastorno Fisiológico -Trastorno Psicomotores -Trastornos Psíquicos	4,3,5,6,7,8,9,10 12 y 13 11,14,16,17,18,19 y 20	Instrumento: La Escala de Auto medición de la Depresión (EAMDD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung;		
--	--	--	--	--	---	---	--	--

ANEXO 2. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de escala
Ansiedad	Clark y Beck (2012) conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrolables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.	La ansiedad alude a una combinación de manifestaciones físicas y mentales que no se pueden atribuir a un peligro real. Mediante el cuestionario de STAI se pueden distinguir dos escalas separadas de autoevaluación que se relaciona a dos conceptos: ansiedad rasgo y ansiedad estado.	Ansiedad estado Afirmativo	Nerviosismo Tensión Preocupación Intranquilidad	3, 6, 7, 9, 12, 17, 18	Ordinal
			Ansiedad estado Negativo	Activación positiva Animación bienestar Satisfacción y confianza en sí mismo	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.	
			Ansiedad rasgo afirmativo	Melancolía Desesperanza Sentimientos de incapacidad	22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38	
			Ansiedad rasgo Negativo	Estabilidad Ausencia de cambios de humor	21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.	
Depresión	La depresión se define como un declive del estado de ánimo, en el que la persona tiende a distorsionar sus pensamientos respecto a si mismo, respecto al mundo y respecto al	La depresión es un trastorno que puede ser identificado por indicadores como: tristeza persistente, la falta de interés en actividades que cotidianamente se disfrutaba realizar, así	Trastornos fisiológicos	Variación diurna Sueños Apetito Pérdida de peso Función sexual Gastrointestinales Cardiovasculares Musculo esqueléticos	4, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de escala
	futuro. de manera que pone en riesgo su salud mental (Beck, 1983)	como el cansancio. Sintomatología que debe estar presente al menos dos semanas	Trastornos psicomotores	Agitación psicomotora Astenia psicomotora Confusión Sensación de Vacío Desesperanza	12, 13	
			Trastornos Psíquicos	Indecisión Irritabilidad insatisfacción Desvalorización personal Ideas suicidas	11, 14, 16, 17, 18, 19, 20	

ANEXO 3. Instrumentos de medición

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC)

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo:(F) (M)

INSTRUCCIONES Primera parte A-E A continuación encontrarás unas frases que se utiliza usualmente para describirse a sí mismo. Lea atentamente cada frase y señale la respuesta que indique mejor cómo se SIENTE AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que describa mejor su situación presente

Enunciados	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	3	2	1
2. Me encuentro quieto	3	2	1
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	3	2	1
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	3	2	1
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	3	2	1
9. Me siento feliz	3	2	1
10. Me siento seguro	3	2	1
11. Me encuentro bien	3	2	1
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradable	3	2	1
14. Me encuentro asustado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento con buen animo	3	2	1
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	3	2	1
19. Me encuentro disgustado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

CUESTIONARIO DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo:(F) (M)

Nº	ITEMS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMRE	P.D.
01	Me siento triste y decaído.					
02	Por las mañanas me siento mejor.					
03	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.					
04	Me cuesta mucho dormir por las noches.					
05	Como igual que antes					
06	Aun tengo deseos sexuales.					
07	Noto que estoy adelgazando.					
08	Estoy estreñado.					
09	El corazón me late más rápido que antes					
10	Me canso sin motivo.					
11	Mi mente esta tan despejada como siempre					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.					
14	Tengo confianza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Encuentro fácil tomar las decisiones.					
17	Siento que soy útil y necesario.					
18	Encuentro agradable vivir.					
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.					
20	Me gustan las mismas cosas que antes.					

ANEXO 4: Base de datos

N°	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Ansiedad estado afirmativo	Ansiedad estado negativo	Ansiedad rango afirmativo	Ansiedad rango negativo	Depresión	Trastornos fisiológicos	Trastornos psicomotores	Trastornos psíquicos	Estado afectivo persistente
1	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
2	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Alto
3	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Alto
4	Bajo	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales Otros Episodios Depresivos	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
5	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Otros Episodios Depresivos	Alto	Alto	Alto	Moderado
6	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Episodio Depresivos	Alto	Alto	Alto	Moderado
7	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
8	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
9	Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo
10	Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo

11	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
12	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
13	Sobre Promedio	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado
14	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
15	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Alto	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Alto
16	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Alto	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Alto
17	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Alto	Moderado	Moderado	Alto
18	Alto	Tend. Promedio	Alto	Moderado	Bajo	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Alto
19	Alto	Tend. Promedio	Alto	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
20	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo

21	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
22	Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
23	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo
24	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo
25	Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado
26	Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado
27	Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
28	Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
29	Alto	Sobre Promedio	Alto	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Alto	Moderado	Alto	Alto
30	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
31	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
32	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Moderado	Alto
33	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave	Moderado	Alto	Moderado	Alto

34	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	con Síntomas Psicótico	Bajo	Moderado	Moderado	Alto
35	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado
36	Alto	Alto	Moderado	Alto	Moderado	Alto	Episodio depresivo leve	Alto	Alto	Alto	Alto
37	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Otros Episodios Depresivos	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
38	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
39	Bajo	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
40	Bajo	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
41	Tend. Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
42	Tend. Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
43	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
44	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo

45	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	dentro de los límites normales Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
46	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
47	Sobre Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
48	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
49	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
50	Tend. Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
51	Tend. Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo
52	Tend. Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
53	Tend. Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
54	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado

55	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
56	Sobre Promedio	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
57	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
58	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
59	Sobre Promedio	Promedio Tend.	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
60	Promedio	Promedio	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
61	Alto	Sobre Promedio	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Bajo	Moderado	Alto	Alto
62	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
63	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
64	Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
65	Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
66	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado

67	Sobre Promedio	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
68	Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
69	Alto	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
70	Alto	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
71	Bajo	Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo
72	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
73	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
74	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
75	Alto	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
76	Alto	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
77	Alto	Promedio Tend.	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado

78	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
79	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
80	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
81	Alto	Tend. Promedio	Alto	Alto	Bajo	Moderado	Psicótico Episodio Depresivo Grave sin Síntomas	Moderado	Moderado	Moderado	Alto
82	Alto	Tend. Promedio	Alto	Alto	Bajo	Moderado	Psicótico Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Alto
83	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
84	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
85	Alto	Sobre Promedio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Alto
86	Tend. Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
87	Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
88	Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
89	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado		Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

90	Tend. Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo
91	Tend. Promedio	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
92	Tend. Promedio	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
93	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
94	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
95	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
96	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado
97	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado
98	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Alto
99	Bajo	Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
100	Bajo	Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo

101	Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
102	Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
103	Tend. Promedio	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
104	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
105	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
106	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
107	Alto	Alto	Bajo	Alto	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
108	Alto	Alto	Bajo	Alto	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
109	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
110	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo

111	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Alto	Bajo	Moderado
112	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
113	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
114	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
115	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Psicótico	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
116	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
117	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo
118	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
119	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
120	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
121	Alto	Tend. Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
122	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas	Moderado	Alto	Alto	Moderado

123	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
124	Alto	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Alto	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Moderado	Alto	Moderado
125	Alto	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Alto	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Moderado	Alto	Moderado
126	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
127	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
128	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
129	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Moderado
130	Tend. Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
131	Tend. Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
132	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
133	Sobre Promedio	Alto	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo

134	Tend. Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Alto	Alto	Moderado	Moderado
135	Tend. Promedio	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Alto	Alto	Moderado	Moderado
136	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
137	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Moderado
138	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
139	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo
140	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado
141	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
142	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
143	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado
144	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo		Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

145	Sobre Promedio	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo	dentro de los límites normales Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
146	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
147	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
148	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
149	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
150	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
151	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
152	Tend. Promedio	Alto	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	Episodio Depresivo	Moderado	Moderado	Alto	Bajo
153	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

154	Alto	Sobre Promedio Tend.	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
155	Tend. Promedio	Promedio Tend.	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
156	Promedio	Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
157							Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Alto
158	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Alto
159	Alto	Alto	Alto	Alto	Moderado	Alto	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Alto
160							Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado
161	Alto Tend. Promedio	Alto Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
162	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
163	Sobre Promedio	Promedio Tend.	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
164	Sobre Promedio	Promedio	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Episodio depresivo leve	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo
165	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
166	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
167	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado
168							Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Alto
	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Alto					

169	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Alto	Bajo	Alto	Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicótico	Moderado	Alto	Alto	Alto
170	Bajo	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo
171	Alto	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo
172	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Episodio depresivo leve	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
173	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
174	Sobre Promedio	Sobre Promedio	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado
175	Tend. Promedio	Promedio	Bajo	Moderado	Bajo	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo
176	Tend. Promedio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado
177	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
178	Sobre Promedio	Alto	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicótico	Moderado	Moderado	Alto	Alto
179	Tend. Promedio	Tend. Promedio	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Ausencia de depresión y/o	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

180	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	dentro de los límites normales Episodio depresivo leve	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado
181	Alto	Alto	Moderado	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
182	Alto	Alto	Moderado	Alto	Moderado	Alto	Episodio Depresivo Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
183	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Moderado	Ausencia de depresión y/o dentro de los límites normales	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

ANEXO 5: Informe de Turnitin

NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, AÑO 2021.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	9%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	4%
4	Submitted to Universidad Privada de Tacna Trabajo del estudiante	2%
5	repositorio.udaff.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.cientifica.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%