



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

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

TESIS

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR EL CONFINAMIENTO DEL
COVID -19 EN HABITANTES DE LA URBANIZACIÓN VILLA
CLUB DEL DISTRITO TINGUIÑA – ICA, 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico.

Presentado por:

Renzo Gustavo Barba Grados

Lucia Alexandra Torres Almora

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Docente asesor

Dra. Evelyn Alina Anicama Navarrete

Código Orcid: N° 0000-0003-1164-2079

Chincha, Ica, 2021.

Asesor

Dra. Evelyn Alina Anicama Navarrete

Miembros del jurado

-Dr. Edmundo González Zavala

-Mg. Susana Atuncar

-Dra. Juana Marcos

DEDICATORIA

RENZO GUSTAVO BARBA GRADOS:

Dedico este trabajo de investigación a mis padres y hermano quienes estuvieron presentes en cada logro durante mi aprendizaje universitario y por seguir presentes en cada uno de mis propósitos y metas.

DEDICATORIA

LUCIA ALEXANDRA TORRES ALMORA:

Este trabajo va dedicado a mis hermanas y padres quienes creyeron en mi a pesar de cada circunstancia. A mi bisabuela que desde el cielo se que está orgullosa de cada logro obtenido.

AGRADECIMIENTOS

RENZO GUSTAVO BARBA GRADOS:

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este momento para lograr mis metas. Así mismo agradezco a mi familia por acompañarme en cada paso que doy y a la vida por permitir cumplir mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

LUCIA ALEXANDRA TORRES ALMORA:

En primer lugar, agradecer a Dios por permitir y darme la vida para demostrar a mis padres que soy capaz de lograr todo lo que algún día me propuse. Dar gracias a mis abuelos por creer y confiar en mí. Por último, agradecer a compañeras de clases quienes se cruzaron en el camino para compartir ideas y ayudar con el proyecto.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

Material y método: Estudio de tipo descriptivo correlacional, diseño metodológico no experimental de corte transversal. Se utilizó como instrumento para la variable de Depresión la Escala de Beck (21 ítems) y para la variable de Ansiedad la escala de Hamilton (14 ítems) aplicables para ambos sexos.

La población seleccionada para este proyecto de investigación a 120 personas y una muestra de 75 personas de la Urbanización Villa Club, Tinguíña-Ica. Los resultados fueron presentados descriptivamente y se utilizó la prueba Rho de Spearman, para la comprobación de las hipótesis.

Resultados: Se observó que el 88% de los habitantes tienen un nivel mínimo de depresión, sin embargo, en la variable ansiedad, el 62.70% presenta un nivel leve de ansiedad, seguido del 24% de los habitantes que presentan un nivel moderado.

Conclusiones: En esta investigación se demuestra que no existe relación entre la depresión y ansiedad, pero si se destaca que el nivel de ansiedad si ha afectado a los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica en la época de confinamiento del Covid-19 en el año 2021.

PALABRAS CLAVES:

Depresión, ansiedad, covid-19, pandemia, salud mental.

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between depression and anxiety regarding the confinement of Covid-19 in inhabitants of the Villa Club Urbanization of the Tinguíña-Ica district, 2021.

Material and method: Correlational descriptive study, non-experimental cross-sectional methodological design. The Beck Scale (21 items) was used as an instrument for the Depression variable and the Hamilton Scale (14 items) for the Anxiety variable, applicable to both sexes.

The population selected for this research project was 120 people and a sample of 75 people from the Villa Club Urbanization, Tinguíña-Ica. The results were presented descriptively and Spearman's Rho test was used to test the hypotheses.

Results: It was observed that 88% of the inhabitants have a minimum level of depression, however, in the anxiety variable, 62.70% have a mild level of anxiety, followed by 24% of the inhabitants who have a moderate level.

Conclusions: This research shows that there is no relationship between depression and anxiety, but it does stand out that the level of anxiety has affected the inhabitants of the Villa Club Urbanization of the Tinguíña-Ica district in the time of confinement of the Covid- 19 in the year 2021.

Key words: Depression, anxiety, covid-19, pandemic, mental health.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
PALABRAS CLAVES	v
ÍNDICE DE FIGURAS	x
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1. Descripción de problema	12
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	16
2.7. Alcances y limitaciones	20
III. MARCO TEÓRICO	21
3.1. Antecedentes	21
3.2. Bases Teóricas	26
3.3. Identificación de las Variables	43
IV. METODOLÓGICA	47
4.1. Tipo y Nivel de investigación	47
4.2. Diseño de la Investigación	48
4.3. Operacionalización de variables	50
4.4. Hipótesis general y específicas	53
4.5. Población – Muestra	53

4.6.	Técnicas e Instrumentos: Validación y confiabilidad	54
4.7.	Recolección de datos	58
4.8.	Técnicas de análisis e interpretación de datos	59
V.	RESULTADOS	60
5.1.	Presentación de resultados – descriptivos	60
VI.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	80
6.1.	Análisis de los resultados – Prueba de Hipótesis	80
6.2.	Comparación de los resultados con antecedentes	81
	CONCLUSIONES	85
	RECOMENDACIONES	86
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
	ANEXOS	92
	Anexo 1: Matriz de consistencia	93
	Anexo 2: Instrumentos de Recolección de Datos	95
	Anexo 3: Instrumento de Recolección de Datos	98
	Anexo 4: Base de datos	99
	Anexo 5: Informe de Turnitin al 28% de similitud, se excluye referencias bibliográficas	102
	Anexo 6: Evidencia de consentimiento informado	104
	Anexo 7: Evidencias Fotográficas	105
	Anexo 8: Evidencia de encuestas realizadas	107

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de variables	50
Cuadro 2. Estadísticos generales de depresión	60
Cuadro 3. Estadísticos generales de ansiedad	60
Cuadro 4. Descripción de las frecuencias de los niveles de depresión	61
Cuadro 5. Descripción de las frecuencias de los niveles de depresión cognitiva	61
Cuadro 6. Descripción de las frecuencias de los niveles físico conductual	62
Cuadro 7. Descripción de las frecuencias de la dimensión afecto emocional.	63
Cuadro 8. Descripción de las frecuencias de la variable ansiedad	64
Cuadro 9. Descripción de las frecuencias de la dimensión cognitiva	65
Cuadro 10. Descripción de las frecuencias de la dimensión somática de la ansiedad	66
Cuadro 11. Prueba de Normalidad de variables	70
Cuadro 12. Prueba de normalidad de la dimensión depresión cognitiva y la variable ansiedad	70
Cuadro 13. Prueba de normalidad de la dimensión físico conductual y la variable ansiedad	71
Cuadro 14. Prueba de Normalidad de la Dimensión Afecto Emocional	71
Cuadro 15. Correlación entre Depresión y ansiedad	74
Cuadro 16. Correlación entre la dimensión cognitiva de depresión y la variable ansiedad	75

Cuadro 17. Correlación entre la dimensión físico conductual de la depresión y la variable ansiedad	77
Cuadro 18. Correlación entre la dimensión Afecto Emocional de la depresión y la variable ansiedad	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados en porcentajes de depresión	61
Figura 2. Resultados en porcentajes de depresión cognitiva	62
Figura 3. Resultados en porcentajes físico conductual	63
Figura 4. Resultados en porcentajes afecto emocional	64
Figura 5. Resultados en porcentajes de la variable ansiedad	65
Figura 6. Resultados en porcentajes de la dimensión cognitivo	66
Figura 7. Resultados en porcentajes de la dimensión somática	67

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 representa una emergencia sanitaria que afecta la salud física y mental, alterando el bienestar de individuos y comunidades. En la presente investigación nos enfocaremos en la depresión y ansiedad causadas por el confinamiento del Covid - 19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021.

Hoy en día se trata de promover el cuidado de la salud mental y bienestar de las personas causados por los altos índices de depresión, estrés, ansiedad, entre otras reacciones causados por la pandemia, sin embargo, también se ven reportes en niños ansiosos y púberes con un cuadro depresivo con presencia de autolesiones o en el peor de los casos con alerta de suicidio.

La rápida propagación de la enfermedad COVID-19, reta a diario no sólo al personal de primera línea, quienes tienen el trato directo con los pacientes y puedan detectar y aliviar el estado mental de las personas que acuden en su ayuda, sino reta también a la sociedad que se ve inmersa en las diferentes circunstancias que esta pandemia acarrea tales como: el desbordamiento de pacientes y escasez de equipos de protección personal en los diferentes centros de salud asistencial, el riesgo de infección, temor al contagio, información diversificada de esta enfermedad en el caso de contraerla, exposición a emociones negativas de algunos miembros de la familia, dilemas éticos y morales, estigmatización, entre otros.

Es con el transcurso de los meses que como resultado de la pandemia se observa síntomas ansiosos, depresivos y estrés en las personas de diferentes edades y estratos sociales. Es así la importancia de esta investigación para aportar posibles alternativas de solución y poder aliviar estos índices que afectan a nuestra sociedad actual.

Los Autores

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de problema.

Cada ser humano forma parte de una estructura familiar que representa su primer agente socializador, el cual brindará las primeras pautas de comportamiento que contribuirán a la formación de su personalidad, de esta forma la familia tendrá un rol fundamental en la construcción de una personalidad saludable y eficiente en el manejo de situaciones de conflicto y sobre todo en esta crisis actual, ya que al declararse el estado de emergencia, llevó al confinamiento de las personas siendo una nueva experiencia, lo que ha generado varias reacciones y circunstancias difíciles de manejar durante esta pandemia, tanto a profesionales sanitarios, cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado, servicios sociales, personal de funerarias, etc.

Al estrés normal de la labor de profesionales y ciudadanos en general, se ha añadido el esfuerzo personal de autorregulación para poder estar mejor, sobre todo en las labores asistenciales, ya que la sobredemanda en algunas zonas del país han colapsado, la falta de recursos humanos y la gravedad de la situación, la soledad y el aislamiento tanto de pacientes como sus familiares, e incrementándose la angustia de muchas personas con el fallecimiento de familiares, tal como señalan Alarcon & Cabrera, et al (2020), además indican que estas circunstancias pueden producir en un primer momento, respuestas de estrés agudo, que afectan a varios niveles caracterizados por: Nivel fisiológico: náuseas, fatiga, escalofríos, mareos, dolor de cabeza, taquicardia; Nivel emocional: ansiedad, miedo, irritabilidad, shock emocional; Nivel Cognitivo: hipervigilancia, pensamientos intrusivos, confusión; Nivel comportamental: incapacidad para descansar, comer o ingesta compulsiva, habla acelerada, gritos o irritabilidad, siendo consideradas respuestas normales, pero con el tiempo se pueden convertir en respuestas de estrés post-traumático.

En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud, (2020), la COVID-19 ha cobrado trágicamente más de 1,5 millones de vidas, siendo las personas que padecen de cardiopatías, diabetes y afecciones respiratorias más propensas a contraer esta enfermedad, siendo así factores adicionales y preocupantes, que ocasionan mayor ansiedad e incrementan la depresión, sumándose el grado de desesperanza que se escucha en los medios de comunicación. Según la Organización Mundial de la Salud, (2020), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 264 millones de personas, siendo una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y también contribuye a elevar la carga de morbilidad. En los países de ingresos bajos y medianos, los servicios de atención para el tratamiento están ausentes o desvalorados, estimándose que entre el 76% y el 85% de las personas que padecen trastornos mentales en estos países carecen de acceso a un tratamiento adecuado.

A nivel internacional, según Lozano, (2020) en estudios realizados en China, se observó que los problemas mentales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, ira, temor y negación en el personal de salud fue de 23,04% mayor en mujeres que en hombres, siendo más las enfermeras que los médicos y en la población en general el 53.8% el impacto psicológico fue de moderado a severo, un 16.5% en síntomas depresivos, un 28.8% en síntomas ansiosos y un 8.1% de estrés entre moderado y severo. Otros estudios del mismo país, indican que el 35% de estrés psicológico se presentan en los sub grupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. Así mismo la relación entre trastornos depresivos y de ansiedad no sólo tiene un correlato fisiopatológico, sino también clínico, donde Arango & Hernán, (2018), encontraron estudios, que indican que el 58% de los pacientes depresivos presentaban algún tipo de ansiedad y a la inversa, la presencia de depresión en pacientes con ansiedad fue del 56%, dejando evidencia inclusive que ambos se asocian al dolor crónico.

A nivel nacional, otro factor que incrementa el grado de depresión es el desempleo, en el caso del Perú, en el año 2019, según el Instituto Nacional de Estadística, (2019) se tiene que el 34.5 corresponde a varones y el 65.50 a mujeres. Definitivamente, estos valores se verían modificados por la pandemia COVID-19.

En el diario La República LR, (2021), especialistas del Hospital Larco Herrera del ministerio de salud, indicaron que aquellas personas que superaron la enfermedad COVID, no solo presentan secuelas físicas, sino también secuelas en su salud mental, presentando cuadros de ansiedad, depresión, memoria, dificultad para concentrarse y conciliar el sueño y desmotivación. Estos cuadros traen como consecuencia cambios a nivel conductual, siendo menos tolerantes e irritables. Se acciones explica que las alteraciones cognitivas causan ansiedad, ya que cuando una persona se reincorpora a sus actividades laborales y cotidianas, al no poder concentrarse como como lo hacían, les genera ansiedad, teniendo temor a perder su trabajo o quizás en los estudios al tener que repetir las asignaturas.

Según Andina/Difusión, (2021) respecto a la salud mental de los niños, se ha visto afectada por la pérdida de familiares, agregando que el Instituto nacional de salud del niño pudo identificar que de cada 10 niños, 2 perdieron a familiares o escuchado el fallecimiento de personas allegadas causándoles ansiedad y depresión, afectando sobre todo a niños entre 7 y 11 años y adolescentes entre 12 y 16 años.

A nivel Local, en la ciudad de Ica, los pacientes con coronavirus internados en el hospital regional de Ica, con el apoyo de los psicólogos, se implementaron medidas tecnológicas para que se puedan comunicar con sus familiares, uso de redes sociales y música incluyéndose música en vivo para mitigar la ansiedad y el estrés, como indica El comercio (2021).

De acuerdo a lo mencionado, es que surge el motivo de esta investigación, por observarse un déficit en la salud mental en nuestra sociedad, generando problemas de conducta, signos de depresión, estrés, que afectan no sólo al personal médico, sino a trabajadores en general, estudiantes en sus diferentes niveles de instrucción, ciudadanos de diferentes edades, nivel social y económico. A nivel mundial se han producido cambios profundos en la forma de entender la salud mental y los trastornos mentales, tanto en organizaciones como forma de afrontarlos.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021?

2.3. Preguntas de investigación específicas

P.E.1:

¿Existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021?

P.E.2:

¿Existe relación entre la dimensión física conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021?

P.E.3:

¿Existe relación entre la dimensión afecto emocional y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021?

2.4. Objetivo general

Establecer la relación entre la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021

2.5. Objetivos específicos.

O.E.1:

Determinar la relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021.

O.E.2:

Determinar la relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

O.E.3:

Determinar la relación entre la dimensión afecto emocional de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

2.6. Justificación e importancia

2.6.1. Justificación.

La presente investigación es de relevación social ya que permitirá conocer los niveles de depresión y ansiedad en época de COVID, aportando a las investigaciones ya realizadas y obtener resultados que permitan abordar y planificar estrategias acordes a nuestra realidad actual.

La importancia de este trabajo es analizar los niveles de ansiedad y depresión que los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña presentan en la actualidad, más aún cuando hubo un cambio brusco no sólo en su vida social y laboral, sino también para aquellos que estudian.

Por tal motivo, las variables de depresión y estrés se sustentarán en la presente investigación, mediante la descripción de cada una de ellas, poder identificar el nivel en que se encuentran los pobladores y poder tener una visión clara y objetiva, para a través de este estudio realizar ciertas recomendaciones que permitan mejorar su calidad de vida, no sólo en beneficio de cada individuo, sino como sociedad, mejorando su desempeño en lo familia, social y laboral. En este estudio nos centraremos en hallar la relación de manera general y en dimensiones específicas, sin embargo, posteriormente se podría generar otro tipo de investigaciones aplicando técnicas diferentes para optimizar los resultados y adecuarse a la realidad presente, ya que los cambios son constantes, pero sin duda, esperamos contribuir con este aporte para dar inicio a un cambio renovable y constante en beneficio de los pobladores y si es posible de la sociedad en general, en bien de nuestra comunidad y país.

Justificación Metodológica

Los instrumentos se validarán por expertos y de acuerdo a su juicio se determinará si son aptos para su utilización en la muestra escogida, en el caso de hallar alguna observación, se buscarán alternativas de solución a través de las recomendaciones mencionadas.

La viabilidad de la investigación para poder realizar el presente trabajo es que se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su correcto desarrollo.

Del mismo modo se cuenta con el tiempo necesario y el acceso por parte de los directivos de la Urbanización para obtener la información por parte de los habitantes y poder realizar el análisis correspondiente. No se encuentra ninguna dificultad referente a la viabilidad, más si serán encuestas anónimas, respetando la individualidad de los habitantes.

Justificación Práctica

Desde un enfoque práctico, podemos determinar el hecho que existen evidencias empíricas acerca del impacto de las experiencias emocionales a nivel fisiológico, disminuyendo las defensas del organismo, las cuales se traducen en vulnerabilidad a contraer cualquier tipo de enfermedad, duración de infecciones, retardo de cicatrización en heridas, cronicidad de malestares, entre otros. Por ello, es de vital trascendencia estudiar trastornos como la ansiedad y depresión; ya que un diagnóstico oportuno, es el primer paso para generar programas de intervención, que pueden ser de mucha utilidad para la recuperación de las personas, beneficiándolos esencialmente en la reducción del tiempo de hospitalización de ser el caso y consecuentemente todos los factores que perjudican y acarrear a las personas tras una enfermedad.

Justificación Teórico-Científico

La ansiedad y la depresión son trastornos psicológicos que prevalecen en nuestra sociedad, sobre todo en aquellas personas que llegan ingresar a un Centro de salud u hospitalario por su gravedad producto de la pandemia, afectando a los profesionales de primera línea en mayor grado, afectando la calidad de vida de las personas.

La búsqueda bibliográfica sobre variables relacionadas, señalan que las mujeres son más vulnerables y predispuesta que los varones a padecer depresión o ansiedad; sobre todo cuando existen antecedentes familiares, sin embargo, la literatura científica no es concluyente respecto a otros factores sociodemográficos y clínicos. Debido a ser un tema actual, a nivel nacional existen pocos estudios respecto a la pandemia COVID-19, por lo que este estudio se justifica desde un punto de vista teórico - científico, ya que con los datos obtenidos se podrá llenar un vacío de conocimientos sobre la depresión y ansiedad y sus factores asociados en contextos sanitarios.

Como aporte metodológico adicional, se utilizará un cuestionario que puede detectar y cuantificar la depresión y ansiedad hospitalaria, con ello se pretende motivar nuevos estudios que profundicen en el tema.

2.6.2. Importancia.

La presente investigación responde a escasas investigaciones entre la depresión y la ansiedad en los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito de Tinguña de la ciudad de Ica, por ello la importancia de poder hallar sustento teórico al planteamiento de la presente investigación, en función de la muestra que se ha elegido y conocer los indicadores para mejorar el nivel y calidad de vida de los habitantes, de nuestra ciudad y por ende de nuestra sociedad. La importancia de estudiar el impacto psicológico de personas en situación de emergencia con miras a implementar estrategias que reduzcan los efectos en la salud física y psíquica, además que sea un aporte para implementar estrategias de afrontamiento.

2.7. Alcances y limitaciones

2.7.1. Alcances

En la presente investigación, se contó con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su correcto desarrollo, además del tiempo y predisposición por parte de los habitantes para poder contestar las encuestas.

2.7.2. Limitaciones

Debido a que los pobladores tienen diferentes horarios de trabajo, al momento de acudir a sus hogares muchos no se encontraban en sus hogares, teniendo que regresar en diferentes horarios, además que puedan tener el tiempo sin que sean incomodados dentro de sus hábitos acostumbrados cuando permanecen en casa.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Al realizar una revisión de fuentes virtuales se ha podido ubicar trabajos que guardan relación directa e indirecta con cada una de nuestras variables, pero sus resultados van a diferenciarse notablemente, teniéndose en cuenta que la muestra objetiva se dedica a diferentes tipos de actividades y ámbitos, en contextos de empresas, organismos o instituciones que afecta el comportamiento y estado emocional de los individuos en diferentes niveles.

Internacionales

Arias y Herrero, (2020) realizaron la investigación ***”Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19”*** en Cuba, usando una metodología observacional descriptivo de corte transversal, en un consultorio médico perteneciente al policlínico docente “Jimmy Hitzel” de Bayamo, con una muestra de 197 personas, estudiando las variables ansiedad, depresión, estrés e idea suicida, aplicándose para la ansiedad el Inventario de ansiedad rasgo-estado y para la depresión se utilizó el inventario de depresión rasgo-estado pruebas psicológicas, obteniendo como resultado una prevalencia de ansiedad con un nivel alto de 30.96% y medio de 26.90%, respecto a la depresión se obtuvo un nivel medio de 36.54%, alto de 13.70% y medio de 12.20%, el 66.49% presento niveles de estrés alterado y el 98.47% no mostró idea suicida. No se reveló asociación entre el estrés, la ansiedad ($p=0,90$) y la depresión como rasgo y estado ($p=0,97$). Llegaron a la conclusión que las personas estudiadas presentan alteraciones psicológicas de ansiedad y depresión, altos niveles de estrés y sin idea suicida.

Etxebarria et al., (2020) realizaron la investigación **“Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España”**, en la Comunidad Autónoma Vasca, con una muestra de 976 personas, con una metodología exploratorio descriptiva de tipo transversal, usando un cuestionario Google Form, con la escala DASS-21. Como resultado se obtuvo medias superiores en estrés, ansiedad y depresión entre 18 y 25 años, seguidos de 26 a 60 años y finalmente, la media en las tres dimensiones es inferior de los mayores de 60, por lo tanto, los resultados obtenidos demuestran que el 14.9% reportó tener alguna enfermedad crónica y un 85.1% de la muestra no padece de ninguna enfermedad crónica los niveles de sintomatología han sido bajos en general, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de la población.

Sailema, (2021) realizó la investigación **“La depresión en adultos mayores por COVID-19 durante la emergencia sanitaria”** en la República del Ecuador, la depresión en adultos mayores por COVID-19, durante la emergencia sanitaria, con una metodología de investigación de enfoque mixto y cuantitativo, de tipo descriptivo, para una población de 5374 personas de los países de México, Perú, Argentina, Ecuador, Cuba y España. La metodología que se aplicó es el meta-análisis en donde se estableció criterio inclusión y exclusión para la selección de las investigaciones. Dentro de los principales hallazgos que se obtuvieron edad promedio de los adultos mayores de 71 años, el 49% eran del género masculino y el 51% femenino, obteniéndose como resultado que el 25% manifiesta un nivel severo de depresión, 31% moderado, 16% leve y sin depresión el 28%.

Patiño, (2021) realizó la investigación **“Niveles de ansiedad y depresión en la práctica docente por confinamiento”**, tomándose como muestra a 112 docentes (88 mujeres, 23 hombres), en edades comprendidas entre 22 hasta los 63 años, con un método de investigación de tipo cuantitativo, inductivo – deductivo, la medición de las variables se realizó mediante la escala de Hamilton (1960).

Los resultados demuestran que, aun cuando los niveles de sintomatología fueron bajos en la mayor parte de la población, los docentes más jóvenes han alcanzado puntajes más altos en la escala mencionada, así mismo, las puntuaciones más altas de ansiedad y depresión corresponden a los docentes de primaria; seguido por los docentes de pre-primaria, quienes presentan un nivel mínimamente inferior; dejando en último lugar a los docentes de secundaria quienes presentan niveles casi nulos en las escalas.

Trunce y Villarroel, (2021) realizaron su investigación **“Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios”** para determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de primer año de las áreas de salud, relacionándolos con el rendimiento académico, utilizando una metodología de diseño cuantitativo, explorativo, no experimental, descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística de 186 estudiantes de una universidad pública del sur de Chile, del departamento de salud, aplicándose la versión abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés DASS – 21. Los resultados obtenidos determinaron que el 29.00% de estudiantes presenta algún trastorno asociado a la depresión, el 53.20 % a ansiedad y el 47.80% a estrés, concluyéndose que existe una asociación entre el rendimiento académico con la variable ansiedad, pero no así con los trastornos estrés y depresión.

Nacionales

Anchante y Chaparro, (2021) realizaron la investigación **“Ansiedad y depresión por cuarentena en deportistas de la ciudad de Arequipa, 2021”**, para determinar qué relación existe entre la depresión y ansiedad de los deportistas de la ciudad de Arequipa, 2021, usando un estudio descriptivo correlacional de diseño metodológico no experimental de corte transversal.

Conformada por una muestra de 35 deportistas en un rango de 18 a 35 años de edad de diferentes disciplinas teniendo como resultado que el 54,3% de los deportistas presentan depresión mínima y el 28,6% presentan ansiedad mínima y moderada.

Concluyendo que existe una correlación positiva baja entre depresión y ansiedad en deportistas de la ciudad de Arequipa. Esta investigación aporta mucho a nuestro trabajo debido a que tiene las variables ansiedad y depresión con un enfoque relacional, de la misma manera tiene un método de investigación similar al de este trabajo.

Llanos, (2020) realizó la investigación **“Nivel de Ansiedad en usuarios por descarte Covid-19, Lima 2020”**, usando una metodología de enfoque cuantitativo, básica, de nivel descriptivo, experimental, de diseño descriptivo simple a una muestra de 202 usuarios asistentes al Centro Médico Naval, usando como técnica el Cuestionario de ansiedad de Beck, obteniendo como resultados que el 6% presentan niveles mínimos de ansiedad, el 38% un nivel leve y el 49% nivel moderado y grave 8%. Concluyeron que los usuarios tienen un nivel moderado de ansiedad en usuarios que asisten a descarte de covid-19.

Vasquez, (2020) realizó su investigación **“Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020”** la cual tuvo como objetivo identificar la incidencia y relación de las variables ansiedad, depresión y estrés laboral en un grupo de trabajadores del hospital Cayetano Heredia durante pandemia del covid-19, usando una metodología de enfoque cuantitativo, básico no experimental, descriptivo correlacional conformada por una población y muestra de 45 trabajadores con una edad promedio de 34 años.. La técnica aplicada fue la encuesta haciendo uso de la escala de ansiedad y depresión de Hamilton y el test de estrés laboral de Hock como instrumentos para esta investigación.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el 51,1% de los trabajadores presentan un nivel de ansiedad menor, el 31,1% no presento ansiedad, el 17,8% presento nivel de ansiedad manifiesta. Referente a la variable depresión, se obtuvo como resultado un 46,7% no presento depresión, el 26,7%manifiesta un nivel de depresión ligera y el 17,8% un nivel de depresión moderada. Concluyendo que no existe correlación significativa entre las tres variables en sus dimensiones cognitivas, sin embargo, existe relación en el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad. Esta investigación aporta mucho a nuestro trabajo ya que relaciona las variables depresión y ansiedad, así como su incidencia dentro del marco de confinamiento por covid-19, además posee una metodología muy similar y una población parecida a la de nuestra investigación.

Luque, (2020) en su tesis, ***Ansiedad y depresión en pacientes post COVID-19 Hospital Carlos Monge Medrano 2020***, usando una metodología no experimental, prospectiva y transversal, con una muestra 61 pacientes, quienes respondieron la encuesta de escala psicopatológica depresiva (EPD-6) y escala de ansiedad de Lima de 8 ítems, encuestas realizadas vía telefónica. Los resultados obtenidos fueron que la frecuencia de ansiedad y depresión antes de la pandemia era de 1.6% y 13.1% respectivamente, lo cual se incrementa hasta 63.9% de depresión y 50.8% de ansiedad tras haber padecido la enfermedad, concluyéndose que los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes post COVID-19 que recibieron tratamiento hospitalario se incrementan considerablemente con respecto al valor observado antes de la pandemia.

Gonzales, (2020), en su tesis, ***“relación entre los niveles Ansiedad y Depresión según la Escala de Hamilton en el contexto de la pandemia de Covid-19 en estudiantes universitarios, Arequipa 2021”***, con una muestra de 300 estudiantes universitarios, con un enfoque cuantitativo, básico no experimental, con un nivel descriptivo, de diseño descriptivo simple y corte transversal, aplicando las escalas de ansiedad de Hamilton (14 Ítems) y la escala de depresión de Hamilton (17 Ítems). Se asocian variables con la prueba de independencia Chi cuadrado.

Como resultados obtuvieron que el 82.7% de estudiantes universitarios de las 3 áreas (Biomédicas, Ingenierías y Sociales) de Arequipa 2021, en el contexto de COVID-19, tiene síntomas de ansiedad, siendo leve o menor en 30,7% y mayor en 52%. El 59% de estudiantes universitarios presentan síntomas de depresión, moderados en 18%, severos en 8.3% y muy severos en 5.7%. Se muestra que el Rho de Spearman correlacional evidencia un valor de P igual a 000, por lo que se establece que existe una relación entre ansiedad, depresión y características socioeconómicas en estudiantes universitarios. El valor de P igual a 0,002 revela que existe una asociación entre los niveles de depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios. Concluyeron que la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión es alta en los estudiantes y se relaciona a factores sociodemográficos.

3.2. Bases Teóricas

La revisión bibliográfica es amplia respecto a los efectos en la salud mental y física del Covid-19, ya que esta pandemia está causando diversas secuelas en las personas, ya sea que hayan contraído la enfermedad, sean portadores o inmunes.

3.2.1. Ansiedad

3.2.1.1. Definición de la ansiedad:

Para García y Fernandez, (2016) al referirse a la ansiedad como un síntoma se refiere a un estado de ánimo centrado en la emoción del miedo, mientras que cuando se habla de ansiedad como síndrome se está refiriendo a un conjunto de síntomas covariantes, tales como estado de ánimo ansioso, evitación de situaciones u objetos, preocupación exagerada, insomnio, tensión muscular excesiva, taquicardias, irritabilidad, entre otros.

Núñez & Ortiz, (2010) definen a la ansiedad como la emoción que caracteriza por la aprensión de síntomas somáticos de tensión cuando una persona anticipa un peligro, catástrofe o desgracia, acelerándose la respiración, los músculos se tensan y el corazón late con rapidez. (Pag.94).

Según Hernández, (2019), la ansiedad son las sensaciones corporales de malestar, en su origen, son un mecanismo de alerta que activa el cerebro para buscar un equilibrio nuevo, pero los mecanismos usados para evitarle suelen crear una nueva ansiedad y un mal mayor que el que se pretende evitar (Pag.28)

3.2.1.2. Tipos de ansiedad.

Para Núñez & Ortiz, (2010), detallan varios tipos de ansiedad, pero los relacionados a nuestro tema de investigación, podríamos mencionar:

- Ansiedad ante la muerte, es provocada por la angustia e inseguridad por los recuerdos y pensamientos propios. Las investigaciones realizadas con escalas de auto reporte, sugieren que la mayoría de las personas tienen un nivel de ansiedad por la muerte de bajo a moderado.
- Ansiedad básica, caracterizada por tener la sensación de haber sido desamparado, abandonado y puesto en riesgo en un mundo hostil, tal es así que ante el fallecimiento o el abandono de padres o familia que dependan los infantes, las defensas contra la ansiedad básica y la hostilidad pueden producir necesidades y tendencias neuróticas, como una actitud sumisa, la necesidad de dominar a los otros o de alejarse de las relaciones.
- Ansiedad crónica, por la actual pandemia, podríamos deducir que debido al tiempo de duración, las personas podrían sufrir de ansiedad crónica, por ser un estado persistente y generalizado que incluyen preocupaciones incontrolables.

- Ansiedad estado, es respuesta a una situación específica que se percibe como amenazadora o peligrosa, esta puede variar en cuanto a la intensidad y fluctúa en el tiempo.
- Ansiedad neurótica, que se caracteriza en un conflicto inconsciente y de naturaleza inadaptada, que tiene un efecto perturbador en la emoción y el comportamiento. La ansiedad neurótica contrasta con la ansiedad realista, sobre un peligro o amenaza externo, y con la ansiedad moral, que es la culpa que según se plante, se origina en el superyó.
- Ansiedad flotante, que es una sensación difusa, desazón y aprehensión que no se dirige a ninguna situación u objeto específico, puede ser característico del trastorno de ansiedad generalizada.

3.2.1.3. Niveles de Ansiedad

Según Y. Sanchez, (2015), la ansiedad se puede clasificar en diferentes grados que son: leve, moderada, grave y de pánico, las cuales tienen diferentes características en cuanto a la intensidad y el tipo de incidencia sobre la reacción de los individuos que pueden ser fisiológicas, cognitivos y de comportamiento, las cuales se detallan:

Ansiedad Leve: Se presenta cuando la persona es consciente de su estado, enfocando su energía a lo que percibe y le causa ansiedad, llamada también ansiedad ligera o benigna. Las características fisiológicas son: respiración entrecortada, frecuencia cardiaca elevada, tensión muscular, síntomas gástricos leves tics facial y temblor de labios.

Ansiedad Moderada: Su campo de percepción se ve limitado y poco dominio de la situación, pero si se le hace notar la situación puede prestar atención. Las características fisiológicas son: respiración acelerada y entrecortada, incremento de frecuencia cardiaca, sequedad bucal, descomposición estomacal, diarrea, anorexia, estreñimiento, temblor, tensión muscular, intranquilidad, sobresaltos exagerados, dificultad para relajarse y dormir.

Ansiedad Grave: No tiene capacidad para prestar atención a su campo de percepción inclusive así otra persona se lo haga notar, centrando su atención en muchos detalles dispersos distorsionando la realidad, teniendo dificultades para aprender, poca visión periférica y secuencia lógica ante una serie de eventos. Las características fisiológicas son: dificultad para respirar con sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimiento muscular involuntario, temblor corporal y terror en su expresión.

3.2.1.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de la ansiedad se clasifican igualmente en niños, adolescentes y adultos, sólo variando por la frecuencia de algunos síntomas y características en función de la edad, según la DSM - 5 (AP, 2013), señala los siguientes trastornos de ansiedad (sin tomar en cuenta aquellos causados por una condición médica o al uso de sustancias): trastorno de angustia sin agorafobia, con agorafobia, agorafobia sin historia de angustia, generalizada, fobia no específica, fobia social y trastorno de ansiedad por separación (García & Fernandez, 2016).

Dada la pandemia que se está viviendo, y según la clasificación expuesta, podríamos ubicar como una posible secuela en las personas dentro del trastorno de ansiedad generalizada, ya que se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones, tales como en el ámbito escolar o deportivo, acontecimientos catastróficos, la familia; por ejemplo el divorcio, la situación financiera o la salud; por ejemplo la muerte, coger una enfermedad.

Teniendo en cuenta la clasificación de DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), los trastornos de ansiedad se pueden clasificar:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de pánico.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Fobia social (o trastorno de ansiedad social)
- Fobias específicas y
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección
- Otros trastornos de ansiedad no específico.

Siendo para la DSM-5 los trastornos de ansiedad más frecuentes el generalizado, fobia social y fobias específicas.

Cada trastorno de ansiedad tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas se agrupan alrededor del temor o pavor irracional y excesivo. (Instituto Nacional de la Salud Mental - NIMH, 2009).

3.2.1.5. Teorías de la ansiedad:

Para Hernández, (2019) la ansiedad e incluso ataque de pánico son producidas cuando las personas en su infancia no ha existido un apego seguro, tal que así que si en el futuro se presentan eventos estresantes que desborden sus estrategias de afrontamiento se produce una fuerte ansiedad (pag.50), es decir, que si durante la infancia, el niño ha tenido experiencias negativas, los circuitos cerebrales relacionados con la ansiedad y el miedo podrían sobre activarse, lo que dificultaría el proceso natural de maduración y de regulación emocional

durante el resto de la vida, en la edad adulta aumentan las probabilidades de sentir miedo o ansiedad en las relaciones sociales o de pareja.

Para García & Fernandez, (2016), se ha avanzado mucho en la identificación de los factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales implicados, factores que no operan en forma aislada, sino interactúan para desarrollar un trastorno de ansiedad. También señala que puede ser debido a un proceso de condicionamiento clásico, condicionamiento interoceptivo (aparentemente no saben la causa), aprendizaje vicario, otro tipo de aprendizaje es la transmisión de información negativa sobre los estímulos temidos a través de comentarios, historias, etc., que relatan las personas significativas, causando mayor ansiedad sobre todo en niños. Una vez instaurada las respuestas de ansiedad. A continuación, detalla algunas teorías:

- **Teoría de los dos factores de Mowrer.**

Explica que la ansiedad se reduce cuando se evita o desaparece el estímulo temido, siendo un proceso de reforzamiento negativo, pudiendo ser recompensado por otras personas con un reforzamiento positivo, por ejemplo la conducta compulsiva de lavarse las manos por el pensamiento de contagiarse de gérmenes. En las personas se puede ver incrementada la ansiedad por estilos educativos o pautas de crianza de los padres, ambiente sociocultural, el temperamento de la persona, características cognitivas o conductuales de la personalidad u otras características hereditarias.

- **Teoría cognitiva de la depresión de Beck.**

En su investigación señala que las creencias o actitudes disfuncionales que forman esquemas cognitivos negativos son el origen remoto de los trastornos de ansiedad, que producen síntomas de ansiedad y explicarían su mantenimiento o exacerbación, algunos de estos factores son las distorsiones o sesgos, los pensamientos voluntarios automáticos relacionados con la amenaza o daño, peligro y la sensación de vulnerabilidad.

- **Modelo de psicopatología de Barlow (2000).**

Propone la existencia de tres conjuntos de vulnerabilidades que interactúan entre sí y contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad:

- a) Conjunto de vulnerabilidades biológicas para desarrollar cualquier trastorno emocional en general, con componente genético, con características de neuroticismo, afecto negativo, inhibición conductual, etc.
- b) Conjunto de vulnerabilidades psicológicas específicas para desarrollar un tipo de ansiedad en particular, por ejemplo trastorno de angustia, obsesivo-convulsivo o fobia social.
- c) Conjunto de vulnerabilidades psicológicas generalizadas, que se situarían entre las biológicas y psicológicas específicas, que hacen referencia a una falta de control, sensación de incontrolabilidad o indefensión en posibles amenazas, peligros futuros o acontecimientos futuros negativos.

3.2.1.6. Relación de Ansiedad con Depresión.

En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), se detalla que los trastornos depresivos, se puede o no presentar con ansiedad, definiendo la ansiedad con la presencia de dos o más síntomas durante la mayoría de días de una depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia): se siente nervioso o tenso, inquieto, dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones, miedo a futuro nefasto, sensación de perder el control de sí mismo, considerando leve; dos síntomas, moderado; tres síntomas, moderado o severo; cuatro o cinco síntomas, grave; cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

3.2.1.7. Dimensiones de la ansiedad.

Para Ruiz, (2013), existen las siguientes dimensiones:

Ansiedad Cognitiva: Se entiende por una reacción a nivel mental causada por expectativas negativas sobre el éxito o por autoevaluación negativa en la tarea a realizar.

Ansiedad Somática: Es el conjunto de reacciones a nivel fisiológico derivados de la anterior, tales como tensión muscular, aumento de frecuencia cardíaca, sudoración y malestar en el estómago.

También Ruiz, (2013), menciona que existe una tercera dimensión que es la autoconfianza, normalmente, los dos primeros estados de ansiedad se correlacionan significativa y positivamente pero significativa y negativamente con la autoconfianza.

3.2.2. Depresión

3.2.2.1. Definición de depresión.

López et al., (2016) definen la depresión como estado emotivo de actividad psicofísica baja, caracterizado por sentimientos intensos de tristeza, culpa, falta de energía e interés en actividades cotidianas, además de un autoconcepto bajo y problemas alimenticios. Puede presentarse en todas las formas de demencia antes del deterioro cognitivo y además de observarse como consecuencia de alteraciones fisiológicas en el cerebro (Pag.56).

Núñez y Ortiz, (2010) indica que la depresión es la fluctuación del estado de ánimo normal que va de la desdicha y descontento a un sentimiento externo de tristeza, pesimismo y desaliento.

Para Cosacov, (2007) es la afección en la que se pierde el interés por actividades que anteriormente le suscitaba interés, percibiéndose el futuro como una montaña de problemas insolubles o una reiteración de sufrimiento inconducente, sin embargo mucho va a depender de la persona. Un caso extremo de depresión endógena se llamaría melancolía (también llamado trastornos afectivos) como cuadro psiquiátrico, caracterizado por la desvitalización y abandono extremo, llegando a convertirse en psicosis. La depresión también se muestra encubierta, pudiendo ser depresión ansiosa, pérdida de interés en actividades que antes le resultaba interesantes, irritabilidad, desvalorización o sobredimensionamiento de los problemas o circunstancias que se le presenten (p.88).

Según Ander-Egg, (2016) señala que la depresión es un trastorno psicopatológico que se considera una alteración afectivo conductual, caracterizada por sentimientos negativos que se manifiestan tanto en el cuerpo como en la mente (p.42).

Por último, García & Fernandez, (2016) señala que la depresión debe diferenciarse como síntoma, síndrome y trastorno. La depresión como síntoma, se refiere a una tristeza patológica, valorándose la frecuencia, intensidad y duración, estando presentes en trastornos psicológicos y en muchas condiciones médicas. La depresión como síndrome, se refiere al conjunto de síntomas que aparecen y desaparecen, pudiendo ser tristeza, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga, sentimiento de inutilidad y culpa, enlentecimiento psicomotor, insomnio, ideas de suicidio, falta de apetito, pérdida de peso y dificultad para concentrarse. La depresión como trastorno, es decir síndrome depresivo, especificándose ciertos parámetros de duración (mínimo dos semanas), gravedad (el síndrome incluye cinco síntomas), curso o historia natural y disfuncionalidad. (p.120)

3.2.2.2. Tipos de depresión.

Para Núñez & Ortiz, (2010), detallan varios tipos de depresión, pero los relacionados a nuestro tema de investigación, podríamos mencionar los siguientes:

- Depresión agitada, episodio en que predominan inquietud e irritabilidad.
- Depresión anaclítica, es la depresión dependiente: tristeza intensa y disforia que surgen de la interrupción en el cuidado, la privación, temor en la pérdida de amor, abandono y empobrecimiento, sobre todo cuando es un infante, ya que tiene poca capacidad para la frustración y desea ser tranquilizado de manera directa e inmediata.
- Depresión autónoma, episodio de depresión mayor que no ocurre en respuesta a algún estresor psicosocial evidente, llamada también depresión endógena, cuya causa es biológica o genética.
- Depresión reactiva, episodio depresivo mayor, ocasionado por un suceso o situación angustiante ya sea por causas profesionales o relación sentimental, llamada también depresión exógena.

Para Ander-Egg, (2016), señala sólo dos tipos de depresivos:

- Endógenos o melancólicos: son estados permanentes sin causa externa aparente, desarrollándose el cuadro depresivo en pocos días manifestándose con cansancio, tristeza y sueño, pudiendo haberse desencadenado por la muerte de un ser querido, ruptura amorosa, fracaso profesional o quiebra económica. Otra manifestación es el dolor moral considerado irremediable e irreversible. En algunos casos de depresión profunda y total, puede existir las intenciones de suicidio.
- Exógenas o neuróticos: se presenta cuando se desencadena por causas externas o situaciones angustiantes, acentuándose al anochecer, también se manifiesta cuando la persona permanece acostado o sentado inmovilizado (p.42).

De acuerdo a la guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-5 (2013), la depresión es clasificada de acuerdo a la severidad, clasificada como leve, moderada o grave, sin embargo, la duración del estado de ánimo es una característica clave para determinar la severidad y tipo de depresión. Existen varios tipos de trastornos depresivos, pero los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico, los cuales también se encuentran detallados en el DSM-IV (Garlati, 1995) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1999) y son:

- **El trastorno depresivo grave.**

También llamado trastorno depresivo mayor o depresión unipolar, caracterizado por la presencia durante al menos dos semanas consecutivas y la mayor parte del día con estado de ánimo triste o irritable, pérdida de interés por las actividades que antes era placenteras (anhedonia), además también experimentan al menos 4 síntomas de una lista de siete que son: cambios de apetito (incapacidad para tener el peso apropiado a la edad), cambios de sueño (insomnio o hipersomnia), cambios en la actividad psicomotora (agitación o enlentecimiento), falta de energía, sentimientos de culpa o infravaloración, dificultad para concentrarse, pensar, tomar decisiones, pensamientos de muerte y suicidio. Para determinar además si es un trastorno depresivo mayor, se aconseja especificar si representa un episodio único o recurrente.

- **El trastorno distímico o distimia.**

Se caracteriza por mantener durante un periodo mayor a un año tristeza o irritabilidad prácticamente a diario y adicionalmente, al menos dos de los siguientes seis síntomas: baja autoestima, desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el ritmo de sueño, falta de energía y dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Las características nombradas pueden variar de intensidad por dos años, luego desaparecen en periodos que no suelen durar más de dos meses. Hay que tener en cuenta que algunas características pueden ser levemente diferentes a las descritas o pueden desarrollarse bajo determinadas circunstancias (Garlati, 1995).

3.2.2.3. Causas de la depresión:

Algunos estudios realizados respecto a las causas de la depresión determinan que muchas personas tienen mayor predisposición biológica a la depresión, como herencia familiar, debido a que no tienen ningún factor desencadenante que lo provoque, explicando que es una consecuencia de la alteración de algunas sustancias químicas en el cerebro, tal es así que la norepinefrina, la serotonina y la dopamina son tres neurotransmisores que permiten que las neuronas se comuniquen entre sí, y cuando hay poca cantidad de estas sustancias en el cerebro se produce la depresión (Ander-Egg, 2016, p43).

Hernández, (2019) describió tres situaciones en la infancia que pueden ser predictores de depresión en la edad adulta:

1. Cuando uno o los dos padres fallecen, y el niño percibe que no tiene control.
2. Cuando el niño es incapaz de crear un vínculo afectivo con sus cuidadores.
3. Cuando el niño recibe el mensaje de que no merece amor ni es valorado, interiorizando estos esquemas como parte de su personalidad.

También señala que la rabia es una sensación de impotencia y frustración de la que la persona se culpa y la rabia la dirige a sí mismo (P.339).

Dependiendo del tipo de depresión, al ser considerada un trastorno disruptivo del estado de ánimo, siendo la característica principal la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan a la capacidad funcional de las personas, el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico, tal es así que los síntomas incluidos por Beck, continúan siendo relevantes con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), que considera como criterio diagnóstico del trastorno depresivo mayor cumplir con 5 o más de los siguientes síntomas en un periodo de dos semanas y representen un cambio de vida:

- 1) Estado de ánimo triste parte del día o casi todos los días.
- 2) Disminución de interés en las actividades que antes eran placenteras.
- 3) Pérdida o aumento de peso
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5) Retraso o agitación psicomotor casi todos los días.
- 6) Pérdida de energía
- 7) Sentimientos de inutilidad o culpabilidad exagerada
- 8) Dificultad para pensar o concentrarse, tomar decisiones
- 9) Pensamientos de muerte recurrente, suicidio o intento de suicidio.

Otro factor a tomar en cuenta es que los síntomas causan deterioro en lo social, laboral u otras actividades, además que los efectos fisiológicos no se pueden atribuir a sustancias u efectos de otra afección médica.

3.2.2.4. Teorías de la depresión.

Para García & Fernandez, (2016), señala que existen factores de riesgo que se refieren a causas psicológicas, biológicas y ambientales y que la combinación de todos ellos causan la depresión, pero también señala que existen teorías que le atribuyen más a alguno de estos factores, los cuales nombra:

- Factores y modelos biológicos.

Si bien es cierto se señala que la causa es por los desequilibrios en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina, la causa de estos desniveles bioquímicos podría deberse en respuesta a factores ambientales, tales como acontecimientos estresantes tales como: muerte de un ser querido, separación, cambios de ambiente, rechazo social o enfermedad grave. Inclusive señala que en el caso de los niños, tienen tres veces más probabilidades de desarrollar depresión si los padres lo sufrieron.

- Factores y modelos psicológicos.

Entre los factores psicológicos menciona: las actitudes disfuncionales o creencias irracionales; ya que según la “teoría cognitiva de la depresión de Beck”, forman en la persona o niño esquemas cognitivos a través de los cuales percibe, interpreta y recuerda la realidad que se reflejan en ciertos errores sistémicos que son la forma en que se procesa la información del entorno: interferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, personalización, maximización u minimización y pensamiento dicotómico y absolutista. Es así que se atiende selectivamente, magnificando la información negativa e ignorando o minimizando la positiva, formando así la “triada cognitiva negativa o depresiva”.

- Modelos integradores

Señala que aparece la depresión tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes ya sean crónicos o puntuales, afectando sobre todo a los niños y adolescentes, tales como: depresión de los padres, malas relaciones matrimoniales, relación ineficiente entre padres e hijos, fallecimiento de algún miembro de la familia.

Según García & Fernandez, (2016) menciona la teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson Cols (1978), donde señala que sobre todo niños y adolescentes tienden a pensar que la causas de los sucesos negativos que les sucede está en ellos mismos, culpándose, llamándolo “estilo atribucional depresivo” ya que les provoca desesperanza e indefensión y consecuentemente depresión. Otro estilo que menciona es el “estilo atribucional de la desesperanza”, donde se realiza una interpretación fatalista de los problemas o situaciones que ocurren. Otra teoría es la teoría cognitivo-conductual de la depresión de Lewinsohn (1974) consistente en un déficit en las conductas de autocontrol y el estilo de respuesta rumiativo, donde primero las personas reaccionan pensando en su pasado, presente y futuro negativamente, exacerbando el estado de ánimo deprimido, en segundo lugar la actividad rumiativa les impide soluciones efectivas a los problemas y en tercer lugar también les impide socializar.

Cuando se comparan las principales teorías sobre la depresión (la teoría cognitivo-conductual de Lewinsohn, la teoría cognitiva de Beck, la teoría de la desesperanza y el modelo biológico), el desacuerdo no alcanza sólo a su historial, sino también a las causas próximas que son el producto de su interacción con el estrés y consecuentemente la depresión.

3.2.2.5. Modelos de la depresión según Beck, (2008) .

Propone tres modelos:

- Modelo transversal de depresión: caracterizado por sueños en temas de pérdida, derrota, rechazo y abandono además de expresarse con autoevaluaciones negativas de manera exagerada y dramática ocasionando la depresión. Estas personas tienen actitudes o creencias disfuncionales muy cargadas sobre sí mismos, que eliminaban el proceso de información y producían el sesgo cognitivo negativo, que conducía a los síntomas de la depresión, estas actitudes disfuncionales hipersalientes conducen a creencias negativas de sí mismos, su mundo personal y el futuro, además también les ocasionan tristeza, desesperanza, la pérdida de motivación, conductas regresivas como retraimiento social e inactividad.

- Modelo de desarrollo de la depresión, inicialmente nombra al modelo de vulnerabilidad cognitiva, que se presenta en aquellas personas que sufrieron una pérdida parental en la infancia, sensibilizando a una persona ante una pérdida posteriormente ya sea en la adolescencia o edad adulta, también ocasionada por la reactivación cognitiva debido a música o actividades que les trae recuerdos penosos.

- Modelo de vulnerabilidad genética, que explica que gracias a los avances tecnológicos en genética y neuroimagen funcional han permitido demostrar que las variaciones genéticas y su impacto en el funcionamiento neuronal juegan un rol importante en la hiperactividad a las experiencias negativas que conducen a la depresión.

3.2.2.6. Niveles de depresión.

Tal como se describe en el DSM-V, (American Psychiatric Association, 2014), describe los siguientes niveles:

Nivel depresivo Leve: Cuando presente al menos dos o tres síntomas de: humor depresivo la mayor parte del día o una duración de dos meses, pérdida de interés en actividades que previamente le interesaban y disminución de energía o agotamiento.

Nivel depresivo moderado: Cuando presenta cuatro o más síntomas de la depresión, limitando a la persona que pueda realizar actividades habituales.

Nivel depresivo grave: caracterizado por autoestima baja, sentimientos de culpa, ideas de suicidio y otros, teniendo ocho síntomas que caracterizan el trastorno de depresión.

3.2.2.7. Depresión y covid19.

En China se realizó un estudio en marzo del 2020 comparando la ansiedad y la depresión en el caso del personal médico y administrativo en el contexto de la pandemia, encontrándose que el personal con trato directo con pacientes con COVID, tenía más desordenes psicológicos que el personal administrativo, considerando las posibles causas el exceso de carga laboral , deficiencia de equipos de protección y el temor de llevar el virus a sus hogares (Olaz & Medrano, 2014)

3.2.2.8. Dimensiones de la depresión.

Según Mejía, (2020) establece para medir la depresión tres dimensiones o áreas, que son:

Dimensión cognitiva, está referida con los ítems de tristeza, pesimismo, pensamiento suicida, desvalorización.

Dimensión física conductual, que está relacionada con las conductas de indecisión, autocrítica, sentimientos de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto

Dimensión afecto emocional, se relaciona con los síntomas de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos, sueño, irritabilidad, cambios de apetitos, dificultad de concentración, cansancio y pérdida de interés en el sexo.

3.3. Identificación de las Variables.

Las variables son:

Variables 1 : Depresión

Variable 2 : Ansiedad

Estas variables se procederán a definir y también mencionar términos relacionados que se consideran importantes para la presente investigación.

Depresión: Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de ira, inutilidad, culpa, tristeza indefensión y desesperanza profundos, que aparece acompañada de varios síntomas tales como perturbaciones de sueño y alimentación, pérdida de iniciativa, autocastigo, abandono, inactividad y la incapacidad para el placer (Zarragoitía, 2011, p.5).

Ansiedad: Es el estado de alerta por una exageración de peligro no identificado, que produce una elevada alteración del sistema nervioso, acompañado de sentimientos de angustia y miedo, activándose diferentes partes de nuestro cuerpo para actuar frente a lo que se considera amenaza o peligro.(Ander-Egg, 2016, p.23)

Distimia: Es una depresión crónica de escasa gravedad, de más de dos años de evolución, que no es continuación de una depresión mayor, se inicia por una pérdida significativa, suele tener una personalidad alterada con situaciones estresante muy duraderas, limitándose sólo en parte la vida social de la persona (Zarragoitía, 2011).

Confinamiento: Es el aislamiento temporal y generalmente impuesto a una población, persona o grupo por razones de salud o de seguridad (Asociacion de academias de la Real Lengua Española, 2020).

Covid-19: La OMS (2019) lo define como una enfermedad infecciosa derivada del coronavirus SARS-CoV2. Este nuevo virus y toda su sintomatología eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. American Thoracic Society (2020), menciona que la Covid-19 es diferente del SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente); ya que su sintomatología incluye: tos seca, fiebre mayor a los 38°, dificultad para respirar, fatiga, diarrea, pérdida del olfato y del gusto.

Trastorno distímico: Es otra forma clínica de nombrar la depresión, a partir del DSM-III, publicado en su tercera edición en 1981, también llamándolo trastorno depresivo mayor (Zarragoitía, 2011).

Cognición: Es la actividad y capacidad de conocimiento, proceso mediante el cual la información se recibe, selecciona, transforma y organiza por parte del

sujeto cognoscente, generando algún tipo de conocimiento (Ander-Egg, 2016). En este sentido los procesos cognitivos dependen tanto de las capacidades sensoriales como del sistema nervioso central.

Aislamiento: Es la condición de ser separado de otros individuos Núñez & Ortiz, (2010), en el caso de la pandemia sería una estrategia para evitar el contagio o aislar a las personas que se han enfermado, considerando inclusive a personas con síntomas compatibles con COVID-19.

Estrés: Es la reacción por la cual el organismo se coloca en estado de máxima alerta, generando una serie de modificaciones psicofísicas para afrontar diferentes situaciones de demanda (Cascardo & Resnik, 2016).

Felicidad: Para Núñez y Ortiz, (2010) es la emoción positiva, reacción emocional con la se expresa un afecto positivo, que se alcanza cuando uno a alcanzado una meta, alivio cuando se ha evitado un peligro o la satisfacción cuando uno está a gusto con el estado actual de las cosas. Cada persona de acuerdo a su personalidad y carácter puede manifestar la felicidad de maneras muy distintas, al ser subjetiva, puede ser causas por innumerables situaciones, se vincula con la motivación y el bienestar.

Conductismo: Para Núñez & Ortiz, (2010) es una corriente psicológica que se centra en el estudio de la conducta humana, limitándose al análisis de los fenómenos observables y operacionales, rechazando la introspección; sólo es válido científicamente, lo que se puede medir, cuantificar y operacionalizar, es decir, prioriza lo objetivo por encima de lo subjetivo.

Motivación: Es el estado interior que impulsa la conducta para el logro de una meta u objetivo determinado. Es una combinación de elementos y factores que están activamente presentes en la conciencia del ser humano, tales como

procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que encausan la energía del individuo para realizar algo (Ander-Egg, 2016).

Habilidad: Es la capacidad para hacer con destreza una actividad, trabajo u oficio pudiendo ser natural o desarrollada con el entrenamiento o práctica (Ander-Egg, 2016). Es el grado de competencia de una persona frente a un objetivo determinado.

Personalidad: Configuración de características y comportamiento que comprende la adaptación del individuo a su entorno social, que incluye rasgos, intereses, pulsiones, valores, auto concepto, capacidades y patrones emocionales. Esta es moldeada por las tendencias hereditarias y constitucionales, madurez física, e identificación con individuos y grupos significativos, es decir el ambiente intrapsíquico, físico y social (Núñez y Ortiz, 2010).

IV. METODOLÓGICA

La presente investigación, se realizó desde un enfoque cuantitativo, esto debido a que se buscó medir las variables depresión y ansiedad en un determinado contexto, tal como es el aislamiento social preventivo por COVID 19, siendo un problema de estudio delimitado y concreto, tal como se señaló en el capítulo del marco teórico y los datos a obtenerse se ajustan a la verdad, siguiendo un patrón predecible y estructurado, el análisis de las mediciones numéricas será obtenido utilizando métodos estadísticos, de estos datos se extraerá una serie de conclusiones respecto a las hipótesis planteadas inicialmente. (R. Hernández, 2014).

4.1. Tipo y Nivel de investigación.

En cuanto al nivel correlacional, Hernández (2014) plantean que “tienen como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular”. De esta forma, una vez que se midieron en forma conjunta las variables objeto de estudio, se procedió a evaluar la relación existente entre ellas, de manera cuantitativa, a través del cálculo del coeficiente de correlación; y de manera cualitativa, a través del análisis de los resultados obtenidos, permitiendo predecir el comportamiento de una variable si se conoce el de la otra.

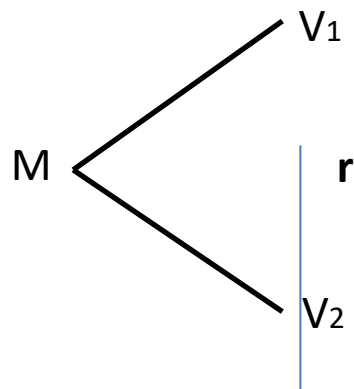
Según su finalidad, la investigación es de tipo básico, puro o teórico ya que este tipo de investigación, según Sanchez y Reyez, (2006) busca poner a prueba una teoría, pero que no va a resolver problemas, orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos sin una finalidad práctica específica e inmediata. Busca principios y leyes científicas, pudiendo organizar una teoría científica.

4.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es no experimental, ya que las mediciones se hicieron sin intervenir las variables gestión del conocimiento y efectividad de equipos auto dirigidos. Al respecto, Hernández (2014) afirma que la investigación no experimental es la “que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos”.

Finalmente, la investigación se orienta en el diseño no experimental de naturaleza transversal o transeccional que según Hernández (2014) “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. De esta forma, para recolectar la información sobre las variables depresión y ansiedad, se realizó una medición única que permitió recolectar la información necesaria para analizarlas y correlacionarlas en función de sus dimensiones e indicadores. Podemos concluir que el diseño de investigación a utilizar será no experimental y transversal.

El diseño de la investigación se puede representar de la siguiente manera:



Donde:

- M : Son los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito de Tinguña
- V₁ : Variable Depresión
- V₂ : Variable Ansiedad
- r : Posibles correlaciones entre las dos variables

4.3. Operacionalización de variables.

Cuadro 1. Operacionalización de variables

TÍTULO: Depresión y ansiedad por el confinamiento del covid -19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021”								
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE 1								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
DEPRESION	Cuantitativo Categorica	Rodriguez & Farfán, (2013), refiere a Beck (1983), quien conceptualiza la depresión como el estado de ánimo donde el individuo es atrapado por pensamientos distorsionados, ponen en riesgo su salud psíquica y en el caso de adolescentes, sufren estrés, siendo más vulnerables en su	La variable depresión se define mediante dimensiones e indicadores en el inventario de depresión de Beck II: somático motivacional y cognitivo afectiva con sus respectivas puntuaciones, rangos y niveles para su interpretación, en una encuesta tipo Likert.	D.1: Somático - motivacional	Cuando presenta tristeza, pesimismo, pensamientos de suicidio y desvalorización	Ítems (4): 1,2,9,14	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima • Leve • Moderada • Grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima 0-3 • Leve 4-6 • Moderada 7-9 • Grave 10-12
				D.2: Cognitivo afectiva	Cuando presenta indecisión, culpa, autocrítica, sentimientos de fracaso, disconformidad, autocastigo y pérdida de placer	Ítems (08): 3,4,5,6,7,8,10, 13	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima • Leve • Moderada • Grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima 0-6 • Leve 7-12 • Moderada 13-18 • Grave 19-24
				D.3: Afecto emocional	Agitación, pérdida de interés y energía, cambio de hábitos de sueño, apetito,	Ítems (9): 11,12,15,16, 17,18,19,20 y 21	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima • Leve • Moderada • Grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima 0-7 • Leve 8-14 • Moderada 15-21 • Grave 22-27

		adaptación al medio			concentración y anhedonia			
--	--	---------------------	--	--	---------------------------	--	--	--

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 2								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Ansiedad	Cuantitativa Categorica	Es el estado de alerta por una exageración de peligro no identificado, que produce una elevada alteración del sistema nervioso, acompañado de sentimientos de angustia y miedo, activándose diferentes partes de nuestro cuerpo para actuar frente a lo que se considera amenaza o peligro. (Ander-Egg, 2016, p.23)	Es el estado emocional que se ocasiona por la percepción de un supuesto peligro o amenaza que se manifiesta mediante cambio somáticos y psíquicos	D.1: Dimensión Cognitiva o psíquica	1. Humor ansioso 2. Tensión 3. Miedos 4. Insomnio 5. Funciones intelectuales 6. Humor depresivo 14. Comportamiento durante la entrevista	Ítems (7): 1,2,3,4,5,6 y 14	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Moderado • Elevado 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 0-07 • Moderado 8-14 • Elevado 15-22
				D.2: Dimensión somática	7 y 8. Síntoma somáticos generales 9. Síntomas cardiovasculares 10. Síntomas respiratorios 11. Síntomas gastrointestinales	Ítems (7): 7,8,9,10, 11,12,13	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Moderado • Elevado 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 0-07 • Moderado 8-14 • Elevado 15-22

					12.Síntomas genitourinarios 13.Síntomas del sistema nervioso autónomo			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

4.4. Hipótesis general y específicas

4.4.1. Hipótesis General

Existe relación entre la depresión y ansiedad con respecto al confinamiento del covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

4.4.2. Hipótesis Específica 1:

Existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

4.4.3. Hipótesis Específica 2:

Existe relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

4.4.4. Hipótesis Específica 3:

Existe relación entre la dimensión afecto emocional de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

4.5. Población – Muestra

4.5.1. Población.

El universo de estudio se encuentra definido por la total población de habitantes adultos de la urbanización villa club del Distrito de Tinguíña de la ciudad de Ica, en el año 2021 el cual cuenta con un global de 75 habitantes, siendo de tipo finito y accesible para realizar la presente investigación.

4.5.2. Muestra

La muestra de la investigación es censal, no probabilístico, se trabajará con la población total 75 habitantes adultos de la urbanización villa club del Distrito de Tinguíña-Ica

Criterios de Selección.

Criterios de inclusión.

- Ser habitantes de la Urbanización Villa club del Distrito de Tinguíña.
- Con edades desde 18 años a más.
- Se considerará a los habitantes de ambos sexos, sin distinción del estado civil.

Criterios de exclusión.

- Pobladores que no deseen ser parte de la investigación.
- Cuestionario con ítems en blanco o mal contestados.
- Adultos mayores que no saben leer o escribir.

4.5.3. Muestreo.

Es un muestreo no probabilístico y de tipo intencional.

En este contexto, (R. Hernández, 2014) señala que las características de los elementos muestrales tendrán valores muy aproximados a los valores de la población, ya que las mediciones y análisis del subconjunto, serán estimaciones muy precisas del conjunto mayor (p. 191)

4.6. Técnicas e Instrumentos: Validación y confiabilidad.

4.6.1. Técnica

Para obtener los datos en la investigación, tanto para la variable uno; depresión, y la variable dos; ansiedad se utilizó la “encuesta”, como técnica de recolección de datos teniendo enfoques cuantitativos, siendo su aplicación a través de cuestionarios dirigidos a los habitantes de la Urbanización Villa club del Distrito de Tinguíña de la ciudad de Ica.

4.6.2. Instrumentos de investigación.

Como instrumentos de recolección de datos, se utilizó para la variable depresión el Inventario de depresión de Beck II y para la variable ansiedad la evaluación de Ansiedad de Hamilton.

VARIABLE 1: Depresión.

Ficha Técnica

- Nombre : Inventario de depresión de Beck II(BDI-II)
- Autor : Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1961, 1971)
- Adaptación : Beck (1996), Jesús Sanz y Camelo Vásquez
- Adaptación en Perú: Barreda (2019)
- Validado por : Rodríguez & Farfán, (2013)
- Categoría : Instrumento de información
- Administración : Individual y colectiva
- Tiempo : De 5-10 Minutos.
- Aplicación : Mayores de 13 años en adelante.
- Material : Papel y lápiz.
- Finalidad : Identificación de personas deprimidas y determinar la intensidad de la misma.
- Ámbitos : Psicología clínica, forense y neuropsicología
- Descripción del instrumento: 21 Items agrupado en 3 dimensiones
- Dimensiones e indicadores:

Dimensiones	Items
a) Depresión cognitiva	1,2,9,14
b) Físico conductual	3,4,5,6,7,8,10,13
c) Afecto emocional	11,12,15,16,17,18,19,20,21

- Puntuaciones del Cuestionario de depresión de Beck

1Dimensiones	Cog	Mínima	Leve	Moderada	Grave
Cognitiva	(0-12)	(0-03)	(04-06)	(07-09)	(10-12)
Física Conductual	(0-24)	(0-06)	(07-12)	(13-18)	(19-24)
Afecto Emocional	(0-27)	(0-07)	(08-14)	(15-21)	(22-27)

- Valoración final : Rodriguez & Farfán, (2013)

VARIABLE	Rango de Puntuación	Mínima	Leve	Moderada	Grave
Depresión	(00-84)	(00-21)	(22-42)	(43-63)	(64-84)

- Validez y confiabilidad

Rivera, (2014) realizó la evaluación de las propiedades psicométricas del inventario de Depresión de Beck en un muestra probabilística estratificada de 869 estudiantes de una universidad en Huancayo, alcanzando una adecuada correlación en todos los ítems, contribuyendo homogéneamente en la formación del puntaje total de la depresión, confirmando la validez del constructo. Así mismo Barreda, (2019), realizó el estudio de validez y confiabilidad, obteniendo como resultados la confiabilidad por consistencia interna alta (.93) semejante a la de estudios realizados en otros contextos y una validez del instrumento aceptable.

Ojeda et al., (2003), menciona a Reynolds y Gould en 1981 confirman un modelo de tres factores que corresponde a los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos del síndrome de depresivo, los mismos que fueron estudiados por Foelker en 1987.

VARIABLE 2: Ansiedad.

Ficha Técnica

- Nombre : Escala de ansiedad de Hamilton
- Autor : Hamilton M, et al.
- Adaptación : Lobo A, et al.
- Validado por : Lobo A, Chamorro L, et al y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad (Lobo et al., 2002).

- Categoría : Instrumento de información
- Administración : Individual y colectiva
- Tiempo : De 10-30 Minutos.
- Aplicación : Adultos
- Material : Papel y lápiz.
- Finalidad : Es útil para determinar el nivel de ansiedad y/o motorizar la respuesta a tratamiento.
- Ámbitos : Psicología clínica, forense y neuropsicología
- Descripción del instrumento: 14 Items agrupado en 2 dimensiones
- Escala de Medición:

AFIRMACIONES	PUNTAJE
A. Nunca	0
B. Algunas veces	1
C. Regular	2
D. Casi siempre	3
E. Siempre	4

- Dimensiones e indicadores:

Dimensiones	Items
a) Cognitiva o psíquica	1,2,3,4,5,6,14
b) Somática	7,8,9,10,11,12 y 13

- Puntuaciones de la Evaluación de Ansiedad de Hamilton.

Dimensiones	Rango de Puntuación	Mínima	Leve	Moderado	Elevado
Cognitiva o Psíquica	(0-28)	(0-07)	(08-14)	(15-21)	(22-28)
Somática	(0-28)	(0-07)	(08-14)	(15-21)	(22-28)

- Valoración final

VARIABLE	Rango de Puntuación	Mínima	Leve	Moderada	Grave
Ansiedad	(00-56)	(00-14)	(15-28)	(29-42)	(43-56)

- Validez y confiabilidad.

Según la validación de Lobo et al., (2002) quien realizó su investigación basada en 108 pacientes con trastorno de estados de ánimo y a 106 pacientes con trastorno de ansiedad en 10 centros de asistencia psiquiátrica demostró la validación y confiabilidad de la versión es español del test de ansiedad de Hamilton, llegando a la conclusión que presenta buenas propiedades psicométricas en su versión es español, por lo que resulta apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica.

4.7. Recolección de datos.

Para la recolección de información a través de los cuestionarios, se realizó las siguientes acciones:

- Se solicitó permiso al presidente de la junta vecinal.
- Se realizó la coordinación con la junta directiva de la urbanización.

- Nos apersonamos a cada domicilio, con las medidas de seguridad y protección, manteniendo la distancia y se explicó a las personas adultas inicialmente el motivo e importancia de la presente investigación para la comunidad, solicitando su permiso y consentimiento para la aplicación de los cuestionarios.
- Una vez obtenidos los resultados, estos se vaciarán a la base de datos del Programa Microsoft Excel 2014, para luego exportar al programa IBM SPSS versión 26, donde se realizará los procedimientos estadísticos correspondientes.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos.

Para llevar a efecto el presente trabajo de investigación, se recurrió a tesis de registros electrónicos, trabajos de investigación, revistas científicas y libros digitales como libros físicos. Para la técnica de levantamiento de información o datos, se utilizó como técnica la encuesta, siendo su aplicación a través de cuestionarios dirigido a los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito de Tinguña – Ica.

Para la comprobación de la hipótesis principal haremos estudio de correlación, para lo cual realizaremos un estudio de normalidad con el coeficiente de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Si obtenemos una distribución normal usaremos la prueba paramétrica de correlación de Pearson y si es lo contrario, la no paramétrica de Spearman. Del mismo modo se procederá al análisis de las hipótesis específicas de la una a la tres.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados – descriptivos

Para esta investigación, presentaremos los principales resultados obtenidos de acuerdo a las evaluaciones realizadas a las 75 personas encuestadas. Iniciaremos con la presentación de los estadísticos generales de ambas variables, luego la descripción por sus dimensiones de las variables depresión y ansiedad.

Cuadro 2. Estadísticos generales de depresión.

	N	Media	DE
Depresión Cognitiva	75	3.20	1.38
Físico conductual	75	6.07	2.81
Afecto emocional	75	6.28	4.10
Depresión	75	15.55	4.97

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3. Estadísticos generales de ansiedad.

	N	Media	DE
Cognitiva	75	12.24	4.74
Somática	75	23.61	5.51
Ansiedad	75	24.69	8.04

Cuadro 4. Descripción de las frecuencias de los niveles de depresión.

Categoría	Frecuenc	Porcentaje
Mínimo	66	88,00 %
Leve	9	12,00 %
Moderado	0	0.00%
Grave	0	0
Total	75	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

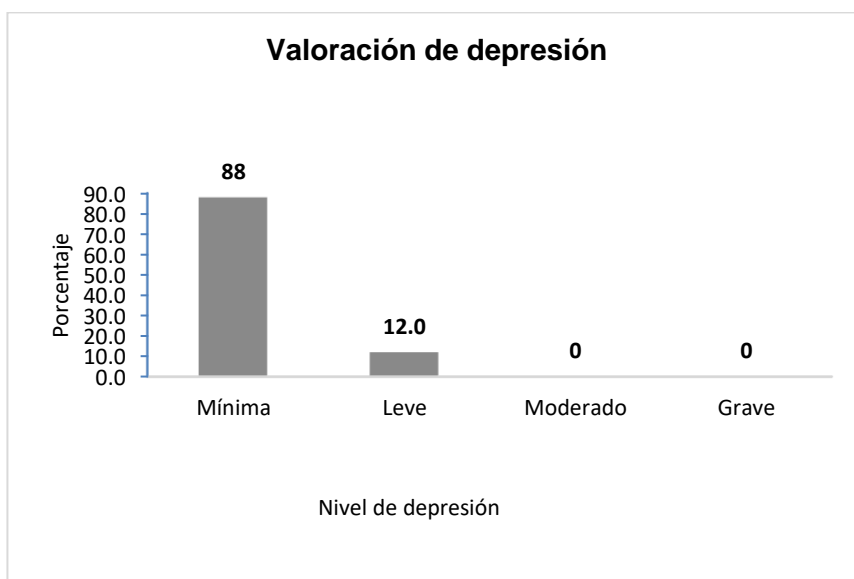


Figura 1. Resultados en porcentajes de depresión.

Cuadro 5. Descripción de las frecuencias de los niveles de depresión cognitiva

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	47	62,70 %
Leve	28	37,30 %
Moderado	0	0.00%
Grave	0	0
Total	75	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

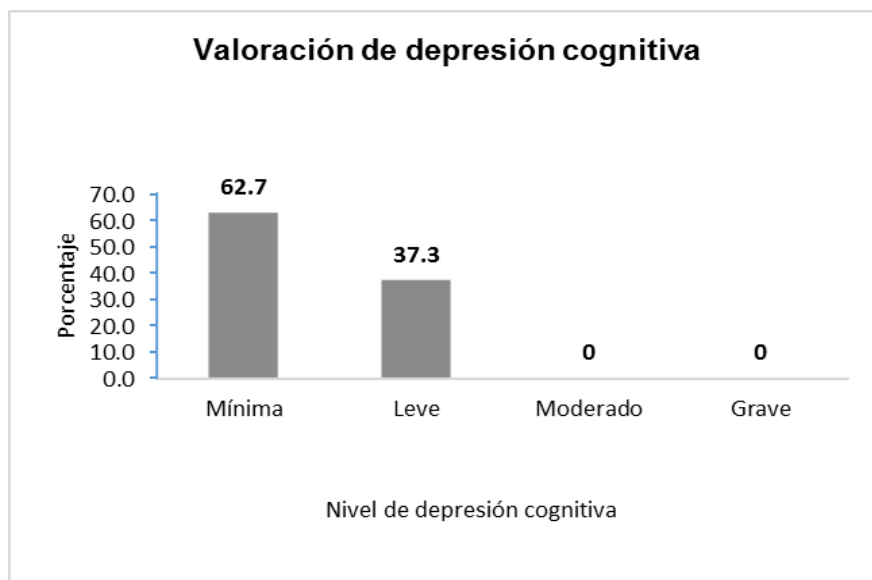


Figura 2. Resultados en porcentajes de depresión cognitiva

Cuadro 6. Descripción de las frecuencias de los niveles físico conductual.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	44	58.70 %
Leve	30	40.00 %
Moderado	1	1.30%
Grave	0	0
Total	75	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

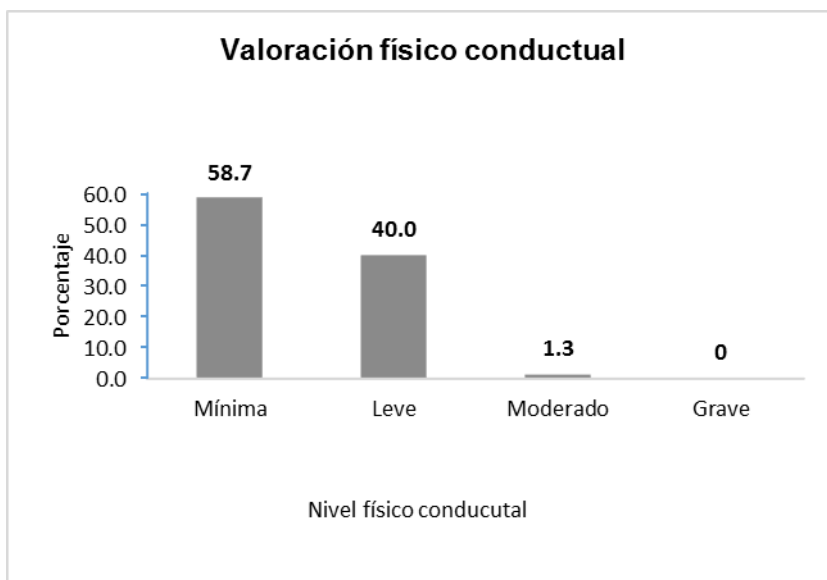


Figura 3. Resultados en porcentajes físico conductual

Cuadro 7. Descripción de las frecuencias de la dimensión afecto emocional.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	48	64.70 %
Leve	54	32.00 %
Moderado	2	2.70%
Grave	1	1.30%
Total	75	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

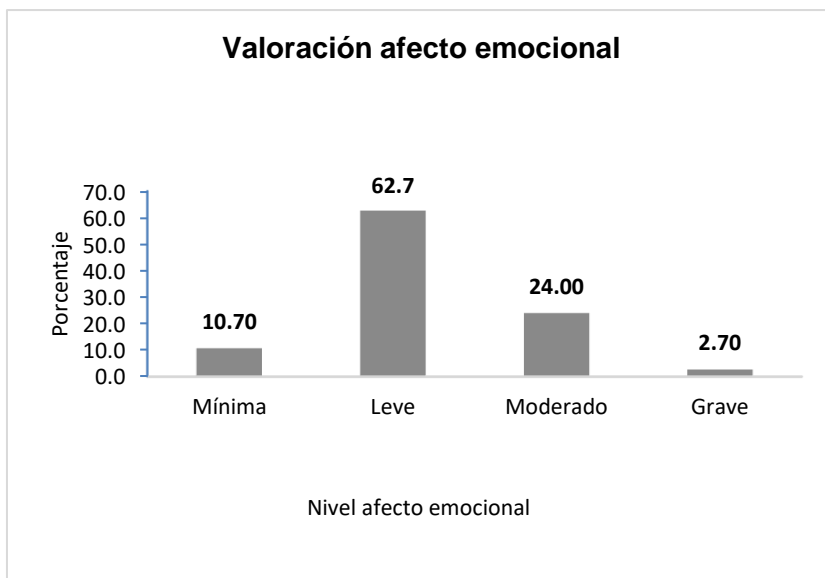


Figura 4. Resultados en porcentajes afecto emocional

Cuadro 8. Descripción de las frecuencias de la variable ansiedad.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	08	10.70 %
Leve	47	62.70 %
Moderado	18	24.00%
Grave	2	2.70%
Total	75	100,00 %

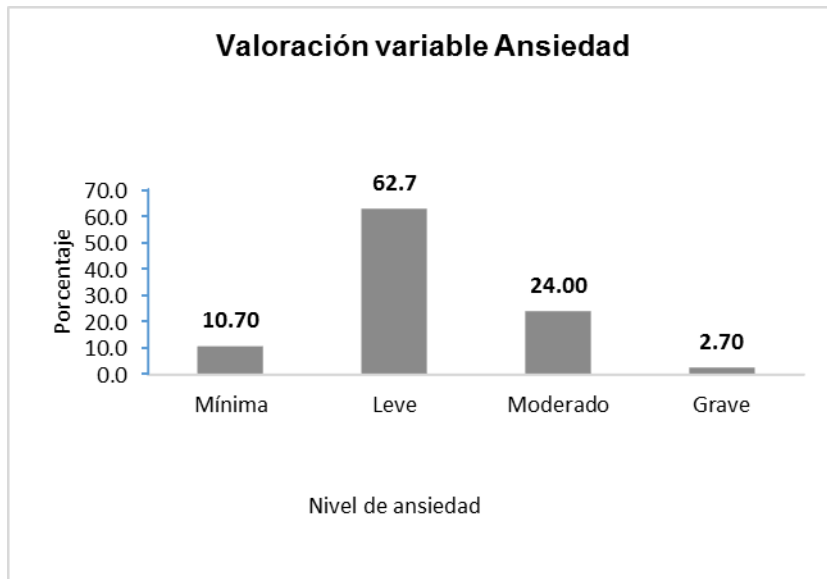


Figura 5. Resultados en porcentajes de la variable ansiedad.

Cuadro 9. Descripción de las frecuencias de la dimensión cognitiva.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	15	20.00 %
Leve	37	49.30 %
Moderado	20	26.70%
Grave	3	4.00%
Total	75	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

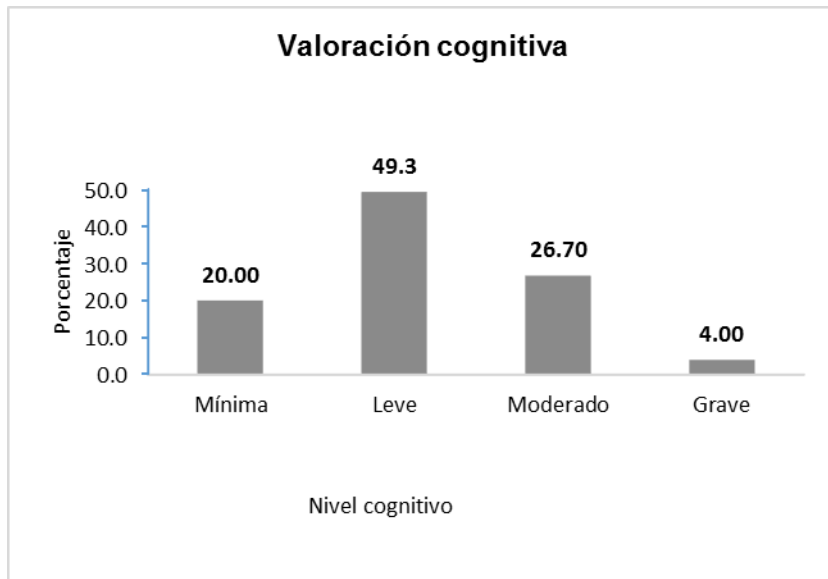


Figura 6. Resultados en porcentajes de la dimensión cognitivo.

Cuadro 10. Descripción de las frecuencias de la dimensión somática de la ansiedad.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	00	0.00 %
Leve	03	4.00 %
Moderado	25	33.30%
Grave	47	62.70%
Total	75	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

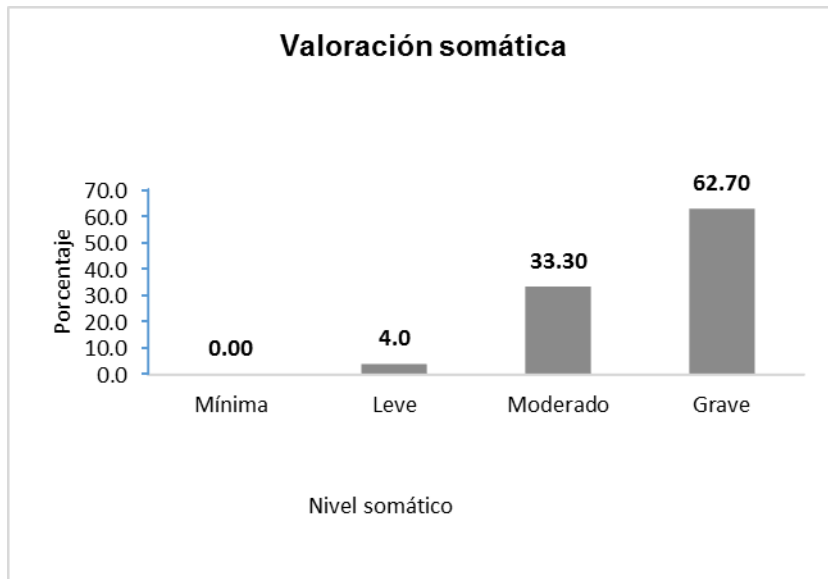


Figura 7. Resultados en porcentajes de la dimensión somática.

5.2 Interpretación de resultados:

En el Cuadro 2, se observa los estadísticos principales de depresión y sus respectivas dimensiones, la media obtenida y la desviación estándar. En el caso del puntaje global de depresión se tiene que la media es igual a 15.55 con una desviación estándar de 4.97, lo que indica que la población encuestada se ubica en una categoría mínima de depresión.

En el Cuadro 3, se observa los estadísticos principales de ansiedad y sus respectivas dimensiones, la media obtenida y la desviación estándar. En el caso del puntaje global de ansiedad se tiene que la media es igual a 24.69 con una desviación estándar de 8.04, lo que indica que la población encuestada se ubica en una categoría leve de ansiedad.

En el Cuadro 4 y Figura 1, se observa que un 88.00% (66/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en depresión en un nivel “mínimo”, seguido del 12.0% (09/75) en un nivel “Leve” y ningún habitante se ubicó en el nivel moderado o grave. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel mínimo de depresión por parte de los habitantes encuestados.

En el Cuadro 5 y Figura 2, se observa que un 62.70% (47/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en depresión en un nivel “mínimo”, seguido del 37.30% (28/75) en un nivel “Leve” y ningún habitante se ubicó en el nivel moderado o grave. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel mínimo de depresión cognitiva por parte de los habitantes encuestados.

En el Cuadro 6 y Figura 3, se observa que un 58.70% (44/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en una valoración físico conductual en un nivel “mínimo”, seguido del 40.00% (30/75) en un nivel “Leve” y 1.30% (1/75) se ubicó en el nivel moderado y cero habitantes en grave. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel mínimo en la dimensión físico conductual de la depresión cognitiva por parte de los habitantes encuestados.

En el Cuadro 7 y Figura 4, se observa que un 64.00% (48/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en una valoración afecto emocional en un nivel “mínimo”, seguido del 32.00% (54/75) en un nivel “Leve”, 2.70% (2/75) se ubicó en el nivel moderado y 1.30% (1/75) habitantes en grave. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel mínimo en la dimensión afecto emocional de la depresión por parte de los habitantes encuestados.

En el Cuadro 8 y Figura 5, se observa que un 62.70% (47/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en una valoración de ansiedad en un nivel “leve”, seguido del 24.00% (18/75) en un nivel “Moderado”, 10.70% (8/75) se ubicó en el nivel mínimo y 2.70% (2/75) habitantes en grave. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel leve en la variable ansiedad por parte de los habitantes encuestados.

En el Cuadro 9 y Figura 6, se observa que un 20.00% (15/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en una valoración afecto emocional en un nivel “mínimo”, seguido del 49.30% (37/75) en un nivel “Leve”, 26.70% (20/75) se ubicó en el nivel moderado y 4.00% (3/75) habitantes en grave. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel leve en la dimensión cognitivo de la ansiedad por parte de los habitantes encuestados.

En el Cuadro 10 y Figura 7, se observa que un 62.70% (47/75) habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña- Ica, se ubicaron en una valoración afecto emocional en un nivel “grave”, seguido del 33.30% (25/75) en un nivel “Moderado”, 4.00% (3/75) se ubicó en el nivel leve y ningún habitante calificó en nivel “mínimo”. Por lo tanto, podemos determinar que existe un nivel grave en la dimensión somática de la ansiedad por parte de los habitantes encuestados.

PRUEBA DE NORMALIDAD

Cuadro 11. Prueba de Normalidad de variables.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresion	0.077	75	,200*
Ansiedad	0.094	75	,166

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Considerando que la base de datos es mayor a 30 registros, se utilizó el estadístico Kolmogorov Smirnov. Tal como indica el Cuadro 11, como el nivel de significancia ,200 >0,05, nos indica que se trata de una distribución no normal, por lo tanto los datos promedio de calificación se ajustan a una distribución no paramétrica, utilizando la prueba R de Pearson.

Cuadro 12. Prueba de normalidad de la dimensión depresión cognitiva y la variable ansiedad.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresion Cognitiva	0.184	75	,000
Ansiedad	0.094	75	,166

Interpretación.

Considerando que la base de datos es mayor a 30 registros, se utilizó el estadístico Kolmogorov Smirnov. Tal como indica el Cuadro 13, como el nivel de significancia ,000 <0,05 en depresión cognitiva y en ansiedad ,166>0.05, al ser resultados diferentes, nos indica que se trata de una distribución no normal, por lo tanto los datos promedio de calificación se ajustan a una distribución no paramétrica, utilizando la prueba R de Pearson.

Cuadro 13. Prueba de normalidad de la dimensión físico conductual y la variable ansiedad.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Físico conductual	,115	75	,016
Ansiedad	,094	75	,166

Interpretación.

Considerando que la base de datos es mayor a 30 registros, se utilizó el estadístico Kolmogorov Smirnov. Tal como indica el Cuadro 15, como el nivel de significancia ,016 <0,05 en físico conductual y en ansiedad ,166>0.05, al ser resultados diferentes, nos indica que se trata de una distribución no normal, por lo tanto los datos promedio de calificación se ajustan a una distribución no paramétrica, utilizando la prueba R de Pearson.

Cuadro 14. Prueba de Normalidad de la Dimensión Afecto Emocional

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Afecto Emocional	,116	75	,014
Ansiedad	,094	75	,166

Interpretación.

Considerando que la base de datos es mayor a 30 registros, se utilizó el estadístico Kolmogorov Smirnov. Tal como indica el Cuadro 17, como el nivel de significancia ,014 <0,05 en la dimensión afecto emociona conductual y en la variable ansiedad ,166>0.05, al ser resultados diferentes, nos indica que

se trata de una distribución no normal, por lo tanto los datos promedio de calificación se ajustan a una distribución no paramétrica, utilizando la prueba R de Pearson.

Prueba de Hipótesis

- **De la Hipótesis General.**

- 1. Formulación de la hipótesis.**

H₀: No existe relación entre la depresión y ansiedad con respecto al confinamiento del covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

H_a: Existe relación entre la depresión y ansiedad con respecto al confinamiento del covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

- 2. Elección del nivel de significancia (α).**

Dado que el trabajo corresponde a una investigación de las ciencias sociales, el nivel de significancia elegido es $\alpha=0,05$ por lo tanto:

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05, se rechaza la H₀

Si p valor > 0.05, se acepta la H₀

- 3. Selección de la prueba estadística.**

Al probarse que nuestros datos tienen una distribución normal, usaremos la prueba estadística paramétrica de Pearson.

- 4. Cálculo de valores.**

El determinar el valor de significancia nos permite conocer si usaremos una prueba paramétrica o no paramétrica, es así que si el valor p es menor a 0,05 la distribución es no normal y se usa el estadístico Rho de Spearman, pero si el valor p es igual o mayor a 0,05 se usa un estadístico paramétrico, siendo r de Pearson que nos permitirá analizar la relación entre las variables.

Cuadro 15. Correlación entre Depresión y ansiedad

		Depresión	Ansiedad	
Correlacion de Pearson	Depresion	Correlación de Pearson	1	0.015
		Sig. (bilateral)		0.900
	N	75	75	
de Pearson	Ansiedad	Correlación de Pearson	0.015	1
		Sig. (bilateral)	0.900	
	N	75	75	

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro 12, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson es igual a 0.015, con un coeficiente de significancia $0.900 > 0.05$, que significaría que se acepta la H_0 y rechazamos la H_a

5. Decisión estadística y conclusión.

Se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig}=0.90$) es mayor que el nivel de confianza $p=0.05$ por lo tanto, se acepta la hipótesis nula H_0 , por lo que se determina que no existe una relación entre las variables depresión y ansiedad y al obtener una correlación de 0.015, se ratifica la no existencia de correlación.

- **Hipótesis específica 1.**

1. Formulación de la hipótesis.

H_0 : No existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

Hi: Existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.

2. Elección del nivel de significancia (α).

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05, se rechaza la H0

Si p valor > 0.05, se acepta la H0

3. Selección de la prueba estadística.

Al probarse que nuestros datos tienen una distribución no normal, usaremos la prueba estadística no paramétrica de Spearman.

4. Cálculo de valores.

Cuadro 16. *Correlación entre la dimensión cognitiva de depresión y la variable ansiedad*

			Depresión	Ansiedad
Rho	Depresion cognitiva	Coefficiente de correlación	1	,110
		Sig. (bilateral)		,347
		N	75	75
de Spearman	Ansiedad	Coefficiente de correlación	,110	1
		Sig. (bilateral)	,347	
		N	75	75

En el Cuadro 14, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson es igual a 0.110, con un coeficiente de significancia $0.347 > 0.05$, que significaría que se acepta la H0 y rechazamos la Ha.

5. Decisión estadística y conclusión.

Se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig}=0.347$) es mayor que el nivel de confianza $p=0.05$ por lo tanto, se acepta la hipótesis nula H_0 , por lo que se determina que no existe una relación entre la dimensión depresión cognitiva y ansiedad y al obtener una correlación de 0.110, significaría que existiría una correlación positiva muy débil.

• **Hipótesis específica 2.**

1. Formulación de la hipótesis.

H_0 : No existe relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

H_1 : Existe relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.

2. Elección del nivel de significancia (α).

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si $p \text{ valor} < 0.05$, se rechaza la H_0

Si $p \text{ valor} > 0.05$, se acepta la H_0

3. Selección de la prueba estadística.

Al probarse que nuestros datos tienen una distribución no normal, usaremos la prueba estadística paramétrica de Rho Spearman.

4. Cálculo de valores.

Cuadro 17. Correlación entre la dimensión físico conductual de la depresión y la variable ansiedad

			Físico conductual	Ansiedad
Rho de Spearman	Físico conductual	Coeficiente de correlación	1	,022
		Sig. (bilateral)		,854
		N	75	75
	Ansiedad	Coeficiente de correlación	,022	1
		Sig. (bilateral)	,854	
		N	75	75

En el Cuadro 16, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson es igual a 0.022, con un coeficiente de significancia 0.854 > 0.05, que significaría que se acepta la H0 y rechazamos la Ha

5. Decisión estadística y conclusión.

Se evidencia que el nivel de significancia (sig=0.854) es mayor que el nivel de confianza $p=0.05$ por lo tanto, se acepta la hipótesis nula H0, por lo que se determina que no existe una relación alguna entre la dimensión físico conductual y la variable ansiedad y al obtener una correlación de 0.022, se ratifica la no existencia de correlación.

- **Hipótesis específica 3.**

1. Formulación de la hipótesis.

Ho: No existe relación entre la dimensión afecto emocional de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.

Hi: Existe relación entre la dimensión afecto emocional de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.

2. Elección del nivel de significancia (α).

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05, se rechaza la H0

Si p valor > 0.05, se acepta la H0

3. Selección de la prueba estadística.

Al probarse que nuestros datos tienen una distribución no normal, usaremos la prueba estadística paramétrica de Rho Spearman.

4. Cálculo de valores.

Cuadro 18. *Correlación entre la dimensión Afecto Emocional de la depresión y la variable ansiedad*

			Afecto emocional	Ansiedad
Rho	Afecto emocional	Coefficiente de correlación	1	-0.010
		Sig. (bilateral)		,929
		N	75	75
de Spearman	Ansiedad	Coefficiente de correlación	-0.010	1
		Sig. (bilateral)	,929	
		N	75	75

En el Cuadro 18, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson es igual a -0.010 , con un coeficiente de significancia $0.929 > 0.05$, que significaría que se acepta la H_0 y rechazamos la H_a

6. Decisión estadística y conclusión.

Se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig}=0.929$) es mayor que el nivel de confianza $p=0.05$ por lo tanto, se acepta la hipótesis nula H_0 , por lo que se determina que no existe una relación entre la dimensión afecto emocional y la variable ansiedad y al obtener una correlación de -0.010 , se ratifica la no existencia de correlación.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis de los resultados – Prueba de Hipótesis.

Para realizar el análisis de los resultados, se ha tenido que revisar detalladamente los hallazgos encontrados en los antecedentes locales, en los antecedentes nacionales, así como los internacionales, apoyándonos en la investigación teórica la misma que hemos detallado en el apartado de bases teórica de la presente tesis.

Basándonos en el diseño descriptivo correlacional, es que se formuló la hipótesis de investigación general y las hipótesis específicas, hipótesis que fueron sometidas a la llamada “prueba de hipótesis”, que corresponde a la estadística inferencial, que nos permite tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula o la hipótesis alterna.

Para el desarrollo de la presente investigación, se aplicaron dos cuestionarios, ambos con propiedades psicométricas previamente revisadas y adecuadas para su aplicación actual. Se elaboró la base de datos para el análisis en el SPSS, luego de calcular los datos estadísticos generales se analizó la distribución de la muestra a través del índice de Kolmogorov Smirnov y se procede a utilizar estadísticos paramétricos para el contraste de la hipótesis general y las específicas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, rechazamos la hipótesis alternativa general y aceptamos la hipótesis nula que establece que no existe relación directa entre la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica.

A nivel general se observó que el 88% de los habitantes tienen un nivel mínimo de depresión y en las dimensiones depresión cognitiva con un 62.70%, físico conductual 58.70% y afecto emocional 64.70% presentan un nivel mínimo, sin

embargo, en la variable ansiedad, el 62.70% presenta un nivel leve de ansiedad, seguido del 24% de los habitantes que presentan un nivel moderado. En esta investigación se demuestra que no existe relación entre la depresión y ansiedad, pero si se destaca que el nivel de ansiedad si ha afectado a los habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica en la época de confinamiento del Covid-19 en el año 2021.

6.2. Comparación de los resultados con antecedentes.

Luego de analizar los resultados, en cuanto a la hipótesis general obteniendo como resultado en la correlación de Pearson es igual a 0.015 que significaría que no existe relación entre ambas variables, teniendo el mismo resultados para la relación de físico conductual ($r=0,022$) y afecto emocional ($r=-0,010$) con la variable depresión, por lo que se determina que no existe una correlación, sin embargo con la dimensión cognitivo se obtuvo 0,110 siendo una correlación positiva muy débil a diferencia de las otras dos dimensiones.

En los resultados de los antecedentes tenemos a **Llanos, (2020)** que concluyó que si existe un nivel moderado de ansiedad y depresión mostrando el 38% de su población presentaba ansiedad leve y el 49% un nivel de ansiedad moderado. Existe solo una variación significativa en el nivel de ansiedad leve de casi el doble de la población y siendo nuestro porcentaje de población que presenta ansiedad moderada la mitad respecto a la de Llanos.

En la investigación de **Gonzales, (2020)** estableció que existe una relación entre la ansiedad y depresión según la Escala de Hamilton en el contexto de la pandemia de Covid-19 en estudiantes universitarios en cuanto a los niveles de ansiedad siendo leve o menor un 30,7% de la población y nivel de ansiedad mayor en 52%, mientras que en la variable depresión muestra un 18% en el nivel de depresión moderado, 8,3% de la muestra presento un nivel de depresión severo y por último un 5,7% de la muestra se encuentra en un nivel de depresión. muy severo. Existe

una variación muy grande respecto a nuestro nivel de depresión siendo un 88%, a la vez que en la variable ansiedad también se muestra una variación significativa en cuanto a nuestro nivel de ansiedad leve que es el 62,70%.

Por otro lado, en la investigación de **Vasquez, (2020)** concluyó que No existe correlación estadísticamente significativa entre la variable ansiedad, y las dimensiones de la depresión el 51, 1% de los trabajadores presentan un nivel de ansiedad leve o menor, el 17,8% presento ansiedad moderada manifiesta, referente a la depresión su resultado fue de 46.7% de los trabajadores que no presentaron depresión ni síntomas de ella. En relación con nuestra investigación existe un porcentaje similar siendo 62,70% de los habitantes que presentaron ansiedad leve, referente a la variable depresión existe una variación significativa ya que el 88% de los habitantes no presento depresión.

En cuanto a la investigación de **Anchante y Chaparro, (2021)** se determinó que sí existe un nivel de ansiedad significativo en deportistas de la ciudad de Arequipa. Los resultados evidenciaron que el 54,3% de los deportistas evaluados presentan una depresión mínima, mientras que en la variable ansiedad un 28,6% de los deportistas presentaron un nivel de ansiedad leve o menor. Referente a la relación con nuestra investigación podemos evidenciar una diferencia menor en la variable de depresión siendo un 88% de los habitantes encuestados, respecto a la variable ansiedad se denota una variación notoria ya que el 62,7% de los habitantes encuestados resulto nivel leve de ansiedad. Denotando un cambio en la variabilidad de los porcentajes respecto a cada variable por la situación demográfica.

Por último, en la investigación de **Luque, (2020)** se concluye que la frecuencia de síntomas ansiosos en los pacientes post COVID19 se incrementó en aproximadamente 30 veces. Los resultados cambiaron drásticamente al ser encuestados antes y después de la pandemia por Covid-19, pasando del 1,6% de los encuestados con síntomas de ansiedad moderada antes de la pandemia al 63,9% de encuestados con síntomas de ansiedad moderada después de la

pandemia, mientras que se denoto una variación en la variable de depresión del 13,1% de los encuestados con síntomas de depresión menor a un 50,8% de encuestados con síntomas de depresión menor. Con respecto a nuestra investigación se puede evidenciar una diferencia significativa en el nivel de ansiedad moderada siendo un 24% de habitantes encuestados los que presentaron estos síntomas, en cuanto a la variable depresión se denota que hay una diferencia en la cantidad de personas que presentaron depresión leve o menor, teniendo como resultado un 88% de nuestra población. Se pudo evidenciar que existe una diferencia significativa en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la pandemia, lo cual respecto a nuestra investigación brinda resultados similares debido a que la población ya ha cumplido por el confinamiento por Covid-19 lo cual pone en circunstancias parecidas a ambas poblaciones.

Estos resultados se contrarrestan con la base teórica donde tenemos a Y. Sánchez, (2015) esta ansiedad se presenta cuando la persona es consciente de su estado y le causa ansiedad. Sus características fisiológicas se ven afectadas en leves tics, temblor de labios.

Por otra parte, según Nuñez y Ortiz, (2010) podríamos deducir que, debido al tiempo de duración, las personas podrían sufrir de ansiedad crónica, por ser un estado persistente y generalizado que incluyen preocupaciones incontrolables.

Según García y Fernández, (2016) en su definición de ansiedad refieren que es un estado de ánimo relacionado a la emoción del miedo y un conjunto de síntomas covariantes como son taquicardias, preocupación exagerada, insomnio, irritabilidad, entre otros.

En cuanto a la variable de depresión, López et al., (2016) la define como un estado emotivo de actividad psicofísica baja, caracterizado por sentimientos intensos de tristeza, falta de energía e interés en actividades acompañado de un auto concepto bajo. Según esta definición podemos contrastar nuestros resultados con los

síntomas psicofisiológicos de los participantes encuestados, quienes dentro de sus encuestas manifestaron no sentir preocupaciones ni tristeza arraigada, así como falta de energía y los síntomas anteriormente mencionados por López.

Por último, Mejía, (2020) estableció tres dimensiones para medir la variable depresión. La dimensión cognitiva referida a ítems de tristeza, pesimismo, desvalorización y pensamientos suicidas; la dimensión física conductual relacionada a sentimientos de culpa o fracaso, autocrítica, disconformidad con uno mismo y sentimiento de castigo; la dimensión afecto emocional relacionado a síntomas de agitación, pérdida de interés y energía, insomnio, cansancio y cambios de apetito. Refiriéndose a la escala de depresión de Beck; la cual se utiliza dentro de nuestra investigación junto con las dimensiones para medir la depresión en los participantes encuestados, los cuales dentro de sus respuestas manifestaron que no tenían estos síntomas y por consiguiente los resultados para la variable depresión fueron negativos.

CONCLUSIONES

Las Conclusiones finales que se llegó, luego de haber realizado la presente investigación son:

Primera: Se logro determinar que no existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021. Es decir que cualquier mejora en la estabilidad emocional en cuanto a la ansiedad, no va a afectar el nivel de depresión o viceversa.

Segunda: Se logro determinar que no existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021. Lo que significaría que podría haber otras razones que causen la depresión cognitiva, más no el confinamiento por Covid-19 y cualquier mejora en la estabilidad de la persona no afectaría el nivel de ansiedad.

Tercera: Se logro determinar que no existe relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021. Esto significa que cualquier factor que incremente la dimensión físico conductual, no necesariamente afectaría la ansiedad en los habitantes.

Cuarta: Se logro determinar que no existe relación entre la dimensión afecto emocional de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021, es decir que cualquier variación que pueda disminuir el nivel de ansiedad no va a afectar el estado afecto emocional de la depresión, aunque sí podría mejorar de ser el caso.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda realizar tamizajes y evaluaciones sobre depresión y ansiedad en los diferentes hogares de la urbanización verificando si el porcentaje de ansiedad y depresión se mantiene o aumenta y posteriormente llevar a cabo la prevención de estas variables y promover la salud mental dentro de la urbanización.

SEGUNDA: Se recomienda que para superar la ansiedad creada por el confinamiento Covid-19 sería apropiado que los habitantes de la urbanización realicen actividades al aire libre respetando los protocolos de bioseguridad en calidad familiar.

TERCERA: Se recomienda implementar un programa de actividades proyectadas al bienestar de la salud mental dirigida a los habitantes de la urbanización para que tengan un mayor control y manejo sobre la ansiedad y depresión.

CUARTA: Se recomienda implementar un grupo virtual para brindar charlas informativas y preventivas a los habitantes de la urbanización para que se sepan los niveles de depresión y ansiedad como también las consecuencias que estas puedan desencadenar.

QUINTA: Se recomienda que para futuros trabajos no se considere la relación de estas dos variables y se puedan enfocar en diferentes niveles de investigación, en el cual se pueda mejorar alguna de las variables. (Debido a que la hipótesis rechaza una relación).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcon, E., & Cabrera, C. (2020). *Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos de coronavirus (COVID-19)*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*.
- Anchante & Chaparro, (2021) Ansiedad y Depresión por cuarentena en deportistas de la ciudad de Arequipa 2021.
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1182/1/Diego%20Enrique%20Anchante%20Meza.pdf>
- Ander-Egg, E. (2016). *Diccionario de psicología*.
- Andina/Difusión. (s/f). *Ansiedad y depresión en población infantil aumenta ante pérdida de familiares por covid-19*. <https://andina.pe/agencia/noticia-pcm-impulsa-proceso-saneamiento-limites-interdepartamentales-ica-y-moquegua-776093.aspx/noticia-ansiedad-y-depresion-poblacion-infantil-aumenta-ante-perdida-familiares-covid19-843343.aspx>
- Arango, C., & Hernán, R. (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. doi:10.1016/j.rcp.2016.10.007
- Arias, Y., & Herrero, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>.
- Asociación de academias de la Real Lengua Española. (2020). *Diccionario de la Real Academia Española*. <https://dle.rae.es/seguridad>
- Association, A. P. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de depresión de Beck-II (IDB)-II en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22, 39–52. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580/142>
- 12
- Beck, A. (2008). La evolución del modelo cognitivo de la depresión y neurobiológicas.

- The American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A., Shaw, B., Rush, J., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*.
- Cascardo, E., & Resnik, P. (2016). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*.
- Etxebarria, N., Santamaria, M., Gorrochategui, M., & Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote el COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *CSP Cadeernos de Saúde pública*. doi: 10.1590/0102-311X00054020
- García, M., & Fernandez, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes* (Ediciones).
- Garlati, F. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV* (Masson S.A).
- Gonzales, L. (2020). *Ansiedad y depresión según la Escala de Hamilton en el contexto de la pandemia de COVID-19 en estudiantes universitarios, Arequipa 2021*. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12920/10999/70.2726.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, M. (2019). *Apego y psicopatología de la ansiedad y su origen*.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*.
- Instituto Nacional de Estadística. (s/f). *Compendio 2019*. 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1758/cap07/ind07.htm
- Instituto Nacional de la Salud Mental - NIMH. (2009). *Trastorno de Ansiedad*. <http://www.nimh.nih.gov>
- Llanos, K. (2020). *Nivel de ansiedad en usuarios por descarte de COVID-19, Lima 2020*. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1050>
- Lobo, A., Chamorro, L., & Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493–499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- López, A., Téllez, A., Galarza, J., Garza, M., & Garzao, C. (2016). *Diccionario de Neuropsicología*.

- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general del china. *Revista Neuropsiquiátrica*, 83, 51–53. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>.
- Luque, N. (2020). *Ansiedad y depresión en pacientes post COVID-19 Hospital Carlos Monge Medrano 2020*.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59347/Luque_CNM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mejía, E. (2020). *Prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020*.
- Núñez, J., & Ortiz, M. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*.
- Ojeda, C., Hernan, S., & Cabrera, J. (2003). Validez interna y concurrente de una escala breve. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 41(1), 31–38.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000100005>
- Olaz, F., & Medrano, L. (2014). *Metodología de la Investigación para Estudiantes de Psicología* (Brujas).
- Organizacion Mundial de la Salud. (1999). *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2020a). *Depresión*. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- Organizacion Mundial de la Salud. (2020b). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo:2000-2019*.
<https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- Patiño. (2021). *Niveles de ansiedad y depresión en la práctica docente por confinamiento*.
Universidad Nacional SEK. Ecuador.
<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4088/1/G%c3%a9nesis%20Jhael%20Pati%c3%b1o%20Navarrete.pdf>
- Redacción EC. (s/f). Ica: pacientes con coronavirus acceden a videollamadas para comunicarse con sus familiares. *El comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/ica/ica-pacientes-con-coronavirus-acceden-a-videollamadas-para-comunicarse-con-sus->

familiares-nnpp-noticia/?ref=ecr

Rivera, Y. (2014). *Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck de la universidad pública de Huánuco.*

<http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/1560>

Rodriguez, E., & Farfán, D. (2013). Propiedades Psicométricas del inventario de depresión de Beck en estudiantes de 5to de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación psicológica*, 71–78.

Ruiz, F. (2013). Análisis de la ansiedad en el atletismo; un estudio con veteranos. *Revista internacional de ciencias del deporte*, IX(33), 222–235.
<http://dx.doi.org/10.5232/ricyde2013.03302>

Sailema, V. (2021). La depresión en adultos mayores por COVID-19 durante la emergencia sanitaria. *Revista científica Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte*, 8.

[https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32607/1/Sailema](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32607/1/Sailema%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf) sailema
Verónica Alexandra.pdf

Sanchez, H., & Reyez, C. (2015). *Metodología y diseños de la investigación científica.*

Sanchez, Y. (2015). *Nivel de ansiedad de las enfermeras de emergencia y trauma del hospital Victor Ramos Guardia.*

<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/33>

Sociedad LR. (s/f). Minsa: depresión, ansiedad y desmotivación son secuelas de la COVID-19. *La república*. <https://larepublica.pe/sociedad/2021/03/15/minsa-depresion-ansiedad-y-desmotivacion-son-secuelas-de-la-covid-19/>

Torrejón, J. (2020). *Depresión frente a la pandemia en adolescentes de una I.E. Tacna - 2020.* <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/807>

Trunce, S., & Villarroel, G. (2021). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en Educación Médica*, 39. doi: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20229>

Vasquez, (2020) *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020*

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49971/Vasquez_ELE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.

TÍTULO: “RELACION ENTRE DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL CONFINAMIENTO DEL COVID -19 EN HABITANTES DE LA URBANIZACION VILLA CLUB DEL DISTRITO TINGUIÑA-ICA 2021”				
RESPONSABLES: Barba Grados Renzo Gustavo y Torres Almora Lucia Alexandra.				
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021?	Establecer la relación entre la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.	Existe relación entre la depresión y ansiedad con respecto al confinamiento del covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.	VARIABLE 1 Depresión. Dimensiones: - D.1: Cognitiva - D.2: Físico conductual - D 3: Afecto emocional	Enfoque: Cuantitativo Método: Probabilístico Tipo: Descriptivo-correlacional Nivel de estudio: Básico Diseño: No experimental Población: 75 habitantes adultos de la urbanización villa club del distrito Tinguña-Ica encuestados entre los meses de Mayo y Junio.
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		
Problema Específico 1 ¿Existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021?	Objetivo Específico 1 Determinar la relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.	Hipótesis Específica 1 Existe relación entre la dimensión cognitiva de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.	VARIABLE 2 Ansiedad	Muestra: No probabilístico, censal, 75 habitantes adultos de la urbanización villa club del distrito Tinguña-Ica encuestados entre los meses de Mayo y Junio.
Problema Específico 2 ¿Existe relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021?	Objetivo Específico 2 Determinar la relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.	Hipótesis Específica 2 Existe relación entre la dimensión físico conductual de la depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguña-Ica, 2021.	Dimensiones: -D1: Cognitiva o psíquica -D2: Somática	Técnicas e instrumentos de recolección de información Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario. Instrumentos:
Problema Específico 3 ¿Existe relación entre la dimensión afecto emocional de la depresión y	Objetivo Específico 3 Determinar la relación entre la dimensión afecto emocional de la	Hipótesis Específica 3 Existe relación entre la dimensión afecto emocional de la		- Instrumento 1: Inventario de depresión de Beck II.

<p>ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021?</p>	<p>depresión y ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.</p>	<p>ansiedad respecto al confinamiento del Covid-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña-Ica, 2021.</p>		<p>- Instrumento 2: Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton</p> <p>Técnica de análisis de datos: Para el análisis de la información obtenida se utilizará la estadística descriptiva e inferencial, elaborando cuadros gráficos. Los datos serán procesados en Microsoft Office Excel 2014 y SPSS versión 24. El Análisis se realizará con el coeficiente de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Si obtenemos una distribución normal usaremos la prueba paramétrica de correlación de Pearson y si es lo contrario, la no paramétrica de Spearman.</p>
---	---	---	--	---

Anexo 2: Instrumentos de Recolección de Datos

Escala de Depresión de Beck.

Consigna: "A continuación encontrara algunas frases, le pedimos que marque aquella con la cual se sienta mas identificado actualmente".

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Me siento tan triste y desdichado que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No me siento fracasado.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Todo me aburre o me desagrada.
5.
 - a. No siento ninguna particular.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo estar siendo castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Estoy decepcionado conmigo.
 - c. Estoy harto de mí mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

- 10.
- a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito está mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - b. He perdido más de dos kilos.
 - c. He perdido más de cuatro kilos.

- 20.**
- d.** He perdido más de seis kilos.
- a.** No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b.** Estoy preocupado por problemas físicos, por ejemplo, dolores, molestias estomacales, constipación.
 - c.** Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d.** Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.**
- a.** No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b.** Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c.** Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d.** He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo 3: Instrumento de Recolección de Datos

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

* Hamilton, 1959: Escala de evaluación de Ansiedad Cognoscitiva-Somática

* Adaptada por Valentín Conde López

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones de la vida que se tornan conflictivas. No es necesario presentar todas para señalar que cualquiera de los indicadores está presente.

Procure identificar con una X cómo han aparecido estas reacciones en usted. La información que proporcione servirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la que le pedimos que conteste cada una de las frases de manera real y verídica. Gracias.

- (A) Nunca
- (B) Algunas veces
- (C) Regular / Varias veces
- (D) Casi siempre
- (E) Siempre

CUESTIONARIO		RESPUESTAS					Punt.
		A	B	C	D	E	
1	Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable						
2	Tengo la sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.						
3	Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.						
4	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Me despierto varias veces. Me levanto cansado. No hay sueño reparador.						
5	Tengo mala memoria, especialmente de los eventos recientes. Me cuesta concentrarme.						
6	No tengo interés por lo que me rodea. Me siento triste. Me adormezco por el día y no puedo dormirme por la noche.						
7	Siento dolores y molestias musculares. Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.						
8	Tengo zumbidos de oídos. Vista borrosa. Siento oleadas de calor o frío. Tengo picores y sensación de debilidad						
9	Siento que mi corazón late más de prisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, agitación.						
10	Tengo sensación de ahogo y falta de aire: Necesito respirar. Siento en el pecho una opresión o pena.						
11	Tengo dificultad al tragar. Siento ardores, pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Estreñimiento.						
12	Siento necesidad de orinar frecuentemente, aunque sea poco. Tengo alteraciones hormonales. Mi vida sexual está deteriorada.						
13	Siento la boca seca. Me ruborizo y palidezco fácilmente. Me mareo y las cosas me dan vuelta. Se me ponen los pelos de punta						
14	Me he sentido incómodo, inquieto, tenso, impaciente; me sudan las manos y el pulso se me acelera al contestar estas preguntas.						

Impresión Diagnóstica: _____

Puntuación: _____

*Base de datos.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: Val_Ansiedad_total 4 Visible: 50 de 50 variables

	V1	P et .1.	P et .2.	P et .3.	P et .4.	P et .5.	P et .6.	P et .7.	P et .8.	P et .9.	P eg .1.	P eg .1.	P eg .1.	P eg .1.	P eg .1.	P eg .1.	P eg .2.	P eg .2.	Pr eg .1.	Pr eg .2.	Pr eg .3.	Pr eg .4.	Pr eg .5.	Pr eg .6.	Pr eg .7.	Pr eg .8.	Pr eg .9.	Pre g.10.	P eg .1.	P eg .1.	P eg .1.	Depresi ón_cogn itiva	V a or.	Fisic o_cc nduc.	Valo _Fis co_c.	Afec o_E moci.	Val ora c...	C o g.	Valora c_cog nitiva	Som atica				
22	Encuesta22	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3	0	0	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4	3	3	0	1	1	5,00	2	4,00	1	8,00	2	24,00	4	31,00			
23	Encuesta23	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4,00	2	2,00	1	9,00	2	7,00	1	14,00			
24	Encuesta24	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	0	0	3,00	1	3,00	1	7,00	1	1,00	1	21,00			
25	Encuesta25	1	0	0	0	0	2	0	0	2	2	3	2	1	2	0	0	0	0	2	1	4	0	0	0	0	0	2	2	2	2	4	2	5,00	2	5,00	1	9,00	2	6,00	1	21,00		
26	Encuesta26	0	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	3	3	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	3	4	4	0	0	3	3	3	6,00	2	10,00	2	10,00	2	10,00	2	27,00
27	Encuesta27	0	2	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	4	3	2	3	1	1	1	0	1	0	0	2,00	1	8,00	2	1,00	1	14,00	2	19,00		
28	Encuesta28	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	2	3,00	1	5,00	1	3,00	1	6,00	1	15,00			
29	Encuesta29	3	2	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	3	2	1	2	2	1	1	1	1	0	1	4	4	6,00	2	9,00	2	5,00	1	15,00	3	17,00	
30	Encuesta30	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4	2	1	1	1	0	0	0	0	0	4	4	4	3,00	1	3,00	1	4,00	1	13,00	2	17,00			
31	Encuesta31	2	2	1	0	1	1	3	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	2	1	4	4	3	3	3	3	0	1	0	0	5,00	2	8,00	2	3,00	1	17,00	3	25,00			
32	Encuesta32	2	2	1	1	1	2	0	0	0	3	0	0	0	1	1	1	0	2	0	2	2	1	1	1	2	1	2	3	1	0	3	4,00	2	5,00	1	8,00	2	12,00	2	22,00			
33	Encuesta33	0	0	1	2	2	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	2	2	1	2	2	0	0	3	4	3	1	0	3	4,00	2	5,00	1	5,00	1	12,00	2	23,00	
34	Encuesta34	1	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	3	1	0	0	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	3	3	1	0	3	4,00	2	6,00	1	8,00	2	10,00	2	25,00	
35	Encuesta35	1	2	2	2	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	4	2	4	4	4	4	3	3	3	1	1	3	3,00	1	5,00	1	6,00	1	22,00	4	30,00	
36	Encuesta36	0	0	2	1	1	1	1	1	2	3	0	0	1	2	1	0	0	2	2	2	1	0	0	2	1	1	1	1	2	3	4	3	1	2	4,00	2	11,00	2	8,00	2	7,00	1	27,00
37	Encuesta37	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	2	1	2	0	0	0	0	1	1	2	2,00	1	6,00	1	5,00	1	7,00	1	13,00		
38	Encuesta38	0	0	0	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	1	3	0	0	1	1	1	4	0	2	2	3	3	3	2	2	2	2	4	1,00	1	5,00	1	7,00	1	18,00	3	27,00		
39	Encuesta39	1	1	1	2	2	0	0	0	0	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	2	2	0	0	0	0	1	2	2	3	5,00	2	7,00	2	10,00	2	19,00	3	16,00	
40	Encuesta40	3	0	0	1	2	0	1	1	1	2	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	3	4	4	1	2	0	1	1	1	2	2	2	1	5,00	2	7,00	2	5,00	1	15,00	3	22,00	
41	Encuesta41	0	0	1	2	2	0	2	0	1	0	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3	0	2	2	0	2	0	3	3	3	3	1	2,00	1	7,00	2	5,00	1	11,00	2	27,00	
42	Encuesta42	2	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	1	1	2	2	0	0	0	2	3	0	2	2	2	2	2	4	4	4	3	1	4,00	2	7,00	2	7,00	1	12,00	2	31,00		
43	Encuesta43	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2	1	0	1	1	1	2	1	5,00	2	8,00	2	9,00	1	13,00	2	24,00			

Vista de datos Vista de variables

*Base de datos.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: Val_Ansiedad_total 4 Visible: 50 de 50 variables

	V1	P e. .1.	P e. .2.	P e. .3.	P e. .4.	P e. .5.	P e. .6.	P e. .7.	P e. .8.	P e. .9.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	Pr e. 2.	Pr e. 2.	Pr e. 3.	Pr e. 4.	Pr e. 5.	Pr e. 6.	Pr e. 7.	Pr e. 8.	Pr e. 9.	Pre g. 10.	P e. 1.	P e. 1.	P e. 1.	Depresi ón_cogn itiva	V a or.	Fisic o_cc nduc.	Valo _Fis co_c.	Afec o_E moci.	Val ora c_	C o g.	Valora c_cog nitiva	Som atica													
55	Encuesta55	2	0	2	0	1	1	1	3	0	0	0	0	3	1	2	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	5,00	2	8,00	2	6,00	1	6,00	1	23,00											
56	Encuesta56	2	0	2	1	2	3	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	2	1	2	3	4	0	3	3	3	1	0	0	3,00	1	10,00	2	5,00	1	10,00	2	26,00											
57	Encuesta57	1	0	1	1	2	0	2	3	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	2	2	2	3	3	0	0	1	0	0	4,00	2	9,00	2	1,00	1	10,00	2	21,00				
58	Encuesta58	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	0	2,00	1	7,00	2	11,00	2	8,00	2	31,00			
59	Encuesta59	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	2	2	3	4	0	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2,00	1	2,00	1	11,00	2	18,00	3	25,00					
60	Encuesta60	1	2	1	1	0	0	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	4	2	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1	4,00	2	6,00	1	4,00	1	19,00	3	17,00							
61	Encuesta61	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	2	2	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	4	1	1,00	1	4,00	1	23,00	4	11,00	2	19,00							
62	Encuesta62	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	0	2	4	1	0	0	0	0	0	3	3	4	1	3,00	1	3,00	1	13,00	2	8,00	2	19,00										
63	Encuesta63	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	0	2	2	0	2	3	4	4	4	0	0	0	0	0	0	4	3	,00	1	4,00	1	11,00	2	14,00	2	21,00									
64	Encuesta64	1	1	0	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	3,00	1	6,00	1	9,00	2	11,00	2	28,00										
65	Encuesta65	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	1	5,00	1	1,00	1	13,00	2	30,00
66	Encuesta66	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	2,00	1	1,00	1	1,00	1	14,00	2	13,00					
67	Encuesta67	1	1	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	0	4	0	3	1	1	1	1	1	2	2,00	1	5,00	1	1,00	1	14,00	2	21,00				
68	Encuesta68	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	1	2	3	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3,00	1	6,00	1	2,00	1	17,00	3	16,00		
69	Encuesta69	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	0	0	4	4	4	0	4	4	4	4	4	3,00	1	3,00	1	3,00	1	15,00	3	33,00			
70	Encuesta70	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	2,00	1	3,00	1	10,00	2	9,00	2	22,00					
71	Encuesta71	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	2	0	0	3	2	1	1	1	1	1	0	4	4	3	3	3	4,00	2	4,00	1	8,00	2	11,00	2	26,00										
72	Encuesta72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	4	2,00	1	,00	1	1,00	1	11,00	2	16,00				
73	Encuesta73	1	2	0	0	0	1	1	1	0	2	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	2	3	3	3	3	3	0	2	2	1	0	0	3,00	1	5,00	1	5,00	1	16,00	3	23,00		
74	Encuesta74	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	0	0	0	0	4	4	4	2	2	2	3,00	1	4,00	1	2,00	1	10,00	2	27,00			
75	Encuesta75	1	1	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1	2,00	1	7,00	2	,00	1	13,00	2	16,00		

Vista de datos Vista de variables

Anexo 5: Informe de Turnitin al 28% de similitud, se excluye referencias bibliográficas.



9	repositorio.urp.edu.pe	1 %
Fuente de Internet		
10	tesis.ucsm.edu.pe	1 %
Fuente de Internet		
11	cybertesis.urp.edu.pe	1 %
Fuente de Internet		
12	gabinetepsicologiagranollers.com	1 %
Fuente de Internet		

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

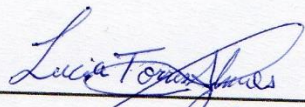
Anexo 6: Evidencia de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 05/09/2021

Yo: D.A.G.Q....., identificado(a) con DNI (carnet de extranjería o pasaporte de extranjeros) N° 21556284....., acepto participar voluntariamente de la investigación titulada: "Depresión y ansiedad por el confinamiento del Covid -19 en habitantes de la Urbanización Villa Club del distrito Tinguíña – Ica, 2021", la cual pretende determinar la relación que existe entre Ansiedad y Depresión, con ello autorizo se me pueda realizar una entrevista y aplicar el instrumento compuesto por dos encuestas Test de Hamilton y Escala de Beck, comprometiéndome a responder con veracidad cada uno de ellos

Además, se me informo que dicho instrumento es anónimo y solo se usarán los resultados para fines del estudio, asimismo autorizo la toma de una foto como evidencia de la participación. Con respecto a los riesgos, el estudio no representará ningún riesgo para mi salud, así como tampoco se me beneficiará económicamente por él, por ser una decisión voluntaria en ayuda de la investigación.



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES:

Nombre: Lucia Alexandra Torres
Almora

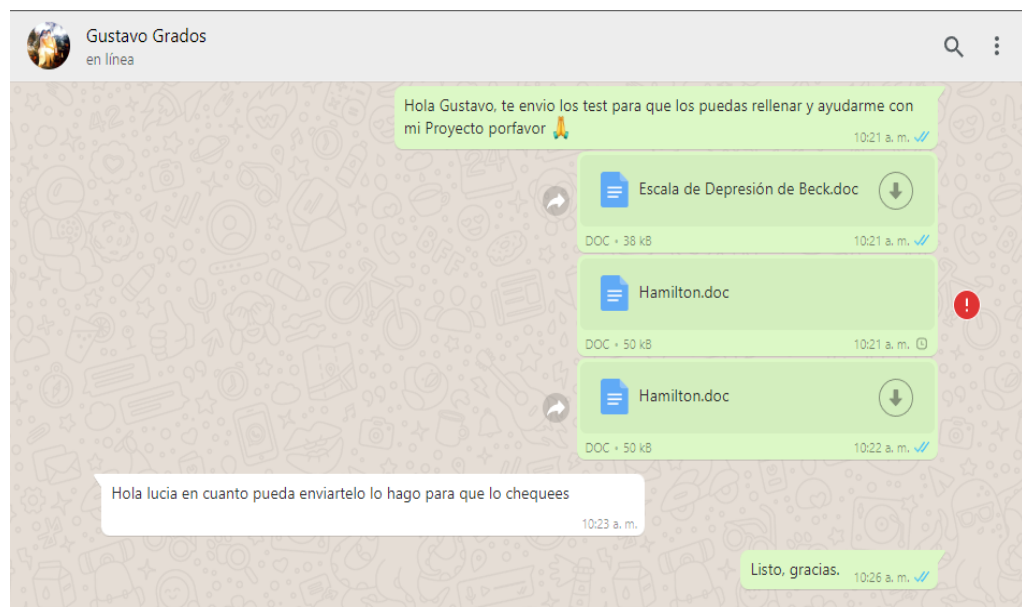
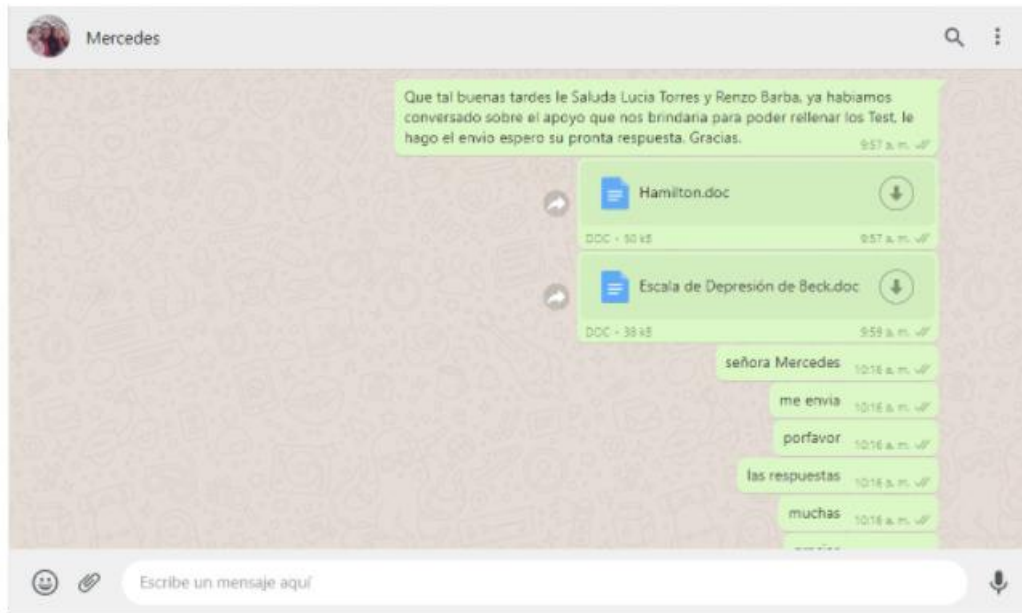
DNI. 71084843

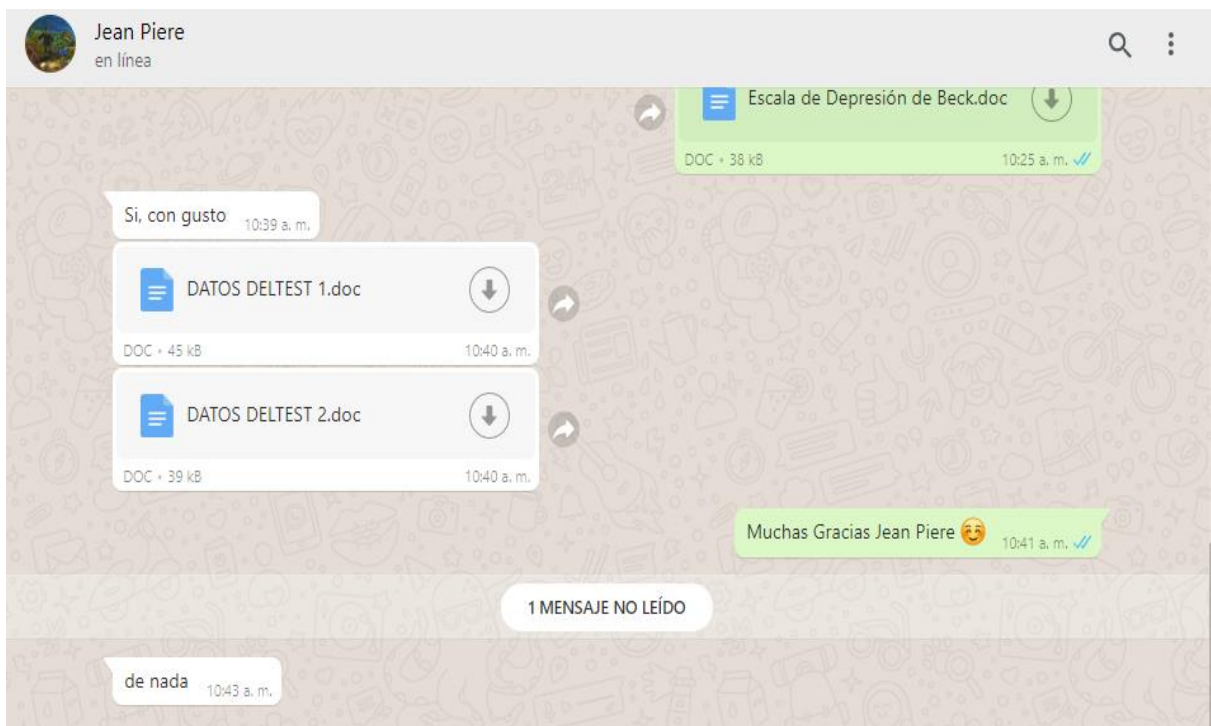
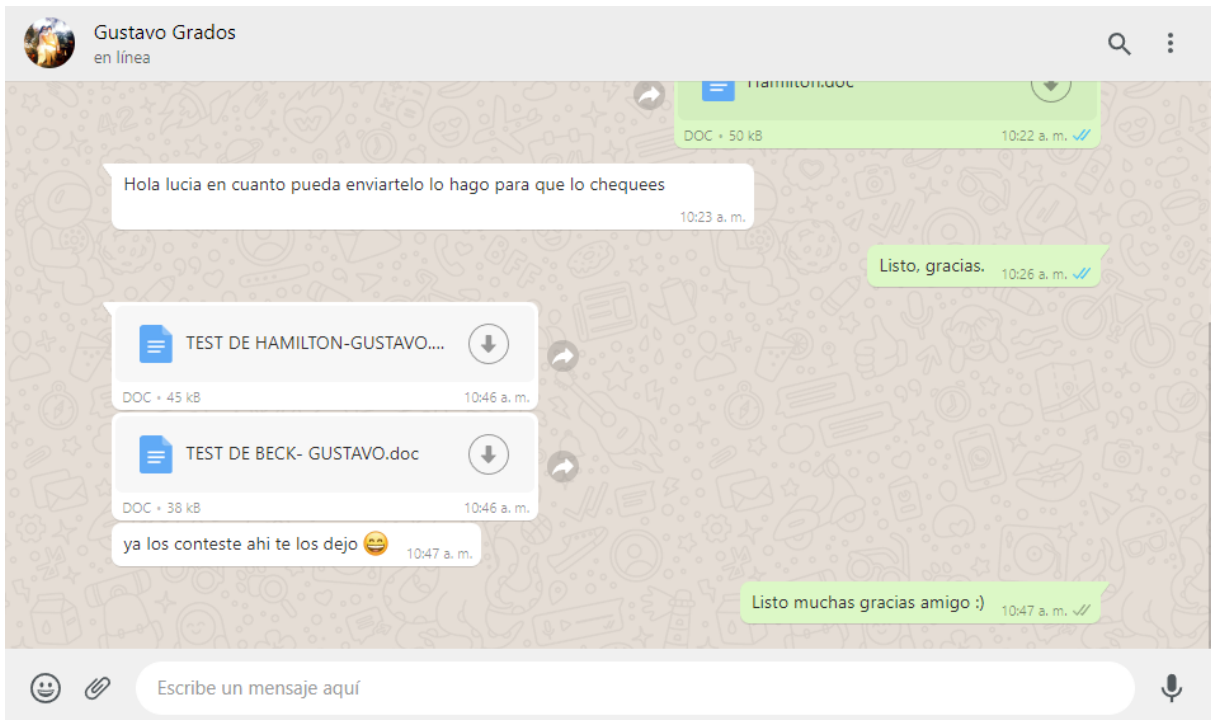
Nombre: Renzo Gustavo Barba
Grados

DNI. 70117692

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 7: Evidencias Fotográficas.





Anexo 8: Evidencia de encuestas realizadas.

Escala de Depresión de Beck.

Consigna: "A continuación encontrara algunas frases, le pedimos que marque aquella con la cual se sienta mas identificado actualmente".

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Me siento tan triste y desdichado que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No me siento fracasado.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Todo me aburre o me desagrada.
5.
 - a. No siento ninguna particular.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo estar siendo castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Estoy decepcionado conmigo.
 - c. Estoy harto de mí mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

- 10.
- a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito está mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - b. He perdido más de dos kilos.
 - c. He perdido más de cuatro kilos.
 - d. He perdido más de seis kilos.
- 20.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b. Estoy preocupado por problemas físicos, por ejemplo, dolores, molestias estomacales, constipación.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

* Hamilton, 1959: Escala de evaluación de Ansiedad Cognoscitiva-Somática
* Adaptada por Valentín Conde López

NOMBRE: D. A. G. Q

FECHA: 05/09/2021

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones de la vida que se tornan conflictivas. No es necesario presentar todas para señalar que cualquiera de los indicadores está presente. Procure identificar con una X cómo han aparecido estas reacciones en usted. La información que proporcione servirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la que le pedimos que conteste cada una de las frases de manera real y verídica. Gracias.

- (A) Nunca
- (B) Algunas veces
- (C) Regular / Varias veces
- (D) Casi siempre
- (E) Siempre

CUESTIONARIO		RESPUESTAS					Punt.
		A	B	C	D	E	
1	Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable			X			
2	Tengo la sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.			X			
3	Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.		X				
4	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Me despierto varias veces. Me levanto cansado. No hay sueño reparador.			X			
5	Tengo mala memoria, especialmente de los eventos recientes. Me cuesta concentrarme.				X		
6	No tengo interés por lo que me rodea. Me siento triste. Me adormezco por el día y no puedo dormirme por la noche.			X			
7	Siento dolores y molestias musculares. Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.		X				
8	Tengo zumbidos de oídos. Vista borrosa. Siento oleadas de calor o frío. Tengo picores y sensación de debilidad				X		
9	Siento que mi corazón late más de prisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, agitación.				X		
10	Tengo sensación de ahogo y falta de aire. Necesito respirar. Siento en el pecho una opresión o pena.			X			
11	Tengo dificultad al tragar. Siento ardores, pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Estreñimiento.		X				
12	Siento necesidad de orinar frecuentemente, aunque sea poco. Tengo alteraciones hormonales. Mi vida sexual está deteriorada.				X		
13	Siento la boca seca. Me ruborizo y palidezco fácilmente. Me mareo y las cosas me dan vuelta. Se me ponen los pelos de punta			X			
14	Me he sentido incómodo, inquieto, tenso, impaciente; me sudan las manos y el pulso se me acelera al contestar estas preguntas.				X		

Impresión Diagnóstica: _____

Puntuación: _____