

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Depresión, ansiedad y estrés en becarios de  
una universidad privada de Huancayo en el  
contexto del COVID-19 - 2021**

Omar Alex Castillo Huaman

Para optar el Título Profesional  
de Licenciado en Psicología

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermanos, por la motivación que me dan para afrontar las dificultades de la vida cotidiana.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y a mis hermanos, por el apoyo emocional y económico que me brindaron en todo el proceso de la obtención de la licenciatura.

A la psicóloga Rocío Coz Apumayta, por la asesoría y orientación dada.

A Jeanpierre Mendoza, compañero de la universidad, quien me ayudó en las gestiones para los permisos de la aplicación de la encuesta.

A todos mis compañeros y docentes de la Universidad Continental que me acompañaron en mi formación.

A los becarios que participaron en el estudio y se dieron el tiempo para poder completar el cuestionario.

## RESUMEN

La pandemia del COVID-19 representó un cambio en el estilo de vida de la población en general, y uno de los grupos más afectados, debido a las restricciones sociales fueron los adolescentes y jóvenes. El propósito principal de la presente investigación fue describir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad de Huancayo en el contexto del COVID-19. El trabajo tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y un diseño específico descriptivo simple. La muestra estuvo compuesta por 141 becarios y se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento utilizado fue la Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) de Lovibond & Lovibond, adaptada en el país para estudiantes universitarios por Polo en el 2017, que está compuesta por 21 preguntas divididas en tres dimensiones: depresión (7 preguntas), ansiedad (7 preguntas) y estrés (7 preguntas). Los resultados muestran que el 34,7 % de becarios reportó indicadores de depresión: 25,5 %, niveles de depresión moderada; 3,5 %, niveles de depresión severa; y 5,7 %, niveles de depresión extremadamente severa. Asimismo, el 51,1 % de becarios manifestó indicadores de ansiedad: 27 % de becarios presentó niveles de ansiedad moderada; 10,6 %, niveles de ansiedad severa; y 13,5 %, niveles de ansiedad extremadamente severa. Finalmente, el 22,7 % registró indicadores de estrés: 15,6 % de becarios manifestó niveles de estrés moderado; 5 %, niveles de estrés severo; y 2,1 %, niveles de estrés extremadamente severo. Se concluye que predominó el estado emocional negativo de ansiedad en los becarios, en segundo lugar, se evidenció síntomas de depresión y en menor medida, se reportó síntomas de estrés.

**Palabras clave:** depresión, ansiedad, estrés, universitarios, becarios, COVID-19, coronavirus, pandemia.

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic represented a change in the lifestyle of the general population, and one of the groups most affected by social restrictions was adolescents and youth. The main purpose of the present research was to describe the levels of depression, anxiety and stress in interns of a university in Huancayo in the context of COVID-19. The work had a quantitative approach, with a non-experimental design and a simple descriptive specific design. The sample consisted of 141 fellows and a non-probability sampling was used for convenience. The instrument used was the Lovibond & Lovibond Short Scale of Depression, Anxiety and Stress (DASS-21), adapted in the country for university students by Polo in 2017, which is composed of 21 questions divided into three dimensions: Depression (7 questions), Anxiety (7 questions) and Stress (7 questions). The results show that 34.7 % of interns reported indicators of depression: 25.5 % of interns reported levels of moderate depression, 3.5 % levels of severe depression and 5.7 % levels of extremely severe depression; also 51.1 % of interns showed indicators of anxiety: 27 % of interns had moderate anxiety levels, 10.6 % severe anxiety levels and 13.5 % extremely severe anxiety levels; finally, 22.7 % registered indicators of stress: 15.6 % of interns showed moderate stress levels, 5 % severe stress levels and 2,1 % extremely severe stress levels. It is inferred that the negative emotional state of anxiety prevailed in the fellows, secondly, symptoms of depression were evidenced and to a lesser extent, symptoms of stress were reported.

**Keywords:** depression, anxiety, stress, university students, fellows, COVID-19, coronavirus, pandemic.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
ÍNDICE DE ANEXOS .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	xiv
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>18</b>
1.1. Delimitación de la investigación .....	18
1.1.1. Territorial.....	18
1.1.2. Temporal.....	18
1.1.3. Conceptual.....	18
1.2. Planteamiento del Problema .....	18
1.3. Formulación del Problema .....	23
1.3.1. Problema general .....	23
1.3.2. Problemas específicos .....	23
1.4. Objetivos de la Investigación .....	23
1.4.1. Objetivo general .....	23
1.4.2. Objetivos específicos.....	23
1.5. Justificación de la Investigación .....	24
1.5.1. Justificación teórica .....	24
1.5.2. Justificación práctica .....	24
1.5.3. Justificación metodológica.....	25
1.6. Importancia y Motivación .....	25
1.7. Hipótesis.....	26
1.8. Variables.....	26
1.8.1. Variables a relacionar .....	26
1.8.2. Definiciones operacionales de las variables .....	27
1.8.3. Operacionalización de las variables .....	28
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>29</b>
2.1. Antecedentes.....	29
2.1.1. Internacionales .....	29
2.1.2. Nacionales .....	33
2.1.3. Locales .....	35

2.2. Base Teórica.....	37
2.2.1. Depresión.....	37
2.2.2. Ansiedad .....	54
2.2.3. Estrés.....	66
2.2.4. Modelo tripartito de ansiedad y depresión .....	84
2.2.5. COVID-19.....	85
2.2.6. Adolescencia tardía .....	94
2.2.7. Adulthood temprana .....	96
2.2.8. Becarios .....	100
2.3. Definición de Términos Básicos.....	101
a) Ansiedad.....	101
b) Coronavirus.....	101
c) Becario.....	101
d) COVID-19 .....	102
e) Depresión .....	102
h) Estudiante universitario.....	102
f) Estrés.....	102
g) Pandemia.....	103
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	104
3.1. Configuración de la Investigación .....	104
3.1.1. Enfoque de la investigación.....	104
3.1.2. Tipo de investigación.....	104
3.1.3. Nivel de investigación.....	104
3.1.4. Diseño de la investigación.....	105
3.1.5. Categoría de la investigación .....	105
3.2. Población y Muestra .....	106
3.2.1. Población .....	106
3.2.2. Muestra .....	106
3.2.2.1. Unidad de análisis .....	106
3.2.2.2. Tamaño de muestra .....	106
3.2.2.3. Selección de muestra.....	106
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	107
3.3.1. Instrumento de recolección de datos .....	107
3.3.2. Procedimiento de recolección de datos .....	109
3.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	110
3.5. Validez y Confiabilidad.....	111
3.5.1. Validez .....	111

3.5.2. Confiabilidad .....	112
3.6. Aspectos Éticos .....	112
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	114
4.1. Descripción del Trabajo de Campo .....	114
4.2. Presentación de resultados.....	114
Resultados en relación a variables sociodemográficas .....	141
4.3. Discusión de resultados .....	150
CONCLUSIONES .....	160
RECOMENDACIONES .....	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	165
ANEXOS .....	178

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de las variables de la Escala DASS-21 .....	28
Tabla 2. Resumen de los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-5 .....	63
Tabla 3. Criterios diagnósticos y factores de riesgo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés .....	81
Tabla 4. Vacunas contra el COVID-19 autorizadas en el Perú.....	93
Tabla 5. Ficha técnica de la Escala DASS-21 .....	109
Tabla 6. Índice de validez de contenido de la Escala DASS-21 .....	111
Tabla 7. Alfa de Cronbach de las dimensiones de las Escala DASS-21.....	112
Tabla 8. Datos sociodemográficos de becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	114
Tabla 9. Niveles de la dimensión depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	120
Tabla 10. Niveles de la dimensión ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	121
Tabla 11. Niveles de la dimensión estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	122
Tabla 12. Distribución muestral de la dimensión depresión, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021 .....	123
Tabla 13. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	125
Tabla 14. Distribución muestral de la dimensión estrés, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	126
Tabla 15. Distribución muestral de la dimensión depresión, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	127
Tabla 16. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	128
Tabla 17. Distribución muestral de la dimensión estrés, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	129

Tabla 18. Distribución muestral de la dimensión depresión, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021..	130
Tabla 19. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021 .....	131
Tabla 20. Distribución muestral de la dimensión estrés, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021 .....	132
Tabla 21. Distribución muestral de la dimensión depresión, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021 .....	133
Tabla 22. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021 .....	134
Tabla 23. Distribución muestral de la dimensión estrés, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	136
Tabla 24. Distribución muestral de la dimensión depresión, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021	137
Tabla 25. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	138
Tabla 26. Distribución muestral de la dimensión estrés, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	139
Tabla 27. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y sexo.....	141
Tabla 28. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y edad .....	142
Tabla 29. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y semestre académico .....	143
Tabla 30. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y facultad .....	144
Tabla 31. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y personas con las que convive .....	145
Tabla 32. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y percepción de solvencia económica .....	146
Tabla 33. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y preferencia de modalidad de clases .....	147
Tabla 34. Relación entre las dimensiones del DASS-21 y frecuencia de ejercitación física .....	148

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Adaptado de Agudelo et al. (2010). Esquema de diseño de investigación descriptivo simple, donde “M” es muestra y “O” es la aplicación de la escala DASS-21. ....	105
Figura 2. Gráfico de barras, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	115
Figura 3. Gráfico circular, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	116
Figura 4. Gráfico de barras, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	116
Figura 5. Gráfico circular, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	117
Figura 6. Gráfico de barras, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	117
Figura 7. Gráfico circular, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	118
Figura 8. Gráfico de barras, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	118
Figura 9. Gráfico circular, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	119
Figura 10. Gráfico de barras, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	119
Figura 11. Gráfico circular, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	120
Figura 12. Niveles de la dimensión depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	121
Figura 13. Niveles de la dimensión ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	122
Figura 14. Niveles de la dimensión estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. ....	123

Figura 15. Distribución muestral de la dimensión depresión, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	124
Figura 16. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	125
Figura 17. Distribución muestral de la dimensión estrés, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	126
Figura 18. Distribución muestral de la dimensión depresión, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	127
Figura 19. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	128
Figura 20. Distribución muestral de la dimensión estrés, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	129
Figura 21. Distribución muestral de la dimensión depresión, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021..	130
Figura 22. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021..	131
Figura 23. Distribución muestral de la dimensión estrés, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	132
Figura 24. Distribución muestral de la dimensión depresión, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	133
Figura 25. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	135
Figura 26. Distribución muestral de la dimensión estrés, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	136
Figura 27. Distribución muestral de la dimensión depresión, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. .....	137
Figura 28. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021. .....	138
Figura 29. Distribución muestral de la dimensión estrés, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.....	140

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Acta de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Humanidades .....	179
Anexo 2. Acta de aprobación de cambio de título del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Humanidades .....	180
Anexo 3. Consentimiento informado para Participar en Estudio de Investigación.....	181
Anexo 4. Autorización del director de la institución donde se recolectó los datos .....	183
Anexo 5. Carta de presentación dirigida al director de la institución donde se recolectó los datos por parte del director de la EAP de Psicología de la UC.....	184
Anexo 6. Instrumento de recolección de datos .....	185
Anexo 7. Matriz de Consistencia .....	186
Anexo 8. Ficha de validación por criterio de jueces-Lic. Luisa María Martínez .....	188
Anexo 9. Ficha de validación por criterio de jueces-juez 2-Dra. Leda Javier Alva .....	191
Anexo 10. Ficha de validación por criterio de jueces-juez 3-Dr. Luis Yarlequé Javier.....	194
Anexo 11. Ficha de validación por criterio de jueces-juez 4-Lic. Enma Quispe Yabar .....	197
Anexo 12. Base de datos .....	200

## INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 representó un desafío importante a nivel mundial, específicamente en el rubro sanitario, debido a que no había sistemas de salud debidamente implementados para afrontar una situación de tal magnitud y, en consecuencia, a nivel mundial, unos 6,7 millones de individuos fallecieron debido al COVID-19 hasta el cierre de enero de 2023 (Statista, 2023). A nivel nacional, hasta esa fecha, se registraron 218 810 defunciones por esta enfermedad (Ministerio de Salud [MINSA], 2023). Los recursos de la mayoría de países fueron desbordados ante el desconocimiento de las características del COVID-19, cuyos primeros casos fueron detectados en diciembre de 2019, en un mercado local de Wuhan, China.

A nivel mundial, los gobiernos, en su intento de frenar el avance de la enfermedad, implementaron una serie de medidas. Estas normas representaron un cambio en el estilo de vida de la población en general, siendo unas de las poblaciones más afectadas los adolescentes y jóvenes, puesto que sus interacciones sociales fueron limitadas, además del reto a adaptarse a la implementación de la modalidad virtual en los estudios universitarios. Si antes, la depresión, la ansiedad y el estrés representaban una problemática que afectaba el bienestar psicológico de la población en general, con la llegada de la pandemia esto se agravó.

Así lo demuestra el trabajo llevado a cabo por Dosil et al. (2022), el cual encontró, a un año y medio desde el inicio de la pandemia en México, síntomas de depresión significativos en el 49,8 % de los universitarios encuestados, síntomas de ansiedad significativos en el 53,2 % y síntomas de estrés significativos en el 44,5 % de participantes. En el país, Peralta (2021) efectuó una investigación en universitarios arequipeños, en la cual halló, en los primeros meses del estado de emergencia nacional, niveles de depresión, ansiedad y estrés en el 34,6 %, 46,7 % y 12,7 % de los encuestados, respectivamente.

A un año y nueve meses del inicio del estado de emergencia nacional a causa del COVID-19 era importante identificar el estado emocional en becarios de una universidad privada de Huancayo, ya que eran tiempos en los cuales los estudiantes aun recibían clases virtuales, la medida de aislamiento social obligatorio de 00:00 a. m. a 4:00 a. m. aún estaba vigente en la provincia y donde, a pesar de que la vacunación en el país ya había avanzado para los adolescentes y jóvenes, existía incertidumbre, pues los medios de información locales informaban de la llegada de la tercera ola de infecciones a causa de la recientemente descubierta variante ómicron.

Es por estos motivos que se decide realizar una investigación para identificar los niveles de depresión ansiedad y estrés en becarios, utilizando la Escala DASS-21, instrumento que se caracteriza por su sencilla aplicación y breve tiempo de aplicación, que sirve como una alternativa eficaz ante la limitación de no poder realizar la recolección de datos de forma presencial. El primer capítulo abarca el planteamiento de la investigación e incluye las delimitaciones, planteamiento y formulación del problema; objetivo general y específicos, justificación e importancia del estudio y la presentación de las variables (variables sociodemográficas a relacionar, definiciones operacionales y operacionalización).

En la segunda sección se aborda el marco teórico, compuesto por los antecedentes del estudio (internacionales, nacionales y locales), la base teórica y la definición de los términos básicos. El tercer capítulo comprende la metodología de la investigación, dividido en lo siguiente: enfoque, tipo, nivel, diseño y categoría de la investigación; población y muestra del estudio; técnicas e instrumentos de recolección de datos; técnicas de procesamiento y análisis de datos, validez y confiabilidad del trabajo y aspectos éticos de la investigación. Cabe mencionar que la investigación es de un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y diseño específico descriptivo simple. Asimismo, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y la muestra la componen 141 becarios de una universidad privada de Huancayo,

El cuarto apartado se enfoca en los resultados del estudio, donde se presenta tablas y figuras de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19; asimismo se exhibe la distribución muestral de cada una de las dimensiones con relación a las variables sociodemográficas; y se expone el análisis estadístico de las diferencias significativas entre las dimensiones y las variables sociodemográficas. También, se da a conocer la discusión de los resultados del estudio y, por último, se muestran las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos del trabajo de investigación.

La investigación presenta un alcance descriptivo simple, el cual nos va a permitir describir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada en el contexto del COVID-19 - 2021, además de establecer las diferencias significativas entre estas dimensiones y las variables sociodemográficas: sexo, edad, semestre, facultad, personas con las que convive, percepción de solvencia económica, preferencia de modalidad de clases y frecuencia de ejercitación física.

La limitación principal del presente trabajo fue la aplicación del instrumento en un momento en el cual ya iba a finalizar el semestre académico 2021-II (a pesar de que se pidieron los permisos respectivos a las autoridades pertinentes cuatro meses antes) y, en consecuencia, hubo dificultades para reunir a los becarios de forma virtual, ya que al no ser una actividad obligatoria, muchos optaron por no ingresar al enlace de Google Meet y/o decidieron salir de la reunión virtual mientras el investigador daba los pormenores del estudio.

Otra de las dificultades que se tuvo fue que, al diseñar por motivos de confidencialidad, un formulario de Google Forms para el consentimiento informado y otro que contenía las preguntas sociodemográficas y los ítems de la Escala DASS-21, muchos de los participantes del estudio completaron solo el formulario de consentimiento informado y no se dieron el tiempo de abrir el enlace que contenía el cuestionario en sí, descartándose así su inclusión en el estudio. Para finalizar, otro

inconveniente fue la poca bibliografía original existente, en el idioma español e inglés, de Lovibond & Lovibond (autores de la Escala DASS-21) por lo que se optó por la bibliografía de las diversas adaptaciones del cuestionario y de otros autores que explican adecuadamente las dimensiones depresión, ansiedad y estrés, tomando en cuenta la estructura de la escala.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Delimitación de la investigación**

##### **1.1.1. Territorial**

Esta investigación se llevó a cabo en la provincia de Huancayo, región Junín. La muestra la conformaron becarios de una universidad privada de Huancayo que cursaban el semestre 2021-II.

##### **1.1.2. Temporal**

Este trabajo se realizó en el semestre académico 2021-II, en el contexto de la pandemia por el COVID-19. Este semestre empezó en agosto y finalizó en diciembre. Las restricciones, a causa del estado de emergencia nacional por la pandemia del COVID-19, aún estaban vigentes y, en consecuencia, los becarios llevaban clases de forma virtual.

##### **1.1.3. Conceptual**

El estudio se enfocó en tres variables: depresión, ansiedad y estrés. Además del aporte de Lovibond & Lovibond (1995), se tomó en cuenta el enfoque de López (2006) sobre la depresión, en lo relacionado a la variable ansiedad se consideró a Clark & Beck (2010) y en lo que concierne a estrés, se tomó como referencia a lo planteado por Naranjo (2009).

#### **1.2. Planteamiento del Problema**

En diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei (China), se empezaron a reportar casos de neumonía con un origen desconocido, que llamó la atención no solo de expertos en China, sino también de la comunidad internacional (Wang et al., 2020). La mayoría de las personas contagiadas tenía una relación directa con el mercado de productos marinos de Huanan, en Wuhan (OMS, 2020). Las autoridades locales

determinaron que el agente que ocasionó el brote es un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que luego recibió la denominación de SARS-CoV-2 (Centro Nacional para la Información Biotecnológica, [Ncbi], 2020, como se citó en Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, [Mscbs], 2021). Poco tiempo después, se empezó a propagar por toda China, por sus países vecinos, en Estados Unidos, en Europa y Sudamérica (Koury y Hirschlaut, 2020).

Debido al desconocimiento de las características del nuevo coronavirus, a nivel mundial la pandemia provocó, hasta enero de 2023, 6,7 millones de muertes; siendo Estados Unidos el país donde se registraron mayor cantidad de fallecidos, con un total de 1 132 132 decesos; seguido por Brasil con un total de 696 731 muertes; e India, con un total de 530 739 fallecidos (Statista, 2023). Además, hasta diciembre de 2022, Perú es el sexto país con más muertes por COVID-19, con un total de 218 810; siendo Lima Metropolitana donde se registró mayor cantidad de defunciones, con un total de 88 644; seguido por la región Piura con 13 211 muertes y la región La Libertad, con 11 010 fallecidos. Junín fue la novena región donde se reportaron mayor cantidad de muertes, con un total de 7 590 (MINSA, 2022).

El 11 de marzo, la OMS (2020) catalogó a esta enfermedad como pandemia, debido a su rápida propagación y debido a que afecta a miles de personas en todo el mundo. A la par, alrededor del mundo se implementaban una serie de medidas para lidiar con la enfermedad, entre las cuales se encontraban el cierre de fronteras, el aislamiento social obligatorio y medidas sanitarias (uso obligatorio de mascarillas, protector facial, etc.) (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2021).

En el país, el 6 de marzo de 2020 se anunciaba el primer caso de coronavirus detectado (Gobierno del Perú, 2020, Noticias). A causa de los elevados contagios y de la precaria logística del sector de salud público para hacer frente a una pandemia, la noche del 15 de marzo, el entonces presidente Martín Vizcarra decretó el estado de emergencia nacional (inicialmente por 15 días calendario) a fin de evitar la propagación

de la enfermedad, cuyas medidas incluyeron el cierre de todas las fronteras, el aislamiento social obligatorio, la restricción al derecho del libre tránsito, el cierre de negocios (a excepción de los locales comerciales que expenden productos de primera necesidad), entre otras medidas (El Comercio, 2020).

Debido a las medidas adoptadas para combatir esta enfermedad, la salud mental de la población mundial se vio afectada. Un informe científico de la OMS (2022) refiere que, durante el primer año de la pandemia, hubo un aumento del 25 % de la prevalencia global de depresión y ansiedad. Esto puede ser explicado por el incremento del estrés a consecuencia del aislamiento social producto de la pandemia, junto con la soledad, miedo al contagio, miedo al sufrimiento y muerte de uno mismo o de los familiares, preocupaciones económicas, miedo e incertidumbre por lo que podía pasar y por la evolución de la pandemia.

Según la Organización Panamericana de la Salud (como se citó en National Geographic, 2022) en Latinoamérica también se ha registrado un alza en el porcentaje de personas diagnosticadas con trastornos mentales: En México, durante el aislamiento social, se registró un aumento de casos de trastorno de estrés postraumático significativo en el 28 % de los participantes de un estudio; en Argentina, un estudio determinó la presencia de síntomas de estrés en el 33 % de los encuestados y de síntomas de ansiedad en el 23 %; y en Brasil, en una publicación de septiembre de 2020, hallaron prevalencia de depresión en el 61 % de los entrevistados, prevalencia de ansiedad en el 44 % y de estrés en el 50 % de los evaluados.

En el país, el MINSA (como se citó en Infobae, 2021, Perú) informa que, a causa de la pandemia, dos de cada diez peruanos sufren de algún trastorno mental (6,5 millones de peruanos aproximadamente). Asimismo, en cuanto a personas mayores a 18 años: 6 de cada 10 fue diagnosticado con un tipo de malestar emocional, el 34,9 % manifestó síntomas depresivos y 13,1 % presentó ideas suicidas. En la región Junín, según estadísticas de la Dirección Regional de Salud (DIRESA JUNÍN, 2020), los casos

de trastornos de ansiedad, depresión y estrés se incrementaron en un 25 % a comparación del año 2019. Estas estadísticas reflejan el desafío que representó la pandemia para la salud mental de las personas.

En específico, uno de los grupos de edad más afectados en su salud mental fueron los estudiantes universitarios. Esto a causa de que la interacción con sus grupos de pares fue limitada; estuvieron más tiempo en casa con la familia; pasaron más tiempo de lo debido frente a una computadora (durante casi dos años recibieron clases virtuales por plataformas como Google Meet, Blackboard, Zoom, entre otras); muchas actividades de ocio que solían realizar fueron prohibidas (realizar deportes colectivos, acudir a conciertos, discotecas, bares); muchos de ellos perdieron a alguien cercano a causa del COVID-19; por la inseguridad financiera causada por la pérdida de empleos; por la exposición constante a noticias negativas ligadas a la pandemia; entre otros factores.

Así lo demuestra el trabajo científico realizado por Cherng et al. (2021), que recolectó información en julio de 2020 en estudiantes universitarios de Malasia y precisó, en cuanto a sintomatología depresiva: que el 15,5 % de los participantes se localizó en el nivel leve, 11,7 % en el nivel severo, 5,1 % en grave y 4,1 % en extremadamente grave; en lo que respecta a ansiedad: 7 % estuvo en el nivel leve, 16,5 % en moderado, 7 % en grave y 6,2 % en extremadamente grave. En último orden, en lo que tiene que ver con la dimensión estrés: 26,3 % se ubicó en el rango leve, 9,5 % en moderado, 5,4 % en severo y 1,2 % en extremadamente severo.

En Perú, el Instituto Nacional de Salud (INS, 2022), refiere que, entre el 40 % y 30 % de los jóvenes de 19 y 26 años manifestaron síntomas de ansiedad y depresión respectivamente a causa de la pandemia. También, Apaza et al. (2020) realizaron un estudio en los meses iniciales del estado de emergencia (abril a mayo de 2020), donde encontraron síntomas de estrés en el 37,8 % de estudiantes universitarios; en lo referido a depresión: hallaron que el 45 % de los encuestados se ubicó en la categoría de

depresión leve, un 48 % en el rango moderado y un 4,1 % en el nivel grave; por último, en lo concerniente a la ansiedad: el 65,2 % de encuestados presentó ansiedad moderada, el 26,4 % se encontró en el nivel grave y un 8,1 % reportó un estado severo.

De la misma forma, Gonzales (2020) llevó a cabo una investigación, entre el segundo y quinto mes desde el inicio del estado de emergencia, en estudiantes universitarios arequipeños e identificó que el 16 % de encuestados presentaba niveles de depresión moderada, 10,3 % niveles de depresión severa y 9 % niveles de depresión muy severa; además 11,3 % manifestó niveles de ansiedad moderada, 7,7 % niveles de ansiedad severa y 16,3 % niveles de ansiedad muy severa. En cuanto a la dimensión estrés: 14 % se ubicó en el nivel moderado, 10,3 % en el nivel severo y 7,3 % en el nivel extremadamente severo.

En la ciudad de Huancayo, Albarracin (2022) efectuó una investigación en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina Humana y halló que el 18,59 % de participantes tuvo depresión moderada; 7,43 % presentó depresión severa; y 7,06 %, depresión extremadamente severa; asimismo el 23,05 % manifestó ansiedad moderada; 13,38 %, ansiedad severa; y 23,79 %, ansiedad extremadamente severa. En cuanto a la dimensión estrés: 14,87 % se ubicó en el nivel moderado, 10,04 % en el nivel severo y 3,35 % en el nivel extremadamente severo.

Por lo expuesto anteriormente, se decide llevar a cabo esta investigación en becarios de una universidad privada, ya que es fundamental identificar el impacto psicológico en tiempos de COVID-19, ya que, sumado a los estragos de la pandemia, debieron lidiar con las responsabilidades académicas para mantener las becas de estudio. Es por eso que se propone el siguiente problema general: ¿cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?

### **1.3. Formulación del Problema**

#### **1.3.1. Problema general**

¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?
- ¿Cuáles son los niveles de estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?
- ¿Existen diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?

### **1.4. Objetivos de la Investigación**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Describir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Detallar los niveles de depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.
- Identificar los niveles de ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.

- Indicar los niveles de estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.
- Establecer si existe diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.

## **1.5. Justificación de la Investigación**

### **1.5.1. Justificación teórica**

Lorenzo et al. (2020) mencionan que la psicología desempeña un rol importante para favorecer la salud y el bienestar humano en tiempos de COVID-19, específicamente en la comprensión psicológica de la pandemia, en la identificación de comportamientos que contribuyan al bienestar humano y la preparación psicológica para la adaptación a “la nueva normalidad” y posteriormente, para el retorno a la vida cotidiana. Es por eso que la presente investigación busca proporcionar información útil sobre el impacto psicológico de la pandemia en estudiantes universitarios de la región Junín, a través del registro de los niveles de ansiedad, depresión y estrés experimentados durante la pandemia.

En la actualidad hay pocas investigaciones en la región sobre el impacto psicológico de la pandemia, es por ello que este estudio proporcionará información y estadísticas para la realización de estudios posteriores y también servirá de soporte para el conocimiento ya existente sobre las repercusiones en la salud mental en estudiantes universitarios.

### **1.5.2. Justificación práctica**

Se espera que, a causa de la pandemia, las autoridades de la universidad tomen mayor importancia a las repercusiones psicológicas de la pandemia en sus estudiantes, pues usualmente se valora mucho más el ámbito académico y no se le presta la debida

atención al ámbito emocional del estudiante. Es por eso que se espera que la investigación sirva como base para que las autoridades de las universidades desarrollen talleres o programas enfatizados en que los estudiantes desarrollen habilidades y aprendan técnicas, para que las situaciones derivadas por la pandemia sean menos difíciles de sobrellevar, y así no haya secuelas psicológicas en el futuro.

### **1.5.3. Justificación metodológica**

Este estudio aportará la adaptación a nivel local, de la escala DASS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Este cuestionario, una vez establecida la validez y confiabilidad, puede ser de suma utilidad, y puede ser empleado en investigaciones futuras, ya que mide tres variables (depresión, ansiedad y estrés) y el cuestionario está conformado por 21 preguntas. Cabe mencionar que en la región existen muy pocas investigaciones en las que se ha utilizado esta escala, es por ello que esta investigación puede ser el punto de partida para dar a conocer este instrumento de fácil aplicación e interpretación.

### **1.6. Importancia y Motivación**

Las restricciones debido al estado de emergencia decretado por el Gobierno para tratar de frenar los altos índices de contagio trajeron consigo un impacto psicológico en toda la población, y uno de los sectores más afectados fue el nivel educativo superior. La pandemia representó un cambio significativo en la vida diaria de los estudiantes universitarios, incluida la de los becarios. Tener que recibir clases de forma virtual, pasar más tiempo con la familia, gestionar el tiempo entre las labores domésticas, educativas y personales, no poder realizar actividades que impliquen la interacción social con las personas de su entorno, son algunas de las situaciones más significativas que tuvieron que afrontar, sumado al cumplimiento de responsabilidades para poder mantener la beca.

Es por ello la importancia de la realización de este estudio, ya que la pandemia significó un cambio importante en la vida cotidiana, y muchas dimensiones de la misma se vieron afectadas, incluido el ámbito emocional. La motivación del investigador es, a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, que las autoridades pertinentes desarrollen intervenciones grupales que permitan a los estudiantes adquirir habilidades y estrategias para poder afrontar de forma eficaz las secuelas psicológicas a consecuencia de la pandemia del COVID-19.

### **1.7. Hipótesis**

Al ser descriptiva, la presente investigación no requiere de hipótesis. Como menciona Hernández et al. (2014), a nivel descriptivo solo se plantean hipótesis si es que la investigación busca predecir algún fenómeno o hecho.

### **1.8. Variables**

#### **1.8.1. Variables a relacionar**

##### **1.7.8.1. Variables sociodemográficas**

- Sexo: Varón y mujer
- Edad: 17 a 19 años, 20 a 23 años y 24 años a más
- Semestre: semestres iniciales (I a III), semestres intermedios (IV a VI) y semestres finales (VII a X)
- Facultad: Ciencias de la Salud, Ciencias de la Empresa, Ingeniería, Humanidades y Derecho
- Personas con las que convive: solo con ambos padres, solo con un progenitor, solo con hermano(s), solo(a), solo con tíos, primos u otros.
- Percepción de solvencia económica: ingresos cubren necesidades básicas e ingresos no cubren necesidades básicas

- Preferencia de modalidad de clases: presencial y virtual
- Frecuencia de ejercitación física: nunca, a veces, con frecuencia, casi siempre

### ***1.8.2. Definiciones operacionales de las variables***

**1.8.2.1. Depresión.** Es un trastorno del estado de ánimo. Se caracteriza por la pérdida de placer al realizar actividades que antes eran consideradas como placenteras, disminución en el rendimiento laboral o académico, problemas de alimentación, problemas para conciliar el sueño o dormir en exceso, entre otros síntomas.

**1.8.2.2. Ansiedad.** En una condición normal, incluye una serie de reacciones que se dan al percibir una amenaza cercana. Este estado prepara al individuo para afrontar, evitar o huir del estímulo valorado como peligroso para su bienestar. Se considera como una patología si la sintomatología supera las capacidades del sujeto y afecta todos los ámbitos de la vida cotidiana.

**1.8.2.3. Estrés.** Está ligado a las reacciones fisiológicas que experimenta un sujeto al percibir que las demandas ambientales sobrepasan sus recursos para poder afrontarlo. Es contemplado como patológico si estas reacciones se manifiestan por periodos prolongados, desbordan en intensidad y afecta al bienestar del sujeto.

### 1.8.3. Operacionalización de las variables

**Tabla 1**

*Matriz de operacionalización de las variables de la Escala DASS-21*

Título preliminar: "DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN BECARIOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 - 2021"			
Variable del estudio			
a) depresión, b) ansiedad, c) estrés			
Conceptualización de la variable			
a) Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se distingue por la pérdida de interés en realizar actividades que antes se hacían sin alguna dificultad, problemas de sueño, problemas alimenticios, ideas recurrentes sobre la muerte o pensamientos suicidas, entre otros síntomas.			
b) Ansiedad: Es una reacción fisiológica del organismo que se da al considerar un estímulo o un evento como peligroso. Prepara al organismo para afrontar la situación. c) Estrés: Es un proceso que se da a partir de la interacción entre un individuo y el medio ambiente. El sujeto considera que no cuenta con los recursos suficientes para afrontar una o más demandas ambientales.			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Depresión	Falta de interés	3	Ordinal
	Inercia	5	Ordinal
	Falta de placer por la vida	10	Ordinal
	Perturbación provocada por ansiedad	13	Ordinal
	Desánimo	16	Ordinal
	Falta de aprecio por sí mismo	17	Ordinal
	Desvalorización de la vida	21	Ordinal
Ansiedad	Excitación del sistema nervioso autónomo	2	Ordinal
	Excitación del sistema nervioso autónomo	4	Ordinal
	Excitación del sistema nervioso autónomo	19	Ordinal
	Experiencia subjetiva de ansiedad	15	Ordinal
	Experiencia subjetiva de ansiedad	20	Ordinal
	Efectos músculo esquelético	7	Ordinal
	Ansiedad situacional	9	Ordinal
Estrés	Dificultad para relajarse	1	Ordinal
	Reacción exagerada	6	Ordinal
	Excitación nerviosa	8	Ordinal
	Fácil agitación	11	Ordinal
	Fácil perturbación	12	Ordinal
	Impaciencia	14	Ordinal
	Irritabilidad	18	Ordinal

*Nota.* Adaptado de Alves et al. (2006)

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Internacionales

Dosil et al. (2022) publicaron “Emotional State of Mexican University Students in the COVID-19 Pandemic” [Estado emocional de estudiantes universitarios mexicanos en la pandemia de la COVID-19], que tuvo como principio medir los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Saltillo, México. El estudio fue descriptivo transversal, con un muestreo no probabilístico, el recojo de datos se realizó a través de un cuestionario de Google Forms debido al contexto. Emplearon la escala DASS-21 y un cuestionario sociodemográfico. Cabe mencionar que la encuesta fue aplicada a un año y medio del inicio de la pandemia. La muestra fue de 252 estudiantes universitarios de 18 a 29 años, 34,1 % de alumnos fueron varones y el 65,9 %, mujeres. En la dimensión depresión: 36,1 % (91) se ubicó en el nivel normal; 15,1 % (38), en leve; 18,9 % (45) en moderada; 9,1 % (23), en severa; y 21,8 % (55) en extremadamente severa. En la dimensión ansiedad: 43,3 % (109) estuvo categorizado en el rango normal; 3,6 % (9), en leve; 17,1 % (43), en moderada; 14,7 % (37), en severa; y 21,4 % (54), en extremadamente severa. Finalmente, en la dimensión estrés: 42,1 % (106) estuvo en el nivel normal; 13,5 % (34), en leve; 18,7 % (47), en moderado; 15,9 % (40), en severo; y 9,9 % (25), en extremadamente severo. Además, encontraron diferencias significativas entre las dimensiones depresión ( $p=.001$ ), ansiedad ( $p=.0001$ ) y estrés ( $p=.044$ ) y la variable independiente sexo; y no hallaron diferencias significativas entre las dimensiones y la variable edad ( $p=.486$ )

Por su parte, Hamaideh et al. (2022), en su investigación “Depression, anxiety and stress among undergraduate students during COVID-19 outbreak and “home-quarantine” [Depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes de pregrado durante el

brote de COVID-19 y la cuarentena domiciliaria], tuvieron la finalidad de identificar los niveles de estas variables en estudiantes universitarios jordanos durante la cuarentena domiciliaria a causa de la pandemia. El estudio fue descriptivo transversal. La muestra estuvo compuesta por 1380 estudiantes universitarios jordanos, de los cuáles 1050 (76,1 % del total) fueron mujeres y 330, varones (23,9 % del total), a quienes se les aplicó, durante el mes de abril de 2020, el cuestionario DASS-21 de forma virtual (modalidad utilizada debido al contexto de la pandemia). En los encuestados se identificó síntomas de depresión: 21,3 % en el nivel normal, 21,1 % en leve, 21,2 % en moderada, 19,9 % en severa y 16,5 % en extremadamente severa; síntomas de ansiedad: 32,1 % en el rango normal, 24,3 % en leve, 16,8 % en moderada, 11,7 % en severa y 15,1 % en extremadamente severa. Por último, síntomas de estrés: 41,3 % estuvo en el nivel normal, 15,5 % en moderado, 19,6 % en moderado, 13,6 % en severo y 10 % en extremadamente severo. También, obtuvieron diferencias significativas entre la dimensión ansiedad ( $p=.041$ ) y la variable sociodemográfica sexo, mas no se halló diferencias significativas con las dimensiones depresión ( $p=.724$ ) y estrés ( $0,774$ ). Por último, no se evidenció asociación entre las dimensiones y el tipo de facultad ( $p=.888$ ).

A su vez, Silva et al. (2021), en su trabajo “Social Distancing: Prevalence of Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms Among Brazilian Students During the COVID-19 Pandemic” [Distanciamiento social: prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes brasileños durante la pandemia de COVID-19], tuvieron como objetivo determinar los niveles de estas variables durante el periodo de distanciamiento social debido a la COVID-19 en estudiantes de un instituto federal en el área metropolitana de Porto Alegre, Brasil. La investigación fue descriptiva-transversal, 208 estudiantes fueron parte de la muestra, a quienes se les aplicó un cuestionario en línea que incluyó una encuesta sociodemográfica y la Escala DASS-21. Las edades oscilaron entre 15 y 64 años y el 80 % de los participantes del estudio fueron mujeres. Encontraron niveles moderados, severos y extremadamente severos de estrés,

depresión y ansiedad en un 49 %, 39 % y 33 % respectivamente. Además, registraron una asociación significativa entre la realización del ejercicio físico de forma regular y síntomas depresivos ( $p=.033$ ). Durante la cuarentena, la población adoptó una postura sedentaria (la mayor parte del día estaban frente al ordenador debido a la educación y/o trabajo remoto). En consecuencia, ante la falta de ejercitación física, existe una mayor predisposición a desarrollar síntomas depresivos.

A su turno, Skrlec et al. (2021), en su publicación “Depression, Anxiety, Stress and Physical Activity in Health Related University Students during COVID-19” [Depresión, ansiedad, estrés y niveles moderados de actividad física en estudiantes relacionados con la salud durante la COVID-19], tuvieron como objeto definir los niveles de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés relacionadas a la actividad física en estudiantes universitarios durante el confinamiento por COVID-19. La investigación fue descriptiva transversal, con una muestra integrada por 212 estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de Osijek, en Croacia. Los datos fueron recogidos, durante abril de 2020, a través de la Escala DASS-21 y el Cuestionario de Actividad Física en el Tiempo Libre de GodinShephard. En lo referido a depresión: 47,2 % se ubicó en el nivel normal; 10,4 %, en leve; 17,5 %, en moderado; 13,7 %, en severa; y 11,3 %, en extremadamente severa. En la dimensión ansiedad: 48,1 % se localizó en el nivel normal; 15,6 %, en leve; 4,2 %, en moderada; 8 %, en severa; y 24,1 %, en extremadamente severa. Y en la dimensión estrés: 45,3 % se halló en el rango normal; 14,6 %, en leve; 10,4 %, en moderado; 16,5 %, en severo; y 13,2 %, en extremadamente severo. También, a partir de los resultados obtenidos, se infirió una relación significativa entre la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés y una disminución de la actividad física, donde el 33 % de los encuestados manifestó no haber realizado actividad física o estar inactivo físicamente.

Mientras que Fawaz & Samaha (2020), en su publicación “E-learning: Depression, anxiety, and stress symptomatology among Lebanese university students

during COVID-19 quarantine” [Aprendizaje en línea: sintomatología de depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes universitarios libaneses durante la cuarentena por COVID-19], tuvieron como fin era evaluar la prevalencia de la sintomatología de estas variables en estudiantes universitarios libaneses durante la cuarentena de COVID-19. El diseño de investigación fue cuantitativo de corte transversal, donde encuestaron a 520 estudiantes universitarios de cuatro provincias de Líbano, sobre su satisfacción con el aprendizaje en línea y la aplicación de la Escala DASS-21, para evaluar la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. El 38,7 % era varón, mientras que el 61,3 %, mujeres. La edad de los encuestados estuvo entre 18 y 36 años. En la dimensión depresión, evidenciaron que el 66,5 % se ubicó en el nivel normal; 17,9 %, en leve; 13,8 %, en moderada; y 1,7 %, en severa. En la dimensión ansiedad, registraron que el 56,2 % se situó en el nivel normal; 13,3 %, en leve; 21,9 %, en moderada; 6,3 %, en severa; y 2,3 %, en extremadamente severa. En la dimensión estrés consignaron que el 87,3 % se localizó en el nivel normal; 11 %, en leve; y 1,7 %, en moderado. Finalmente, llegaron a la conclusión de una relación significativa entre la satisfacción aprendizaje en línea y síntomas de depresión ( $p=.000$ ), ansiedad ( $p=.000$ ), estrés ( $p=.000$ ) en los participantes.

Asimismo, Cortés et al. (2020), en su estudio “Psychological effects and associated factors of COVID-19 in a Mexican Sample” [Efectos psicológicos y factores asociados de la COVID-19 en una muestra mexicana], tuvieron el propósito de describir los niveles de angustia psicológica, ansiedad, depresión y estrés durante la fase inicial de la pandemia. El diseño de la investigación fue descriptivo transversal, la muestra fue de 418 varones y 686 mujeres, de 18 a 65 años, a quienes se les aplicó la escala DASS-21 (Escala de Ansiedad, Estrés y Depresión) y la escala de Impacto de eventos-revisada (IES-R) mediante un formulario de Google. La encuesta fue aplicada desde el 30 de marzo al 5 de abril de 2020. 15,7 % de los participantes manifestaron síntomas depresivos de moderado a severo; 22,6 % reportaron síntomas ansiosos de moderado

a severo y 19,8 % registró niveles de estrés de moderado a severo. Concluyeron que el brote de la COVID-19 tuvo efectos psicológicos de consideración en los encuestados.

### **2.1.2. Nacionales**

Peralta (2021), en su estudio titulado “Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de educación superior en tiempo del COVID-19”, tuvo como objetivo describir los niveles de estas tres variables en estudiantes de educación superior. El tipo de investigación fue descriptivo, diseño no experimental de corte transversal. 522 universitarios de ambos sexos formaron parte de la muestra. El instrumento empleado para recoger datos fue un cuestionario sociodemográfico y la Escala DASS-21. En lo referido a la variable depresión, se registró que un 46,1 % se ubicó en el nivel normal; 19,3 %, en leve; 25,9 %, en el nivel moderado; un 5,6 %, en severa; y un 3,1 %, en extremadamente severa. En lo que respecta a la variable ansiedad: 35,5 % se ubicó en el rango normal; 17,8 %, en leve; 25,5 %, en moderada; 10,7 %, en severa; y 10,5 % en extremadamente severa. En la variable estrés: 69,9 % se posicionó en el rango normal; 17,4 %, en leve; 7,5 %, en moderado; 4,6 %, en severo; y 0,6 %, en extremadamente severo. También, encontraron una diferencia significativa entre las variables ansiedad y sexo, registrando que las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad. Por otro lado, identificaron diferencias significativas entre los niveles de depresión ( $p=.001$ ) y estrés ( $p=.017$ ) con la variable nivel socioeconómico, siendo los de nivel bajo quienes experimentan mayores niveles de depresión y estrés.

Por su parte, Sánchez et al. (2021), en su publicación “Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a las variables mencionadas en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19, emplearon un diseño observacional transversal. La muestra fue compuesta por 1264 estudiantes universitarios de distintos departamentos del Perú, a quienes se les aplicó “el inventario de comportamiento desajustado, ante la presencia del COVID-

19 en la población peruana” y “el cuestionario de Aceptación y acción” (AAQ II por sus siglas en inglés). Para el análisis estadístico utilizaron el chi cuadrado. Con referencia a las variables del estudio, se encontró que 48,8 % de los estudiantes tuvieron niveles de ansiedad baja, 42,4 % niveles de ansiedad media y 8,8 % niveles de ansiedad alta. Y en la variable depresión se registró que el 55 % se ubicó en el nivel bajo, 36,2 % en el nivel medio y 8,8 % en el nivel alto. Hallaron que los estudiantes universitarios mayores a 26 años presentaron menores niveles de ansiedad ( $p=.006$ ) y depresión ( $p=.006$ ) que los menores. Además, registraron una mayor presencia de ansiedad ( $p=.001$ ) en mujeres que, en varones, mas no hubo diferencias significativas entre género y la variable depresión ( $p=.321$ ). Por último, establecieron la existencia de una diferencia significativa entre carrera profesional y depresión ( $p=.049$ ), siendo los estudiantes de Humanidades quienes presentan mayores niveles de depresión que los de Ciencias de la Salud.

A su vez, Zuñiga (2021), en su producción “Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de la escala DASS-21”, cuyo fin de su trabajo fue determinar el grado de depresión, ansiedad y estrés en universitarios de los primeros semestres de la UNALM. La muestra fue compuesta por 462 estudiantes, de ambos sexos, que fueron escogidos por un método no probabilístico por conveniencia. El enfoque empleado fue cuantitativo, con un diseño descriptivo. En la dimensión depresión identificaron que el 34 % estuvo en el rango normal; 14,7 %, en leve; 25,3 %, en moderada; 10,6 % en severa; y 15,4 %, en extremadamente severa. En la dimensión ansiedad obtuvieron que el 35,9 % estuvo en el nivel normal; 7,6 %, en leve; 28,1 %, en moderada; 11,5 %, en severa; y 16,9 %, en extremadamente severa. Y en la dimensión estrés evidenciaron que el 38,1 % se ubicó en el nivel normal; 20,1 %, en leve; 19,3 %, en moderado; 15,2 %, en severo; y 7,4 %, en extremadamente severo. Obtuvieron una mayor presencia de ansiedad en las mujeres ( $p=.005$ ) e identificaron que no existe una

diferencia significativa entre los niveles de estas dimensiones y las carreras profesionales (p-valores de 0,081, 0,190 y 0,147 respectivamente).

A su turno, Saravia et al. (2020), en su investigación titulada “Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de 1.º año en tiempos de COVID-19”, tuvieron como objetivo identificar los niveles de ansiedad de estudiantes de medicina durante la pandemia. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, la muestra incluyó a 57 estudiantes y la recolección de datos fue virtual, debido al contexto. Emplearon la “Escala de Medición del Desorden de Ansiedad Generalizada-7” (GAD-7). Los resultados indicaron que el 75,4 % de los encuestados evidenció algún grado de ansiedad, debido al confinamiento producto de la pandemia: 52,53 % registró ansiedad leve; 7 % se ubicó en ansiedad moderada; y 15,8 %, en el nivel de ansiedad severa. Encontraron un mayor grado de ansiedad manifestado en las mujeres ( $p=.045$ ) y no hallaron relación significativa entre edad y nivel de ansiedad ( $p=.058$ ).

### **2.1.3. Locales**

Rosas et al. (2022), en su trabajo nominado “Efectos psicosociales del COVID-19 en universitarios de la Facultad de Trabajo Social-Universidad Nacional del Centro del Perú”, tuvieron la finalidad de identificar los efectos psicosociales del COVID-19 en estudiantes de la facultad de Trabajo Social de la UNCP. La investigación fue de tipo básico, nivel descriptivo, carácter cuantitativo. La población estuvo conformada por 320 estudiantes, tomando como muestra 90 estudiantes matriculados del periodo 2021-1 quienes completaron la escala de estresores en la salud, una encuesta validada para medir el aspecto social y la escala Zung. Encontraron algún nivel de estrés en un 15 % de las personas encuestadas y 25 % reportaron algún nivel de ansiedad. Concluyeron que los efectos psicosociales del COVID-19 estuvieron relacionados a ámbitos como limitaciones a los servicios de salud, problemas económicos-laborales, dificultades para acceder a la educación en línea. Sin embargo, el manejo emocional eficaz de los

participantes del estudio se evidenció en los bajos niveles de estrés y ansiedad registrados.

Mientras que Cotrina y Rojas (2022), en su estudio de nombre “Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad entre los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo-2021”, se enfocaron en identificar los factores relacionados con la ansiedad y depresión en estudiantes de la facultad mencionada. El estudio fue retrospectivo y analítico, ya que se aplicó el inventario de ansiedad (BAI) y depresión (BDI-2) de Beck, desde abril de 2020 a abril de 2021 a 129 estudiantes de Medicina, de los cuales el 48,1 % fueron varones y el 51,9 % mujeres. Como resultado, hallaron una prevalencia de ansiedad en el 55,9 % de los participantes del estudio y una prevalencia de depresión en el 38 %. También, se evidenció que los años de estudio en la Facultad de Medicina causa, con el paso de los años, la presencia de mayor sintomatología en los estudiantes (se comparó los resultados de los estudiantes de todos los semestres).

Por su parte, Escobar & Landa (2021), en su investigación “Estrés moderado o severo asociado al ser internos de medicina o de otras carreras de la salud durante la pandemia, Perú”, identificaron si el estrés moderado o severo estuvo relacionado con ser internos de medicina u otras carreras de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19. El estudio fue transversal analítico, encuestaron de forma virtual a 1523 estudiantes de medicina (58,3 % mujeres 41,7 % varones) y otras carreras de salud durante el 2020, emplearon el test DASS-21 y preguntas socioeducativas. Encontraron que el 53,1 % de los encuestados se ubicó entre los niveles de estrés moderado, severo y extremadamente severo; 52,4 % entre niveles de ansiedad moderada, severa y extremadamente severa; y el 45,9 % entre niveles de depresión moderada, severa y extremadamente severa. La investigación de los autores se enfocó en la dimensión estrés, es por eso que detectaron una relación significativa entre esta variable y ser interno de alguna carrera de salud ( $p=.006$ ). Por último, obtuvieron menores niveles de

estrés moderado o severo en todos los años antes del internado ( $p=.031$ ) y mayor sintomatología en mujeres ( $p=.027$ ).

## **2.2. Base Teórica**

### **2.2.1. Depresión**

La depresión es conceptualizada como “un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria..., cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos” (Beck et al., 1983; Ellis, 1981, 1990, como se citó en Piqueras et al., 2008, p. 52).

El psiquiatra estadounidense Aaron Beck plantea que la premisa básica de la depresión:

Se caracteriza fundamentalmente por la existencia de errores cognitivos que conducen al individuo deprimido a percibir e interpretar la realidad de una manera negativa. Es decir, en términos del paradigma del procesamiento de información, la depresión se caracterizaría por un procesamiento distorsionado negativamente de la información (Ortiz, 1997, como se citó en Serrano et al., 2013, p. 49).

Asimismo, Pérez y García (2001) refieren que en la depresión suelen identificarse ciertos patrones conformados por síntomas que suelen manifestarse en cuatro dimensiones: síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí mismo, del futuro y del mundo, desesperanza, remordimiento, baja autoestima, desmotivación), síntomas afectivos (desánimo, tristeza, bajo humor), síntomas físicos (relacionados al sueño, al apetito) y síntomas conductuales (no participación en actividades sociales a las que antes la persona solía acudir, actitud desganada, lentitud al caminar y al expresarse, disminución de conductas frecuentes).

### 2.2.1.1. Modelos teóricos de la depresión

**a) Modelo cognitivo.** Explica la depresión desde tres conceptos determinados: triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos (Beck et al., 2010).

**a.1.) Triada cognitiva.** Está conformada por tres elementos: el primero está enfocado en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo: el paciente tiene una baja autoestima. Suele atribuir a sus propios defectos como los causantes de su infortunio. Cree que nunca alcanzará la felicidad, ya que no tiene las cualidades esenciales para lograrlo. El segundo se centra en la visión negativa de las experiencias del paciente: el sujeto cree que no tiene capacidad para hacer frente a las demandas del mundo, suele interpretar de forma derrotista o de frustración las interacciones con su medio social. El tercero es la visión negativa del futuro: el sujeto proyecta que su sufrimiento actual va a continuar de forma indefinida, considera que no hay alguna solución posible y piensa que todo lo que intente hacer para mejorar su situación, va a fracasar (Beck et al., 2010)

**a.2.) Esquema cognitivo.** La base de las interpretaciones que realiza el sujeto de los sucesos que le acontecen son ciertos patrones cognitivos permanentes llamados "esquemas". Estos esquemas pueden estar inactivos durante mucho tiempo y pueden ser activados por alguna situación específica. Es muy probable que esta situación incida directamente en la respuesta del sujeto. En el caso de la depresión, las ideas, los conceptos de los pacientes ante ciertas situaciones se alteran hasta tal punto de formar esquemas inadecuados. A medida que el trastorno va empeorando, el pensamiento es controlado por ideas negativas (así no exista relación entre los eventos de la vida real y la interpretación de estos). Por ende, el paciente no tiene la capacidad para identificar los pensamientos que le generan malestar. Además, se deduce que los esquemas cognitivos del depresivo no están relacionados del todo a la estimulación externa que reciba el sujeto, en consecuencia, el sujeto no se percata de los cambios que pueda haber en su entorno (Beck et al., 2010).

**a.3.) Errores cognitivos.** Los errores en el procesamiento de la información del depresivo causan el convencimiento del paciente en la veracidad de sus creencias e ideas negativas, aun cuando existan hechos que demuestren lo opuesto (Beck et al., 2010). Se tienen los siguientes errores en el procesamiento de la información:

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta). El sujeto plantea una conclusión anticipada, sin que haya hechos que apoyen o refuten esa idea.
- Abstracción selectiva (relativa al estímulo). El sujeto enfoca su atención en un detalle que no es importante para los demás. Sin embargo, construye sus ideas a partir de esa parte.
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta). A partir de uno o más sucesos excepcionales, el sujeto elabora una regla general o síntesis que aplica a otros eventos relacionados o a sucesos que no tienen ninguna relación.
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta): Al evaluar un suceso, el sujeto lo sobreestima o lo subestima, basándose en sus esquemas cognitivos y no en las características del problema.
- Personalización (relativo a la respuesta): El sujeto se atribuye la ocurrencia de eventos externos aun cuando no hay un sustento firme para ello.
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta). El sujeto suele realizar clasificaciones solo en categorías opuestas, para él no existen intermedios. Además, cuando se describe a sí mismo, emplea extremos negativos.

**b) Modelo conductual.** La idea principal de este modelo es que la depresión es causada por la interacción negativa entre el sujeto y su medio social, en la cual factores

como los pensamientos, las emociones y las conductas pueden incidir y ser afectadas por estas relaciones del sujeto con su entorno, dándose así una relación recíproca. Para el tratamiento de esta problemática, se suelen utilizar estrategias conductuales enfocadas en modificar ciertos patrones conductuales (Antonuccio et al., 1989, como se citó en Vásquez et al., 2000).

A continuación, se presentan los principales modelos conductuales para explicar la depresión:

**b.1.) La disminución del refuerzo positivo.** Refieren que la depresión es producto de la disminución de reforzadores positivos que se presentan cuando el sujeto ejecuta algunas conductas. Estos reforzadores están influenciados por 1) el número de eventos que son potencialmente reforzadores para el sujeto; 2) el número de sucesos potencialmente reforzadores que ocurran; y 3) las habilidades que tenga la persona en su repertorio conductual que sirvan como incentivo para reforzar sus conductas (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn et al., 1979, 1986, como se citó en Vásquez et al., 2000)

Vásquez et al. (2000) plantean que la secuenciación de conexiones causales está incluida en la teoría de la disminución del refuerzo positivo. Esto inicia cuando ocurre un suceso aversivo para el sujeto, potencial para causar depresión, que provoca una reducción de los refuerzos positivos y aumenta las experiencias hostiles. Por lo tanto, el sujeto experimenta un incremento de autocríticas y expectativas negativas y esto se manifiesta en todo ámbito de la vida cotidiana (pensamientos, emociones, conducta, relaciones interpersonales, etc.).

**b.2.) Entrenamiento en autocontrol.** Esta teoría refiere que la depresión es producto negativo de la asociación entre recompensas y castigos, donde el sujeto aporta a esta relación con sus respuestas cognitivas y conductuales. Los sujetos con depresión se caracterizan por ser perfeccionistas, se plantean metas difíciles de conseguir, se enfocan en lo negativo de su entorno y suelen usar pocos o ningún refuerzo mientras llevan a cabo conductas de autocastigo. La ocurrencia de eventos que causen síntomas

depresivos es causada por patrones cognitivos disfuncionales y una escasez de estrategias de autocontrol (Rehm, 1977, como se citó en Vásquez et al., 2000).

**b.3.) El modelo de Nezu.** Nezu et al. (1997, 1989, como como se citó en Vásquez et al., 2000) proponen que la depresión es causada porque el sujeto carece de habilidades para la solución de problemas. Los autores plantearon que existen 5 componentes para la solución de problemas, y que la depresión se origina por un déficit en alguno de estos: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación de problemas; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

**c) Modelo psicoanalítico.** Freud refiere que los estados anímicos o afectos depresivos son originados por anomalías en el sistema nervioso o algún otro órgano (Freud, 1890, como se citó en Korman & Sarudiansky, 2011). Los síntomas depresivos están incluidos en lo que el médico neurólogo austriaco denominó como “melancolía”. Freud (1915, como se citó en Korman & Sarudiansky, 2011) describe que este estado se caracteriza por “una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se manifiesta en autorreproches y autodenigraciones”.

**2.2.1.2. Niveles de depresión.** Según la OPS (2008) existen los siguientes niveles:

**a) Depresión leve.** Se presentan dos o tres de los siguientes síntomas: decrecimiento del ánimo, reducción de energía, disminución de actividad, se reduce capacidad para disfrutar, el interés y concentración; cansancio frecuente (aun cuando no se ha llevado a cabo un esfuerzo significativo), alteración del sueño y del apetito, baja autoestima, ideas de culpa y de ser inútil. El paciente puede encontrarse tenso, pero tiene la capacidad para proseguir con sus actividades cotidianas.

**b) Depresión moderada.** Se manifiestan cuatro o más síntomas de los presentados en el párrafo anterior. Existe la probabilidad de que el sujeto no pueda continuar con sus actividades cotidianas.

**c) Depresión grave.** Los síntomas que predominan en este nivel son la baja autoestima y las ideas de culpabilidad y ser inútil. Habitualmente hay pensamientos y acciones suicidas y también hay la presencia de síntomas somáticos.

### 2.2.1.3. Síntomas

**a) Síntomas afectivos.** Se presenta la siguiente sintomatología (López, 2006):

- Tristeza patológica o humor depresivo. Se manifiesta con un sentimiento de desesperanza, vacío, pena y en un estado grave: como ausencia de sentimientos.
- Anhedonia. Se define como la pérdida de placer de aquello que era agradable para el sujeto. Este estado lleva a la pasividad y al aislamiento.
- Ansiedad secundaria a la depresión. Está representado por un miedo irracional, sin un motivo aparente, de que ocurra un suceso catastrófico. Esto hace que el sujeto esté en constante estado de alerta y desesperación, que lo motiva a pedir apoyo.
- Irritabilidad. Se expresa en conductas violentas, desmedidas y sin algún motivo aparente para esa reacción.
- Disforia. Es un estado de malestar general donde se combinan sentimientos pesimistas, ansiedad, malhumor, cólera.
- Apatía. El sujeto expresa un estado de indiferencia completa.

**b) Síntomas fisiológicos.** Se expresa en lo siguiente (López, 2006):

- Trastornos vegetativos. Representados por dolores de cabeza atípicos, fatiga (aun cuando no se haya realizado alguna actividad significativa), pérdida de peso,

de apetito, estreñimiento, molestias en la parte superior del abdomen (dispepsia), taquicardia, alteración de la libido, desórdenes en el sueño como insomnio o hipersomnias.

**c) Síntomas conductuales.** Se manifiesta en lo siguiente (López, 2006):

Alteraciones en la actividad psicomotora. Descuido en la apariencia personal, disfunciones en el lenguaje (lento, mutismo, el sujeto no toma la iniciativa), decrecimiento del rendimiento en todos los ámbitos, conductas de inhibición social, comportamientos suicidas.

**c) Síntomas cognitivos.** Se da la siguiente sintomatología (López, 2006):

Alteraciones del pensamiento. Alteración de capacidad para estar concentrado, para planificar y razonar. El paciente presenta ideas fatalistas de ser inútil, culpa, de ruina que llevan a la desesperanza. Además, pueden estar presentes ideas de suicidio o hacerse daño.

**2.2.1.4. Etiología.** La depresión es un trastorno de etiología no determinada. Se ha probado, a partir de la observación de grupos de pacientes con este diagnóstico, la condición biológica de este trastorno, explicado desde la carga hereditaria, sin estresores que incidan negativamente en el estado funcional. También, se ha evidenciado factores predisponentes, como una disfunción en neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina; factores determinantes, como la inclusión de modelos significativos en la niñez dentro del núcleo familiar o fuera de este; y factores desencadenantes como violencia en el núcleo familiar, abuso sexual, pérdidas materiales, pérdida de alguien significativo, entre otros (MINSA, 2008). En conclusión, se hace la inferencia que la depresión es causada por la interacción de factores biológicos, psicosociales y ambientales. A continuación, se detallan factores de riesgos asociados al desarrollo de este trastorno.

**a) Factores biológicos.** Cuando existe una historia familiar del trastorno, hay un mayor riesgo de desarrollar una depresión clínica. Esto nos da a entender que existe una predisposición biológica a desarrollar este trastorno. También, se ha evidenciado que las personas diagnosticadas con trastorno bipolar tienen una mayor predisposición a desarrollar este mal. Cabe recalcar que no todas las personas que tienen antecedentes familiares de la enfermedad la desarrollarán y que hay personas que sufren de esta enfermedad sin necesariamente tener un historial familiar del trastorno (MINSa, 2008).

**b) Factores ambientales.** Un núcleo familiar comunicativo reduce las probabilidades de desarrollar este trastorno, mientras que las familias inflexibles y discordes son más propensas a que uno de los miembros sufra de depresión. Estas incluyen casos de desequilibrio emocional en los progenitores, sobre todo en la madre, ya que la depresión materna incide en la predisposición a que el niño sufra de depresión. También, están los casos donde hay frecuentes discusiones y problemas y casos donde los progenitores se separaron (si los padres tienen una buena relación después de la separación, los niños suelen asumir, al cabo de un año, la situación de buena forma) (MINSa, 2008).

Para la prevención y rehabilitación de la depresión es fundamental una firme red de soporte social, en las que están incluidos los amigos y la familia. Diversos estudios han demostrado que padres tanto distantes como sobreprotectores causan una rehabilitación lenta de la depresión (MINSa, 2008).

**c) Factores psicosociales.** Se ha evidenciado que aquellos individuos con creencias y/o convicciones profundas relacionadas a la espiritualidad (no necesariamente asociadas a una religión) tienen un menor riesgo de sufrir depresión. Es por eso por lo que se debe trabajar en instruir métodos para que las personas se autorrealicen espiritualmente y así que esto sea una red de soporte para combatir la depresión (MINSa, 2008).

**2.2.1.5. Prevalencia.** La OMS (2015, como se citó en OPS, 2017) estimó que el porcentaje de la población mundial diagnosticada con depresión fue de 4,4 % (aproximadamente 300 millones de personas). Asimismo, ha catalogado a esta enfermedad como la principal causa que incide en la discapacidad mundial (superior a los 7,5 % de todos los años vividos con discapacidad en el 2015). Este mal es más común en las mujeres (5.1 %) que en los varones (3.6 %). La tasa de prevalencia cambia según la edad y llega a su máximo entre las edades de 55 y 74 en más del 7,5 % de mujeres y en más de 5,5 % de varones. La depresión también es diagnosticada en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un menor grado a comparación de los grupos de mayor edad. Se calcula que, en el 2015, el número total de individuos con depresión es de 322 millones. Tomando en cuenta las proyecciones hechas en el 2005, el número de personas con depresión creció en un 18,5 %.

Tomando como referencia las estimaciones hechas por la OMS (2015, como se citó en OPS, 2017), en América Latina casi un 6 % de la población femenina y un aproximado de 4 % de la población masculina sufre de esta enfermedad. Además, alrededor de 15 % de los casos a nivel mundial, reside en esta región. En el Perú, 4,8 % de la población ha sido diagnosticada con esta enfermedad, siendo el segundo trastorno mental más común entre los peruanos (después de los trastornos de ansiedad).

**2.2.1.6. Fisiopatología.** Baldwin y Birtwistle (2002, como se citó en Guadarrama et al., 2006) refieren que la incidencia del factor biológico y/o hereditario es más notorio en pacientes con formas severas de depresión y con sintomatología de depresión endógena (presenta un origen biológico, no tiene una causa externa definida). Hay una mayor predisposición a desarrollar esta enfermedad en parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos), sin tomar en cuenta factores externos como los efectos del medio ambiente, crianza y/o educación.

Caspi et al. (2003, como se citó en Guadarrama et al., 2006) realizaron un estudio que tuvo como propósito el determinar por qué ciertos eventos estresantes causaron depresión en unas personas y en otras no. Se halló que una variación funcional en la secuencia del ADN, del área donde se ubica el gen transportador de la serotonina (5-HTT), modifica la incidencia de los sucesos estresantes en la depresión. Las personas con una o más réplicas del alelo corto del 5-HTT evidenciaron más sintomatología depresiva y tendencias al suicidio que aquellas personas con un solo alelo. Se puede concluir que, la afrenta de un sujeto a los eventos estresantes de la vida cotidiana es controlada por su organización genética.

Hay certeza de que niveles anómalos de dopamina, serotonina y norepinefrina, neurotransmisores que trabajan en las neuronas del sistema nervioso central, tienen relación directa con la depresión. La dopamina es un neurotransmisor regulador (inhibitorio), que se involucra en el sostenimiento del estado de alerta (atención) en las vías mesocortical y mesolímbica. La noradrenalina es un neurotransmisor que surge en el *Locus coeruleus* (núcleo encefálico), cuya actividad de sus neuronas incrementa durante episodios de estrés y durante el estado de alerta, de esta forma ayuda al organismo a hacer lo necesario para su supervivencia. Un agotamiento de las reservas de neurotransmisores en el *Locus coeruleus* predispone a una persona a sufrir de esta enfermedad. Por último, la serotonina es fundamental para el estado de ánimo, la apreciación del dolor, la actividad sexual, el apetito, el sueño, la atención, la conducta, el movimiento y las funciones cardíacas. Se hace la inferencia de que una disminución de este neurotransmisor causa la sintomatología de la depresión (alteraciones en el apetito, insomnio, anhedonia, baja autoestima, etc.) (Blows, 2000, como se citó en Guadarrama et al., 2006).

Existen dos circuitos neuroanatómicos esenciales para el control del estado de ánimo: el circuito límbico-talámico-cortical, que comprende la corteza prefrontal (medial y ventrolateral), la amígdala y los núcleos dorsomediales del tálamo; y el circuito límbico-

estriado-pálido-talámico-cortical. Anomalías o disfunciones en distintas partes de estos circuitos podrían explicar el inicio de los trastornos depresivos. También, se ha evidenciado alteraciones estructurales en el cerebelo, lóbulo frontal, ganglios basales y lóbulo temporal: se ha observado que en pacientes con trastorno depresivo mayor tienen los ganglios basales y el lóbulo frontal reducidos, mientras que los pacientes con trastorno bipolar presentan anomalías en el lóbulo temporal (Shiah & Yatham, 1998, como se citó en Guadarrama et al., 2006).

**2.2.1.7. Características clínicas.** Álvarez et al. (2019) refieren que el síntoma que más distingue a la depresión es la tristeza, que puede estar presente o no pueda ser percibido. Las personas con este trastorno tienen un concepto negativo de sí mismos y del mundo, además de estar desesperanzados, sentirse inútiles y manifestar un dolor emocional que les causa angustia. Dos tercios de los pacientes con depresión idean suicidarse y entre el 10 % y el 15 % llega a ejecutarlo. Otros de los síntomas son la apatía, la anergia (falta de vitalidad), la anhedonia (pérdida del placer) y la astenia (fatiga). También, puede haber disfunciones a nivel de la memoria, la atención, el pensamiento, hábitos, ritmos circadianos, impulsos, la psicomotricidad, la afectividad y nivel orgánico.

En lo que se refiere a sintomatología somática, se pueden manifestar tanto en la cohibición completa como en la agitación grave, en movimientos psicomotrices lentos y en torpeza motora. También, incluyen visión borrosa, dolores de cabeza, sequedad en la boca, mareos, sensación de nudo en la garganta, molestias abdominales, falta de fuerza en las extremidades, ausencia de energía, dolores sin especificar, etc. (Mitchell et al., 2009, como se citó en Álvarez et al., 2019).

Durante la entrevista psicológica o psiquiátrica se sugiere preguntar al paciente sobre la presencia de estos síntomas, haciendo uso de preguntas fáciles de entender, por ejemplo: si durante el último mes se ha sentido usualmente desanimado, sin ánimos, sin esperanza, deprimido o si en el último mes se ha sentido enfadado por no disfrutar

o tener poco interés de hacer las cosas cotidianas que usualmente le gustaba realizar (Park & Zarate, 2019, como se citó en Álvarez et al., 2019).

**2.2.1.8. Criterios diagnósticos.** El DMS-5 (2013, como se citó en Álvarez et al., 2019), en el capítulo de trastornos depresivos, especifica las siguientes consideraciones clínicas: 1) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; 2) trastorno depresivo persistente (distimia), 3) trastorno de depresión mayor, 4) trastorno inducido por sustancias o medicamentos, 5) trastorno disfórico premenstrual, 6) trastorno depresivo debido a afección médica, 7) otro trastorno depresivo especificado y 8) trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo mayor es una de las enfermedades mentales que son usualmente diagnosticadas. Comúnmente es asociada a una desmejora de la calidad de vida, elevados costos farmacológicos y sanitarios, un peso negativo enorme para el afectado y sus familiares, presencia de otras enfermedades (comorbilidad), alta tasa de mortalidad y riesgo de suicidio (Álvarez et al., 2019). Se procederá a describir los criterios diagnósticos de este trastorno, ya que las otras consideraciones clínicas incluidas en el capítulo de trastornos depresivos en el DSM-5, no guardan relación con los intereses del estudio.

Para el diagnóstico de trastorno depresivo los síntomas deben estar presentes durante al menos 14 días. Estos son los criterios diagnósticos: (DSM-5, 2013, como se citó en Álvarez et al., 2019).

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas deben estar presentes como mínimo durante dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer. No se deben incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

- i. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo,

se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de las otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

- ii. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- iii. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
- iv. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- v. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- vi. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- vii. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- viii. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- ix. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

**2.2.1.9. Abordaje.** La depresión es un trastorno que altera el pensamiento del paciente, distorsiona los procesos cognitivos en menor o mayor forma. Los trastornos depresivos leves son abordados con psicoterapia, mientras que los moderados y graves (sin síntomas psicóticos) son tratados con psicoterapia y antidepresivos, las dos a la vez, para poder restablecer el bienestar del paciente (Navas & Vargas, 2012).

Los fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión alivian el estado de ánimo en general, pero sin modificar la forma de pensar y hacer frente a las situaciones conflictivas que caracterizan a estos pacientes. Es por lo que se recomienda que los casos de depresión moderados y graves sean abordados, a la vez, con antidepresivos y un tratamiento psicológico eficaz (Navas y Vargas, 2012).

Además, Pérez (2017) menciona que la atenuación de la sintomatología y restaurar la funcionalidad del paciente es el propósito fundamental de los tratamientos antidepresivos (cualquiera sea su enfoque).

**a) Tratamiento farmacológico.** Algo similar que tienen muchos de los fármacos utilizados para tratar la depresión es su actuar sobre el sistema monoaminérgico. Tienen como fin regular cualquiera de estos neurotransmisores: serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA). Cabe mencionar que los efectos colaterales usualmente se presentan en los días iniciales del tratamiento a causa del incremento de los neurotransmisores antes mencionados, por otro lado, un alivio de los síntomas del

trastorno depresivo probablemente tarde de 2 a 4 semanas, contando desde el inicio del tratamiento, ya que es necesario que es necesario una adaptación del organismo (Pérez, 2017).

A continuación, se presentan los antidepresivos más utilizados:

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Actúan libremente en receptores postsinápticos y en autorreceptores 5-HT<sub>1A</sub>, y provocan la inhibición del transportador de la serotonina (SERT), que en un normal funcionamiento reintroduce este neurotransmisor a la neurona para ser reutilizada. Los efectos adversos más usuales son los siguientes: náuseas, diarrea, boca seca, disfunción sexual y síntomas de ansiedad (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN). Además del bloqueo de los transportadores de serotonina (SERT), por los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los IRSN inhiben el transportador de noradrenalina (NAT). Es por ello que son denominados como antidepresivos “duales”. Aparte de incrementar la producción de serotonina y noradrenalina, incrementan las concentraciones de dopamina en la región prefrontal, ya que aquí la dopamina es recapturada por el transportador de noradrenalina (NAT), y no por el transportador de dopamina (DAT). Los efectos negativos más comunes son los siguientes: dolores de cabeza, insomnio, diarrea, náuseas, disfunción sexual, incremento de la tensión arterial, entre otros (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND). Estos antidepresivos bloquean los transportadores de dopamina (DAT) y noradrenalina (NAT), aumentando las concentraciones sinápticas de estos neurotransmisores. Los efectos secundarios son boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, ansiedad, dolores de cabeza, incremento de tensión arterial (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN). Inhiben el transportador de noradrenalina (NAT), que causa una disponibilidad sináptica mayor de noradrenalina y dopamina en la región prefrontal. Actualmente, su utilización es catalogada como controversial. Como efectos negativos encontramos: insomnio, ansiedad, constipación, disfunción sexual, mareos (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Agonistas de melatonina. La melatonina es una hormona responsable de los ciclos de sueño y de la vigilia. Entonces, los fármacos agonistas de melatonina causan una acción similar a lo que genera la producción de la melatonina en condiciones normales. Náuseas, mareos, somnolencia, cefalea son los síntomas secundarios (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Antagonistas alfa-2. Inhibe autorreceptores y heterorreceptores noradrenérgicos. En condiciones normales, este receptor impide la liberación de serotonina y noradrenalina. Entonces este tipo de antidepresivo permite la liberación de estos neurotransmisores. Son efectos secundarios: aumento de apetito, constipación, mareo, hipotensión, boca seca (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Inhibidores de recaptura de serotonina y antagonistas serotoninérgicos. Inhibe el transportador de serotonina (SERT), que causa un incremento en el nivel de serotonina en la hendidura sináptica. Encontramos como consecuencias colaterales: náuseas, visión borrosa, edema, mareo, sedación, constipación e hipotensión (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO). Hay dos subtipos de monoamino oxidasa (MAO): A y B, los cuáles metabolizan diferentes sustratos. La enzima MAO-A metaboliza serotonina, noradrenalina, dopamina y tiramina. Por lo tanto, al bloquear la acción de estos neurotransmisores, incrementa sus concentraciones utilizables. Los efectos adversos comunes que se suelen presentar son los siguientes:

visión borrosa, boca seca, diarrea, fatiga, disfunción sexual, incremento de tensión arterial, constipación (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

- Antidepresivos tricíclicos (ATC). Presentan en su estructura química tres anillos de benceno. Inhiben la recaptura de serotonina y noradrenalina. Usualmente causa efectos colaterales que son poco tolerados por los pacientes (Pérez, 2017) como constipación, gastritis y aumento de peso (Navas y Vargas, 2012).

- Antidepresivos multimodales. Su efecto antidepresivo se explica en la mezcla de varios mecanismos de acción: bloqueo del transportador de serotonina (SERT), transportador de dopamina (DAT) y transportador de noradrenalina (NET). Produce efectos negativos que son tolerables por los pacientes (Stahl, 2013, como se citó en Pérez, 2017).

**b) Tratamiento psicológico.** A continuación, se muestran los tratamientos psicológicos más relevantes:

- Psicoterapia de apoyo. Su propósito principal es moderar la sintomatología del paciente, brindando un espacio donde haya empatía y escucha activa y así instruirlo en cómo hacer frente a los sucesos que desencadenan los síntomas. Es indispensable crear un espacio de confianza y calidez para una buena relación entre el profesional y el paciente, donde este último debe sentirse escuchado y sin temor a ser juzgado. El psicólogo debe de identificar el problema y las posibles causas que lo desencadenaron. También, debe plantear posibles soluciones y sugerencias para ayudar en la toma de decisiones al paciente (si es el caso lo requiere), ya sea en el ámbito personal, familiar o profesional. El profesional debe tener en claro que es esencial no ocasionar una relación de dependencia extrema entre el paciente y él (Chamorro, 2004, como se citó en Navas & Vargas, 2012).

- Psicoterapia interpersonal. El principio básico de este tipo de psicoterapia es que la causa de los síntomas está relacionados a factores biopsicosociales y a un

manejo inadecuado del estrés interpersonal o psicosocial. El profesional tiene la tarea de precisar el problema y sus factores precipitantes. El psicólogo tiene un rol activo, de apoyo y no-neutral (Chamorro, 2004, como se citó en Navas & Vargas, 2012).

- Psicoterapia cognitivo-conductual. Su enfoque está dirigido a determinar las creencias y las conductas alteradas acerca del suceso precipitante y de sí mismo. Se debe identificar, en el entorno del paciente, la causa de los síntomas y cómo hizo frente a estos. El principio de esta terapia se basa más en el “qué tengo que hacer para cambiar” que en el “por qué” de las cosas. El psicólogo debe de incentivar la independencia del paciente. El entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el aprendizaje son conceptos claves de este tipo de terapia (Chamorro, 2004, como se citó en Navas & Vargas, 2012).

- Psicoterapia dinámica. Este tipo de terapia es derivada del psicoanálisis. Se centra en identificar qué eventos del pasado (principalmente las vivencias de la niñez) fueron precipitantes de la sintomatología del paciente. La empatía y la escucha activa son fundamentales durante la entrevista (Chamorro, 2004, como se citó en Navas & Vargas, 2012).

### **2.2.2. Ansiedad**

Según Sandín y Chorot (1995, como se citó en Piqueras et al., 2008, p. 49), “la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta”.

También, hace referencia a un estado incómodo de agitación e inquietud; distinguido por la anticipación de una amenaza, la preponderancia de síntomas psicológicos y la sensación de una catástrofe o peligro próximo; en síntesis, es una combinación de síntomas fisiológicos y cognitivos, donde el sujeto trata de encontrar una solución para aliviar ese estado, y por ello es percibido con total claridad (Sierra, et

al., 2003, p. 17). Es preciso aclarar que la ansiedad es una respuesta habitual que se da cuando se percibe un evento o situación como amenazante, por ende, una persona con esos síntomas no tiene necesariamente una patología (MINSA, 2014).

### **2.2.2.1. Modelos teóricos**

**a) Modelo cognitivo.** La propuesta principal de este enfoque es que los procesos cognitivos intervienen entre el estímulo aversivo y la respuesta del individuo. El vínculo entre cognición y ansiedad fue estudiado desde dos lados contrarios: desde la primera perspectiva, se investigó cómo las variables cognitivas inciden en la reacción de ansiedad y desde la otra, en cómo las variables cognitivas sufren cambios debido a los estados de ansiedad (Cano, 1989, como se citó en Díaz & De La Iglesia, 2019).

Uno de los principales representantes es Bandura, quien planteó que las expectativas del sujeto inciden en su conducta. Diferenció entre expectativas de autoeficacia, que aluden a las creencias sobre la capacidad propia para realizar con éxito ciertas conductas; y las expectativas de resultado, que están relacionadas a cómo algunas conductas pueden aumentar la probabilidad de que suceda un resultado esperado (Bandura, 1974, 1977, 1982, como se citó en Díaz & De la Iglesia, 2019).

Clark y Beck (1999, 2012, como se citó en Díaz & De la Iglesia, 2019) propusieron que un sistema de procesamiento de la información estaba involucrado en la respuesta de ansiedad. Este sistema incluye dos procesos: valoración primaria de amenaza, en la cual se estima el grado de amenaza de un estímulo; y la reevaluación secundaria, donde se realiza un análisis meticuloso y detallado de la información recogida. Además, acotan que, en los trastornos de ansiedad, los sujetos menosprecian sus propias capacidades para poder hacer frente al trastorno.

**b) Modelo psicodinámico.** La ansiedad, según Freud, “es un afecto propio del ello, y actúa como señal de alerta ante un peligro interno. El peligro procede del conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos procedentes del ello, las prohibiciones del

superyó y las exigencias de la realidad externa” (Calles, 2017, p. 129). En síntesis, el autor propone que la ansiedad es un estado que surge cuando el sujeto percibe una amenaza interna, y esta proviene de los conflictos internos que hay en la estructura psíquica (ello, yo y superyó).

Por otro lado, Gabbard (2002, como se citó en Calles, 2017) menciona que los síntomas neuróticos tienen como fin evadir la situación amenazante y solo permitir una gratificación temporal de los impulsos, y provocan así que la ansiedad sea considerada como señal de alerta. Calles (2017) refiere que, en algunas ocasiones, los síntomas ansiosos son expresados a través de un temor consciente, que encubre una preocupación más recóndita, reprimida y no aceptable para el sujeto. Añade que Freud desarrolló la idea de que en cada periodo del desarrollo humano se presenta un temor asociado a esa fase.

**c) Modelo conductual.** Skinner (1969, 1977, como se citó en Díaz & De la Iglesia, 2019) define que la ansiedad es “una respuesta emocional reforzada negativamente por conductas evitativas dirigidas a la prevención y el control aversivo” (p. 45). Para explicar este concepto, formuló que la conducta está sujeta a sus consecuencias, que a su vez funcionan como reforzadores positivos (incrementan la probabilidad de que una conducta vuelva a ocurrir) o reforzadores negativos (llevan a cabo una conducta que evita o controla el evento aversivo).

Seligman (1971, como se citó en Díaz & De la Iglesia, 2019) desarrolló la teoría de la preparación, que permite comprender por qué algunos estímulos tienen más probabilidad de ser condicionados y/o ser menos propensos a ser extinguidos (como en el caso de las fobias). También, identificó que existe una predisposición biológica, que permite la asociación de ciertos estímulos o respuestas involuntarias llamadas respuestas incondicionadas.

Finalmente, Bandura y Walters (1974, como se citó en Díaz & De la Iglesia, 2019) desarrollaron la teoría del aprendizaje imitativo u observacional, que hizo posible

reconocer aquellos mecanismos relacionados en el aprendizaje de las conductas fóbicas, cuando no existe algún tipo de reforzamiento. Esta teoría refiere que la conducta de un sujeto (el modelo) permite el desarrollo de ciertas conductas, pensamientos o acciones similares en otros individuos que observan las acciones del modelo.

#### **2.2.2.2. Niveles de ansiedad**

**a) Leve.** El sujeto está en un estado de alerta, analiza la situación con detenimiento. Es llamada también como ansiedad benigna o de tipo ligero (Ruiz & Lago, 2005, como se citó en Villanueva & Ugarte, 2017).

**b) Moderada.** Se da la presencia de síntomas fisiológicos: respiración agitada, se eleva la tensión arterial, sensación de malestar estomacal, boca seca, diarrea o estreñimiento, insomnio, problemas para relajarse, inquietud constante, etc. (Ruiz & Lago, 2005, como se citó en Villanueva & Ugarte, 2017).

**c) Grave.** El sujeto no tiene la capacidad para analizar lo que sucede. Tiene dificultad para centrar su atención en los detalles importantes, es por eso que tergiversa lo que percibe, tiene problemas para aprender cosas novedosas y para ordenar secuencias lógicas. También, hay la presencia de síntomas fisiológicos, como respiración agitada, sensación de ahogo, temblores corporales, aumento de la tensión arterial, entre otros (Ruiz & Lago, 2005, como se citó en Villanueva & Ugarte, 2017).

**2.2.2.3. Síntomas de la ansiedad.** La sintomatología común de los trastornos de ansiedad es la siguiente (Clark & Beck, 2010, p. 43):

**a) Síntomas fisiológicos.** Incremento del ritmo cardiaco, respiración acelerada o entrecortada, malestar en el pecho, sensación de ahogo, mareos, sudoración excesiva, vértigo o mareo, sensación de escalofrío, problemas digestivos, náuseas, temblores en las extremidades superiores y/o inferiores, tensión muscular, rigidez, sequedad bucal.

**b) Síntomas cognitivos.** Miedo a no poder controlar la situación, piensa que no tiene la capacidad para afrontar una situación adversa, miedo a sufrir algún tipo de daño o a la muerte, temor a volverse loco, le teme a ser juzgado negativamente por las personas de su entorno, presencia de pensamientos o recuerdos que generan malestar, problemas de concentración y/o atención, hipervigilancia hacia la amenaza, problemas de memoria, presenta inconvenientes para razonar.

**c) Síntomas afectivos.** El sujeto suele sentirse nervioso, tenso, temeroso, asustado, aterrado, inquieto, frustrado, intranquilo.

**d) Síntomas conductuales.** El sujeto suele eludir estímulos o situaciones que considere amenazantes a través de conductas de huida o escape, alteraciones a nivel motor, problemas en el habla, inamovilidad ante la presencia de estímulo que provoca malestar.

**2.2.2.4. Etiología.** La ansiedad es considerada como patológica cuando excede en intensidad o desborda la capacidad de adaptación de un sujeto, lo que ocasiona un malestar importante e incluye síntomas psicológicos, físicos y conductuales. En consecuencia, afecta muchas dimensiones de la vida, como la social, familiar, laboral (Arias et al., 2020) y puede desencadenar diversos trastornos mentales, enfermedades físicas y/o consumo de drogas (MINSA, 2015). Se establece que en el origen de los trastornos de ansiedad interactúan factores biológicos o hereditarios, factores ambientales y factores psicosociales, los cuáles se detallan a continuación:

**a) Factores biológicos.** Alrededor del 50 % de las personas diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad tiene al menos un familiar con el mismo malestar. También diversos estudios concluyen que los componentes hereditarios predisponen al desarrollo de algún trastorno de ansiedad. Estos factores inciden en la alteración de distintos sistemas de neurotransmisores, fundamentalmente el de la noradrenalina y la serotonina, fundamentales en la regulación del estado anímico y la conducta. Otro componente que incide en el desarrollo de un trastorno de ansiedad es el temperamento

(MINSA, 2015). Para Biederman et al. (1993, como se citó en Ordoñez et al., 2013) “en los menores inhibidos existe un mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad en ellos y sus familias” (p. 357).

**b) Factores ambientales.** Existe evidencia científica en que los acontecimientos vitales estresantes inciden significativamente en el desarrollo de una psicopatología, específicamente existen estímulos estresores que predisponen al desarrollo de algunos trastornos psicológicos (Taboada et al. 1998. p. 60). Los principales factores ambientales son los siguientes: “la falta de comunicación familiar, la conducta ansiosa de los padres, la depresión de la madre, la crianza sobreprotectora y autoritaria, el maltrato infantil, la violencia doméstica, entre otros” (Nuñez, 2013; Salum et al., 2013; Aacap, 2007, como se citó en Minsa, 2015, pp. 5-6).

**c) Factores psicosociales.** Las personas diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad: han asimilado en su estructura cognitiva ideas pesimistas de sí mismos (baja autoestima) y de su entorno en la etapa de la adolescencia, pues no contaban con una supervisión familiar adecuada, y eso tuvo como consecuencia que se relacionen con grupo de pares conflictivos que no aportan elementos necesarios para su bienestar psicológico; además el sujeto presenta un nivel bajo de habilidades sociales en su repertorio conductual (Rodrigo et al. 2004; Martínez et al. 2010).

**2.2.2.5. Prevalencia.** La OMS (2015, como se citó en Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017) ha clasificado a los trastornos de ansiedad en la sexta posición en la lista de aquellos factores que genera discapacidad. Además, realizó las siguientes estimaciones: 3,6 % de la población mundial fue diagnosticada con algún trastorno de ansiedad (264 millones de personas aproximadamente); hubo un incremento de 14,9 % con respecto a las estimaciones realizadas en el 2005; también menciona que los casos son más frecuentes en mujeres que en varones (4,6 % a diferencia de 2,6 %; a nivel mundial); y en lo referido a edad, la tasa de prevalencia no

presenta una variación significativa, lo que permite deducir que este trastorno afecta a toda las edades.

De la misma forma, según la OMS (2015, como se citó en OPS, 2017), en América Latina se estima que 7,7 % de las mujeres y 3,6 % de la población masculina sufre de algún trastorno de ansiedad. En el Perú, 5,7 % de la población total tiene algún trastorno de ansiedad, siendo el trastorno mental más común entre los peruanos.

**2.2.2.6. Fisiopatología.** La amígdala desempeña un papel fundamental en el condicionamiento del miedo, que se refiere a la asociación aprendida entre un estímulo aversivo (no condicionado) y un estímulo neutral (condicionado); de forma que la presencia de un estímulo condicionado puede provocar una respuesta que normalmente es consecuencia de la presencia de un estímulo aversivo. Otras áreas involucradas en este proceso es la corteza del cíngulo, el hipocampo y la corteza insular. En los trastornos ansiosos existe una alteración o desregulación en estas áreas, encargadas de la percepción de estímulos considerados como amenazantes (Shin et al., 2010, como se citó en Acuña et al., 2013).

La extinción es una disminución, con el paso del tiempo, de la respuesta causada por un estímulo condicionado (Shin et al., 2010, como se citó en Acuña et al., 2013). Esta respuesta sucede por la acción inhibitoria de la corteza prefrontal medial (CPFM) sobre la amígdala cerebral y con una regulación del hipocampo (Shin et al., 2010; Schartzberg et. al.,2009, como se citó en Acuña et. al., 2013). Una alteración en estas áreas involucradas en el proceso de extinción tiene una relación directa con los trastornos ansiosos, ya que una persona pierde la facultad para diferenciar cuando un estímulo ya no es amenazante. Esta explicación es más visible en el trastorno de estrés postraumático (Shin et al., 2010, como se citó en Acuña et. al., 2013).

**a) Modelo insular de la ansiedad.** Este modelo explicativo de la ansiedad consiste en una disfunción en aquellas personas propensas a la ansiedad, que causa una amplificación anómala de estímulos que en contextos normales no tiene relevancia

alguna. Esto lleva a un incremento en la actividad de la corteza insular y de las otras estructuras que conforman el sistema límbico. En consecuencia, con el propósito de diferenciar aquellos estímulos relevantes de aquellos que no lo son, se excitan áreas cognitivas moduladoras: la corteza orbitofrontal, la corteza dorsolateral prefrontal y la corteza anterior del cíngulo (CAC). Esta sobreactivación de las áreas cerebrales fundamentales en el control cognitivo permite comprender el incremento en la producción de pensamiento, denominada “preocupación” (Paulus et al., 2010, como se citó en Acuña et al., 2013).

**b) Alteraciones neuroanatómicas de los trastornos de ansiedad.** En el trastorno de estrés postraumático se ha visualizado un incremento en la acción de la amígdala cerebral, un descenso en la actividad de la corteza prefrontal medial (CPFM) y un decrecimiento de las funciones y el volumen del hipocampo, lo que explica las dificultades de la persona para discernir cuando un estímulo ya no es aversivo (Shin et al., 2010, como se citó en Acuña et al., 2013).

En lo referido a los trastornos de pánico se evidencia una respuesta por encima del promedio de la amígdala y el tallo cerebral, esto provoca los síntomas cognitivos y somáticos de los ataques de pánico. La fobia social es causada por una hiperactividad de la amígdala, la fobia específica tiene relación con la hiperactividad de la corteza dorsal anterior del cíngulo (CDAC), la corteza insular y la amigdalina. En lo concerniente al trastorno de ansiedad generalizada, existe una hiperactividad de la amígdala y la corteza prefrontal medial (CPFM) (Shin et al., 2010, como se citó en Acuña et al., 2013).

Por último, sustancias como el cortisol, la norepinefrina y la colecistoquinina inciden en un incremento de la reacción ansiosa. También, se ha registrado en pacientes con trastornos de ansiedad un decrecimiento en todas las áreas cerebrales implicadas en la respuesta ansiosa, incluyendo la del receptor de serotonina 5-HT<sub>1A</sub> (Schartzberg et al., 2009, como se citó en Acuña et al., 2013).

**2.2.2.7. Criterios diagnósticos.** En la Tabla 2 se detallan los trastornos de ansiedad y sus principales características, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2013, como se citó en Tortella, 2014):

**Tabla 2**

*Resumen de los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-5*

<b>Trastorno</b>	<b>Características clínicas centrales</b>	<b>Otros criterios para el diagnóstico</b>
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad permanente e intenso en relación al acontecimiento de tener que separarse de una persona con la que existe un vínculo fuerte, y se manifiesta en un mínimo de tres síntomas clínicos focalizados en lo siguiente: el malestar psicológico subjetivo, preocupación, rehusarse a quedarse solo en el hogar o movilizarse a otros lugares (trabajo, escuela, etc.) y/o presencia de sintomatología física o pesadillas al tener que separarse de las personas con las que existe un vínculo o al anticiparse a ese suceso.	La ansiedad, la evitación o el miedo tienen que estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y un mínimo de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Incapacidad recurrente de dialogar o contestar a otros en una determinada situación social, en la que se supone que debe realizarse, pese a que realiza esta conducta sin dificultades en otras situaciones sociales (en el hogar y en presencia de familiares cercanos).	Duración como mínimo de 1 mes (no se considera el primer mes en que se asiste a la escuela).
Fobia específica	Aparición de ansiedad o miedo intenso y persistente, de forma inmediata e invertible en relación a un objeto o situación determinada, que se evitan o toleran con intenso miedo o ansiedad.	Identificación del estímulo fóbico: animal, sangre, entorno natural, inyecciones, situacional, entre otras. Presencia de ansiedad, miedo o evitación en un mínimo de 6 meses.
Trastorno de ansiedad social	Intenso miedo o ansiedad que surge a partir de la exposición a la posibilidad de ser juzgado por los demás en una o más situaciones sociales. La persona tiene temor a comportarse de una forma determinada o manifestar síntomas ansiosos que sean considerados por los demás como negativos.	Especificación: Relacionado únicamente con la realización de la conducta en caso de que la fobia esté limitada a hablar o actuar en público.
Trastorno de angustia	Existencia de crisis de angustia imprevistas frecuentes. Por lo menos durante un mes hay síntomas de inquietud o preocupación recurrentes por la ocurrencia de nuevas crisis o lo que pueda desencadenar y/o por cambio inadecuado e importante en el comportamiento que pueda surgir producto de las crisis de angustia.	Presencia de síntomas un mínimo de 6 meses.

Agorafobia	Ansiedad o miedo desproporcionado que ocurre a partir de dos o más eventos agorafóbicos (lugares cerrados, lugares abiertos, transporte público, hacer colas, estar solo en casa y/o estar en medio de una multitud); que conscientemente suelen ser evitados por la persona y donde necesita la presencia de un acompañante y/o tolera, con incomodidad, la ansiedad o miedo intenso. La persona evade las situaciones antes mencionadas por el temor a no poder escapar o de recibir ayuda en caso le sucedan síntomas similares a la angustia u otros síntomas desadaptativos que sean motivo de deshonra.	Concurrencia de miedo, ansiedad o evitación por un mínimo de 6 meses.
Trastorno de ansiedad generalizada	Preocupación y ansiedad desmedidas, recurrentes y difíciles de dominar, relacionadas a diversas actividades o acontecimientos y que se relacionan con tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben manifestarse en la mayoría de días en un mínimo de 6 meses.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación	Crisis de angustia o ansiedad que se presenta durante o luego de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la ingesta de medicación que cause dichos síntomas.	No son síntomas exclusivos que se dan durante delirium o síndrome confusional agudo (SCA).
Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica	Crisis de angustia o ansiedad derivada de una condición médica existente.	No son síntomas exclusivos que se dan durante delirium o síndrome confusional agudo (SCA).
Otros trastornos de ansiedad especificados	Incluye a los síntomas característicos de algún trastorno de ansiedad que no están considerados en los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Se tiene que especificar el motivo por el cual no llega a cumplir con el criterio diagnóstico.	Ejemplo: Crisis de angustia limitadas o ansiedad generalizada no frecuentes en la mayoría de días.
Trastornos de ansiedad no especificado	Incluye a los síntomas característicos de algún trastorno de ansiedad que no están considerados en los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. No se especifican los motivos por los que no llega a cumplir con el criterio diagnóstico.	

*Nota.* Adaptado de DSM-5 (2013, como se citó en Tortella, 2014).

**2.2.2.8. Abordaje.** En la mayoría de las veces, para el tratamiento de los trastornos de ansiedad se utiliza medicación, psicoterapia o ambos. Antes de dar comienzo al tratamiento, el profesional de salud tratante debe verificar si los síntomas son producto de un trastorno mental o por una enfermedad médica. Si la persona es

diagnosticada con un trastorno de ansiedad, es fundamental determinar si existe comorbilidad con otros trastornos (por ejemplo, depresión), enfermedad médica o exceso en el consumo de sustancias. Además, personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento farmacológico o psicológico deben informar detalladamente a su médico sobre ello; dado que usualmente las personas piensan que el tratamiento no fue efectivo cuando, en realidad, no se administró correctamente o no fue aplicado durante un periodo de tiempo adecuado (National Institutes of Health [NIH], 2009).

Luego de esto, es fundamental una adecuada explicación de los síntomas físicos de la ansiedad, como por ejemplo, explicarles que la taquicardia es una respuesta normal al estrés y no un signo de una enfermedad del corazón; y como estos síntomas pueden incidir en la salud, calidad de vida, en los diversos ámbitos de su vida (laboral, familiar y social) y en el uso de servicios de salud, como consecuencia del malestar psicológico y las conductas de evitación (Hernández et al., 2007; Téllez et al., 2007). Un abordaje eficaz de los trastornos de ansiedad debe incluir una entrevista que permita conocer el motivo de consulta y los síntomas psicológicos, emocionales y físicos experimentados por el paciente. A continuación, se presenta una propuesta de tratamiento, a corto y largo plazo.

**a) Tratamiento a corto plazo (12 semanas).** Tiene como propósito reducir la regularidad e intensidad de las crisis, dominar la ansiedad anticipatoria (síntomas que causan malestar por anticiparse a acontecimientos que recién ocurrirán) y de las conductas evitativas agorafóbicas. La terapia cognitiva-conductual ha evidenciado ser eficaz para lograr estos objetivos, demostrando así su alta efectividad para abordar estos casos (Téllez et al. 2007).

También, han demostrado ser efectivos el tratamiento con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), benzodiazepinas (BZD) y antidepresivos tricíclicos (ATC). Se sugiere la aplicación del tratamiento combinado (fármacos más psicoterapia)

ya que ofrece mayor eficacia que suministrar solo fármacos o aplicar solo psicoterapia. Esta combinación ofrece mejores resultados en los siguientes indicadores: severidad del trastorno, depresión, disfunción social, ansiedad generalizada y agorafobia (Téllez et al., 2007).

**b) Tratamiento a largo plazo (3-4 meses).** El propósito del tratamiento a largo plazo es mantener el control sobre las manifestaciones físicas y psicológicas y reducir las posibilidades de una posible recaída. La terapia cognitivo conductual es la más eficiente para la consecución de estos objetivos. Es indispensable unas consideraciones básicas de aplicación de esta terapia: terapeuta entrenado, adherencia del paciente al protocolo de tratamiento, sesiones semanales de 1 o 2 horas (por 4 meses como máximo) y terapias más breves, acompañadas con material bibliográfico. Por último, el tratamiento combinado, a largo plazo, es igual de eficaz que llevar solo psicoterapia (Téllez et al., 2007).

### **2.2.3. Estrés**

Son reacciones del organismo ante un suceso o evento cualquiera, que consume o sobrepasa los medios que tiene un individuo para adaptarse a los cambios fisiológicos que experimenta su organismo o a las demandas sociales; la intensidad de la respuesta depende de la valoración que el individuo hace del estímulo. El que un suceso o evento sea catalogado como “estresante” depende de cómo la persona, a la cual le ocurre, afronte la situación y fundamentalmente la valoración cognitiva que realice del hecho en sí. Por ende, no depende del evento en sí mismo (Grau et al., 2005; Morales et al., 1999, como se citó en Espinoza et al. 2018).

Atalaya (2001) plantea que el estrés es un estado de presión y tensión desencadenado por eventos demandantes y que el sujeto estima la posibilidad de no tener las capacidades o recursos necesarios para afrontarlos. También, menciona que es un estado fisiológico y psicológico que ocurre cuando las demandas del ambiente

desafían al individuo y le ocasionan un desequilibrio, percibido o real, entre lo solicitado por el entorno y la capacidad de adaptarse a ello.

Navas (2000, como se citó en Naranjo, 2009) plantea que el estrés es una relación activa entre el sujeto y el ambiente. Para considerar un estímulo como estresor, el sujeto realiza una evaluación de si el suceso puede perjudicarlo o beneficiarlo, es decir, cuánto y cómo incide en su autoestima. En lo que se refiere al afrontamiento, considera aquellas acciones que ayuden a evitar daños o a mejorar su situación. Entonces se infiere que el estrés involucra cualquier agente interno o externo que insista a un aumento en el esfuerzo del sujeto para sostener un estado de bienestar consigo mismo y con su medio ambiente.

#### **2.2.3.1. Modelos teóricos**

**a) Modelo fisiológico.** A comienzos del siglo XX, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon acuñó el concepto de *estrés* para explicar cómo el organismo reacciona a las demandas internas y externas para poder mantener el equilibrio interno (homeostasis). También, introdujo el término “reacción de alarma” para hacer referencia al aumento de segregación de adrenalina al exponer al sujeto a un estímulo que considere como estresor. Este proceso es una respuesta de adaptación para hacer frente al estrés (Selye, 1936; Nelson 2000, como se citó en Gómez & Escobar, 2002).

Para demostrar su teoría, Cannon (1935, como se citó en Gómez & Escobar, 2002) investigó las reacciones fisiológicas ante la exposición a estímulos estresores, él designó a estas reacciones como respuestas de “pelear” o “huir” y evidenció que contribuyen al equilibrio interno. Planteó que en estas reacciones tienen participación dos elementos: el sistema nervioso simpático (segregación de noradrenalina) y la médula suprarrenal (segregación de adrenalina). Ambas sustancias contribuyen a lidiar con las demandas externas e internas.

**b) Modelo basado en el estímulo.** Se enfoca en el principio de que los estresores o estímulos ambientales inciden o afectan al organismo. Se identifican dos tipos de estresores: psicosociales, en donde la interpretación cognitiva que el sujeto le da lo vuelve estresor y es por eso que no provoca de forma directa la respuesta de estrés; y los biológicos, que incluye a aquellos estímulos que se transforman en estresores debido a su capacidad para provocar una alteración fisiológica en el organismo (Everly, 1978, como se citó en Guerrero, 1996).

**c) Modelo basado en la respuesta.** El psicofisiólogo alemán Hans Selye propuso el concepto de “síndrome general de adaptación”. Considera que es una reacción del organismo, que permite al cuerpo adaptarse ante la presencia de un estímulo estresante y es independiente del tipo de estímulo, ya sea agradable o aversivo. Esto es posible debido a que nuestro organismo emite unas cuantas respuestas fisiológicas adaptativas que hacen frente a los efectos de los estímulos estresantes y por ende, regula y normaliza nuestro medio interno (Camargo, 2010)

Hans Selye también propuso tres fases o estados que se da durante este síndrome, las cuales se detallan a continuación (Melgarosa, 1997, como se citó en Camargo, 2010):

- *Fase de alarma.* Se presenta inmediatamente después de la percepción del estímulo estresante. Se distingue por congelamiento o paralización, la persona no realiza ninguna acción, esto se debe a la activación de la sustancia gris periacueductal, ubicado en el tallo cerebral y una activación cortical, causado por la excitación de la amígdala que libera noradrenalina (NA) encefálica. Esto genera un estado de conciencia hiperaguda en el que el sujeto reconoce todos los detalles a su alrededor e involucra a todo el sistema noradrenérgico (que nace en el Locus Ceruleus y transporta información hacia el prosencéfalo) (Camargo, 2010)

- *Fase de resistencia.* El organismo trata de hacer frente al estímulo aversivo o se adapta a él, manteniendo de esta forma un estado de activación fisiológica y, por

ende, sobrevivir. Si esta activación es muy prolongada, entonces se considera que el individuo sufre de estrés crónico. Pero, si el estrés finaliza en esta etapa, entonces el organismo puede volver a su estado normal (Camargo, 2010).

- *Fase de agotamiento.* Se da cuando el estímulo que genera estrés se presenta con regularidad. El organismo consume todos los medios para hacerle frente y pierde sus características adaptativas y/o de activación. En consecuencia, esto trae consigo el desarrollo de síntomas y/o enfermedades relacionadas con el estrés como: insomnio, fatiga, cansancio, extenuación, falta de concentración, patologías que afectan al sistema inmune, patologías cardiovasculares, patologías metabólicas y endocrinas, ansiedad, depresión, afecciones intestinales, infartos cerebrales, infartos cardiacos, entre otros. Lo ideal sería que la respuesta ante el estrés no llegue usualmente hasta la fase de agotamiento y que nuestro organismo pueda hacer frente a las demandas ambientales, sin perder nuestra capacidad para llevar a cabo una respuesta (Camargo, 2010).

**d) Modelo basado en la interacción.** El psicólogo estadounidense Richard Lazarus y la psicóloga estadounidense Susan Folkman diseñaron, en 1984, un modelo que intenta explicar el estrés denominado “modelo cognitivo-transaccional” o “modelo interactivo”. Explican el estrés desde un enfoque basado en la relación de la persona y su entorno. Mencionan que el estrés es originado debido a que el sujeto percibe que no tiene los recursos suficientes para afrontar las demandas de su entorno, esto lleva a entender al estrés como un concepto dinámico, ya que es producto de la percepción de las exigencias del medio y de los recursos que tiene la persona para hacerle frente (Dahab et al., 2010).

Los autores acotan que existen cuatro elementos que intervienen en la respuesta de estrés: los estímulos (factores externos, sucesos de la vida cotidiana, componentes físicos, sociales, psicológicos); las respuestas (reacciones comportamentales, cognitivas, subjetivas; que pueden ser apropiadas o no); los mediadores (el sujeto

percibe que no tiene los recursos suficientes para hacer frente a las exigencias y considera al estímulo como un peligro; este componente es trascendental para el modelo) y los moduladores (factores que pueden incrementar o atenuar el proceso de estrés, pero no lo causan ni lo evitan; por ejemplo, algunos rasgos de personalidad ansiosos) (Dahab et al., 2010).

#### **2.2.3.2. Síntomas**

**a) Somáticos.** El sujeto puede desarrollar malestares somáticos: problemas en la piel (acné, urticaria, soriasis, rosácea); caída del pelo. También, puede presentar reumatismo (padecimientos del aparato locomotor), manifestado en dolores musculares y de espalda. Puede desarrollar enfermedades respiratorias (asma, alergia, rinitis y/o bronquitis); alteraciones en el sistema urinario (impotencia, dolor al orinar, en las mujeres puede haber cambios en el periodo menstrual); disfunción en el sistema endocrino (hipertiroidismo, obesidad); alteraciones en el sistema nervioso (dolores de cabeza, aparición de tics, debilidad y dolores musculares) (Melgosa, 1995, como se citó en Naranjo, 2009).

**b) Cognitivos.** El sujeto tiene problemas para realizar y prestar atención a una actividad específica, la capacidad de memoria a corto y largo plazo disminuye, no resuelve adecuadamente las situaciones que requieren una solución de inmediato y de forma automática, no tiene eficacia para resolver problemas y tareas que involucren actividad mental, la persona hace una valoración negativa del presente y del futuro. También, presenta ideas desorganizadas e incoherentes, además de ideación suicida en casos extremos (Melgosa, 1995, como se citó en Naranjo, 2009).

**c) Emocionales.** El sujeto presenta problemas para relajarse física y emocionalmente, expresa autoritarismo, impaciencia, intolerancia y falta de empatía con las personas que le rodean. Los valores y principios morales de la persona se ven afectados, incremento de desánimo para realizar actividades y una disminución del

deseo de vivir. Además, el sujeto presenta baja autoestima, ya que se siente poco útil y tiene sentimientos de inferioridad (Melgosa, 1995, como se citó en Naranjo, 2009).

**d) Conductuales.** Presenta tartamudez y reducción de la fluidez verbal. El sujeto pierde interés por actividades que antes disfrutaba realizar, tiene problemas en el ámbito académico y laboral, existe un incremento en el consumo de alcohol y/o drogas, los niveles de energía varían de un día para otro, dificultad para conciliar el sueño o duerme más de lo normal, tiene conflictos en sus relaciones interpersonales, también se producen cambios en la conducta, ya que la persona presenta tics y reacciones que no guardan relación con la situación. En casos graves, hay intentos de suicidio (Melgosa, 1995, como se citó en Naranjo, 2009).

#### 2.2.3.3. Tipos de estrés

**a) Estrés agudo.** Es el más recurrente, se manifiesta debido a las exigencias de la vida cotidiana o del entorno. Este tipo de estrés es de corta duración y por eso no provoca daños al organismo; al contrario, lo prepara para afrontar una situación peligrosa. Se pueden dar los siguientes síntomas como cefalea, dolor muscular, problemas gastrointestinales, irritabilidad, aumento del ritmo cardiaco, subida en la presión, mareo y sensación de vértigo (Herrera et al., 2017).

**b) Estrés agudo episódico.** Sucede cuando el sujeto presenta estrés agudo con mucha regularidad. Además de los síntomas fisiológicos que se describieron anteriormente, el sujeto tiene una preocupación persistente ya no puede hacer frente a las demandas y presiones de la vida diaria; y por ello responde de una manera descontrolada, suele mostrarse irritable y siente que no tiene la capacidad de organizar sus actividades (Ávila, 2014, Herrera et al., 2017).

**c) Estrés crónico.** Se presenta a través de la sintomatología física y emocional, antes descrita, de forma prolongada y aparentemente interminable; por ende, es extenuante y aversivo para el sujeto. La peor característica de este tipo de estrés es que

la persona se acostumbra a estar en este estado, si no es tratado a tiempo, puede desencadenar muchas enfermedades (Ávila, 2014, Herrera et al., 2017).

**2.2.3.4. Estrés positivo y estrés negativo.** Si el estrés es de corta duración no suele haber complicaciones, pues posteriormente el organismo tendrá tiempo para reposar y así recuperar energía. Esto sucede cuando el estrés está relacionado a la práctica de algún deporte, la realización de pasatiempos, estar en una situación social grata, la consecución de una oportunidad laboral, entre otras. Esta sensación se denomina como “estrés positivo” (eustress), que está relacionada a actividades gratificantes y gratas (Hurtado, 2017, como se citó en Bareiro, 2017).

Sin embargo, si el estrés se prolonga por más tiempo de lo debido y no puede ser controlada por el sujeto, entonces el organismo no podrá reposar y, por ende, puede sufrir de un desequilibrio. Esto se designa como “estrés negativo” (distress). Este tipo de estrés está relacionado a situaciones que provocan un desequilibrio en el organismo y la situación desborda la capacidad de respuesta del sujeto (Hurtado, 2017, como se citó en Bareiro, 2017).

**2.2.3.5. Causas.** Naranjo (2009) refiere que cualquier circunstancia que el sujeto perciba que no puede hacerle frente o que le demande un rápido cambio es generadora de estrés. Es importante subrayar que no todos los estresores ni todas las situaciones son perjudiciales. Por ejemplo, obtener el ascenso en el trabajo, obtener una excelente calificación en un examen o estar en una grata situación social pueden generar estrés de forma positiva. Depende de la valoración e interpretación que la persona le da a un determinado suceso para que este sea considerado como estresor.

Frecuentemente se considera que hay dos principales fuentes de estrés. La primera se refiere a los estresores externos; provocados por el trabajo, los estudios, la familia, el entorno, entre otras. En segundo término, está el estrés que se provoca el sujeto a sí mismo, en otras palabras, la peculiar forma de afrontar y resolver los problemas y sus propios rasgos de personalidad (Naranjo, 2009).

Por el contrario, desde la óptica de la psicología, existen factores de estrés que son inconscientes y que solo son revelados después de un análisis (Bensabat, 1987, como se citó en Naranjo, 2009). Las obsesiones, las angustias y las fobias son factores que generan estrés. Está relacionado a traumas físicos, afectivos o psicológicos y generalmente tiene una raíz inconsciente. La neurosis, la depresión y los trastornos mentales son a la par factores de estrés y producto de situaciones causadas por este, las cuales son usualmente inconscientes (también pueden ser conscientes) y están ligados a sucesos de la infancia. Otras causas de procedencia inconsciente y que son responsables de una tensión psicológica frecuente son el temor, el recelo, el sentimiento de insatisfacción, la frustración, la desmotivación y el sentido de la vida (Naranjo, 2009).

Melgarosa (como se citó en Naranjo, 2009) refiere que las causas del estrés están relacionadas a experiencias traumáticas, al contexto físico y social, a elecciones que generan conflicto, a sucesos de la vida cotidiana y circunstancias estresantes que se dan en el transcurso de la vida. Cada uno se detalla a continuación.

**a) Experiencias traumáticas.** Las experiencias traumáticas pueden ser de índole natural, como terremotos o huracanes, entre otras; o también pueden ser ocasionadas por humanos, como accidentes de tránsito, agresiones físicas o psicológicas, entre otras. Los individuos que han sufrido experiencias traumáticas suelen pasar por una fase de estrés que se divide en tres pasos: en el primero está una falta de respuesta, el sujeto se encuentra ido, como indiferente a lo acontecido; en el segundo se presenta una inhabilidad para llevar a cabo cualquier actividad, por más sencilla que sea; y en el tercero, la persona revive los episodios vividos a través de pesadillas o fantasías, lo que le genera ansiedad. En algunas ocasiones puede haber un sentimiento de culpabilidad, específicamente en los casos que involucre a otras personas que hayan muerto (Melgarosa, como se citó en Naranjo, 2009).

- *Sucesos de la vida diaria.* Eventos de la vida cotidiana como no subir a tiempo al autobús que nos lleva a la universidad o al trabajo o no llegar a tiempo a una

cita nos genera malestar. Si estos sucesos se presentan con mucha continuidad y la persona no tiene los recursos necesarios para afrontarlos, entonces existe la posibilidad de llegar a niveles de estrés elevados, como si esto fuera consecuencia de un suceso estresante de enorme importancia. Además, factores ambientales causan estrés, en mayor o menor dimensión, como el ruido de los vehículos, el exceso de ruido, el tráfico, entre otros (Melgarosa, como se citó en Naranjo, 2009).

- *Toma de decisiones.* Tener que escoger entre dos o más opciones también es un factor que genera estrés. No importa si estas son positivas o negativas, su parecido es lo que causa dificultad al momento de tomar una decisión. En relación a las características negativas y positivas de las opciones, existe 4 tipos de conflictos que surgen al momento de decidir: El número uno es el conflicto de evitación-evitación. Está referido a la existencia de dos estímulos que se consideran como negativos y que lleva a la persona a analizar ambas, sin embargo, en la mayoría de casos debe decidir por una, quizás la que sea menos perjudicial. El segundo es el conflicto de atracción-atracción. Esta se refiere a que ambos estímulos son positivos y deseados a la vez, no obstante, el sujeto debe optar por una de ellas. El tercero es el conflicto de atracción- evitación. En este conflicto una misma situación es considerada como positiva y negativa. Por ejemplo, lograr una beca para estudiar fuera del país, que involucra vivir un tiempo sin la familia. El último es el conflicto donde hay doble atracción- evitación. Este es producto de la presencia de dos situaciones, donde cada una tiene características positivas y negativas al mismo momento (Melgarosa, como se citó en Naranjo, 2009).

- *Relaciones interpersonales.* Varios autores plantean que las relaciones humanas son una causa principal del estrés, a consecuencia de que las personas tienen necesidad de pertenencia y afecto. Las personas que tienen relaciones interpersonales eficientes con otras usualmente tienen menor predisposición a desarrollar alguna enfermedad psicológica o física. Por ende, cuando sucede lo contrario, las personas

tienen dificultades para afrontar el estrés y para adaptarse a las demandas de la vida cotidiana. El decir “sí” y lo que en verdad se quería era decir “no” y viceversa, cuando se expresa algo, pero no se logra que las otras personas entiendan el mensaje, cuando al contar algo se omiten detalles importantes; son algunos ejemplos de dificultades al comunicarse con los demás. Esto provoca que la persona se sienta angustiada y con tensión (Kaplan, citado por Hays y Oxley; en Naranjo, 2009).

**b) Personalidad y afrontamiento del estrés.** Distintos autores plantean que los rasgos de personalidad tienen relación con un adecuado afrontamiento del estrés. Holaman y Moss (como se citó en Naranjo, 2009) refieren que la buena disposición, la autoestima, el dominio y el autoaprecio son algunos rasgos de personalidad que tienen un papel fundamental en lo que afrontar situaciones estresantes se refiere.

Friednman y Rosenman (1959, 1974) plantearon el patrón de conducta tipo “A”. Este tipo de personalidad se distingue por un constante ímpetu de lograr metas, pero usualmente no define de forma clara los medios por el cual lo va a conseguir; es competitivo, deseos de ser reconocido, se involucra en actividades sometidas a fechas límites, es propenso a acelerar la realización de dichas actividades y usualmente está alerta tanto física como mentalmente. Los mismos autores sostienen que es un complejo estado emoción-acción, que se distingue en sujetos que luchan arduamente por obtener más cosas en menos tiempo, así tengan que lidiar con fuerzas opuestas de otros objetos o sujetos (como se citó en García et al., 2010, p. 149).

Sin embargo, algunas características de este tipo de personalidad disminuyen la calidad de vida y puede traer complicaciones en la salud, como el hecho de que usualmente sus metas no están definidas claramente y, por ende, son complicadas de alcanzar y esto puede provocar una ansiedad desmedida, además de ser propenso a exigir y criticar, en busca de la perfección de sí mismo y de las personas que lo rodean. Estas características negativas están relacionadas a la impaciencia, hostilidad y presión,

que luego se convierten en sentimientos de culpa y en una ansiedad desmedida (García et al., 2010).

Morris y Green (1980) refieren que el patrón de conducta tipo C es “un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes” (como se citó en Anarte et al., 2000, p. 133). Buendía (1998) propone que el patrón de conducta tipo (B) se caracteriza por presentar una menor reactividad fisiológica frente a estímulos o eventos estresantes. Estas personas llevan a cabo sus actividades con eficacia, no necesitando pensamientos acerca de control ambiental, ni reconocimiento o aprobación por parte de los demás (como se citó en Corredor & Monroy, 2009). Se infiere que es el modelo conductual más adaptativo.

**2.2.3.6. Fisiología.** Desde la perspectiva fisiológica, el estrés es un estado de activación con una característica adaptativa, que favorece al organismo, ya que lo alista para reaccionar ante algún estímulo que sea percibido como negativo o peligroso. Los medios biológicos se encaminan hacia los sistemas, que requieren energía, para hacer frente a los estímulos amenazantes. El cuerpo requiere de energía añadida y de inmediato para realizar una conducta de evitación o lucha (Zapata, 2003).

La mayoría de las variaciones biológicas, ligadas al estrés, permiten llevar las provisiones de combustible del organismo, transformándolas de tal manera que sean aptas para el inmediato consumo y así poder transportarlas, a la par del oxígeno adicional que es requerido principalmente por el cerebro, músculos principales y el corazón. Esto se lleva a cabo al margen de otros sistemas biológicos como la digestión y reproducción, que no son determinantes para la supervivencia a corto plazo (Zapata, 2003).

El hipotálamo, que es una estructura del diencefalo, es el que regula la respuesta del estrés a nivel central. El hipotálamo recibe información de distintas zonas del encéfalo, específicamente de la corteza cerebral, la formación reticular y de la amígdala. Entonces, el hipotálamo es una zona donde se unen formaciones a nivel cognitivo,

emocional y activador. A la par, el hipotálamo envía información, fundamentalmente al bulbo raquídeo, ubicado a la altura del tronco cerebral, generando una activación del sistema simpático, y esto se manifiesta con incremento de la frecuencia cardiaca, dilatación de las pupilas, sudoración y piloerección (“piel de gallina”) (Zapata, 2003).

A la par, en la reacción al estrés, el hipotálamo dirige el sistema endocrino segregando componentes de liberación de las hormonas a ser segregadas por la hipófisis anterior, fundamentalmente el componente liberador de corticotropina (CRF), que excita la segregación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) desde la hipófisis anterior (Zapata, 2003).

En resumen, el hipotálamo tiene un rol importante cuando un estímulo es percibido como peligroso y, por ende, el organismo requiere de una gran cantidad de sustancias que lo ayuden a enfrentar eficazmente a esa amenaza. Existen dos ejes que segregan las sustancias que el organismo necesita: el eje simpático adrenal y el eje hipotálamo-hipofisiarioadrenal (Zapata, 2003).

**a) Eje simpático-adrenal.** Es una vía de veloz acción que procede del núcleo lateral del hipotálamo y que actúa directamente sobre las médulas de las glándulas suprarrenales para que segreguen catecolaminas: noradrenalina, que también es producida por el Sistema Nervioso Central (SNC) y adrenalina, que básicamente es fabricada por estas glándulas (Zapata, 2003).

Lo que genera, a nivel fisiológico, la activación de este eje es el incremento de la presión arterial, un descenso en la secreción de insulina, además de una elevación en los niveles de segregación de corticotropina (ACTH), de la hormona tiroidea, de hormona de crecimiento y de esteroides adrenocorticales. También, hay una disminución de la actividad a nivel intestinal, mayor vasoconstricción cutánea, dilatación bronquial y vasodilatación vascular. En síntesis, en un estado biológico propenso al gasto de energía necesaria para hacer frente a los estímulos estresores (Zapata, 2003).

Desde el punto de vista psicofisiológico y fenomenológico, se establece una emotividad mayor en las mujeres. Sin embargo, se evidencia una mayor activación adrenérgica en los varones. En efecto, los varones responden con elevadas excreciones de catecolaminas (CA) ante las exigencias ambientales y ante los estímulos emotivos. Entonces, se infiere que las mujeres contrastan en relación de estrategias de afrontamiento asimiladas socialmente, mecanismos de defensa y motivaciones, pues, los niveles de segregación de catecolamina no son iguales cuando representan un papel masculino (en este caso se igualan los niveles de excreción de catecolamina a la de los varones) (Zapata, 2003).

**b) Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.** Es un eje neuroendocrino. Se caracteriza por ser de tránsito más lento, puede tardar minutos u horas en ponerse en acción. Parte del núcleo paraventricular del hipotálamo (que secreta el factor liberador de corticotropina o CRF), que a la par por vía sanguínea, excita la hipófisis anterior para que segregue corticotropina (ACTH), la cual concluye en estimular la corteza suprarrenal para la fabricación y segregación de glucocorticoides (Zapata, 2003).

Los esteroides, que ejercen una crucial acción antiinflamatoria, no requieren de segundos mensajeros para ponerse en acción (en contraste de las hormonas aminas y peptídicas). Por el contrario, se juntan a receptores intracelulares lo cual hace posible la variación del metabolismo de las células (Zapata, 2003).

El cortisol es el principal glucocorticoide, y tiene consecuencias considerables a nivel fisiológico, entre ellas un efecto antagonista de la acción de la insulina, que es el incremento de los niveles de glucosa en la sangre. A nivel gastrointestinal, el cortisol acrecienta tanto la secreción de ácido clorhídrico como el flujo sanguíneo en la mucosa gástrica (Zapata, 2003).

A nivel del sistema inmune, el cortisol desempeña un papel fundamental a largo plazo, su producción deprime la función inmune y, en consecuencia, existe una predisposición al desarrollo de enfermedades relacionadas al estrés (Zapata, 2003).

Por último, a nivel cardiovascular, el cortisol está ligado a una transformación del volumen plasmático, a la síntesis de adrenalina y al equilibrio electrolítico, que están involucrados directamente con la regulación de la presión arterial (Zapata, 2003).

**2.2.3.7. Fisiopatología.** Un estímulo estresante causa reacciones fisiológicas en el organismo (Turner et al., como se citó en Puga et al., 2020), como el incremento de la presión arterial, una subida de las moléculas de estrés oxidativo/nitrosativo, junto con la puesta en marcha del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) (Cibirian & Llanderal; Melgarejo & Gutiérrez; Hernandez-Baltazar, como se citó en Puga et al., 2020). Todo esto tiene el propósito de mantener el equilibrio a nivel corporal.

No obstante, cuando el evento estresante es de gran intensidad, sumado a la fragilidad de la persona, puede causar un evento traumático y así incidir en el desarrollo de trastornos psicológicos distinguidos por la presencia de síntomas disfóricos y anhedónicos; que se manifiestan como hostilidad e ira, o síntomas disociativos (APA, como se citó en Puga et al., 2020). En sujetos diagnosticados con TEPT existe una alteración funcional y estructural en el cerebro, específicamente en regiones prefrontales y estructuras ligadas a las emociones, que participan en la respuesta al estrés y en el procesamiento cognitivo (Li et al., 2014; Menú et al., 2014; O'Doherty et al., 2015; Stark et al., como se citó en Puga et al., 2020).

La estructura que más destaca del circuito emocional es la amígdala, ya que está involucrada en la adquisición, expresión y regulación de la emoción del miedo; y, por ende, tiene un papel fundamental en lo que respecta a la rememoración de los sucesos traumáticos, al condicionamiento del miedo y a la generalización del miedo (Duvarvci & Pare, 2014; Marek et al., 2013, mencionados por Puga et al., 2020).

Los individuos con este tipo de trastorno manifiestan una hipervigilancia hacia el entorno y una mayor respuesta al miedo (APA, 2013, como se citó en Puga et al., 2020), mostrando alteraciones conductuales al percibir estímulos asociados al evento

traumático, y a la par se da una hiperactivación de la amígdala (Hayes, Hayes & Mikados, 2012; Sartory et al., 2013; Star et al. 2015, como se citó en Puga et al., 2020).

Además, las personas afectadas por este trastorno presentan una alteración funcional del hipocampo, y esto genera disfunciones en el procesamiento cognitivo y en la memoria (Karl et al., 2006; Kitayama et al., 2005; O'Doherty et al., 2015, como se citó en Puga et al., 2020) puesto que el hipocampo está encargado del establecimiento y procesamiento de la memoria (Battaglia et al., 2011, como se citó en Puga et al., 2020).

Desde otra perspectiva, la desregulación endocrina guarda relación con estos trastornos psiquiátricos, donde la percepción de estímulos asociados al trauma generan alteraciones a nivel funcional del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Eje HHA), así como la presencia de cortisol en el sistema sanguíneo (Daskalakis, Lehmer & Yehuda, 2013; Wingefeld & Wolf, 2014; Zoladz & Diamond, 2013, como se citó en Puga et al., 2020), y en consecuencia esto provoca conductas disfuncionales ante la presencia de estímulos estresantes o estímulos asociados a un trauma.

También, se ha evidenciado una alteración en los niveles de dopamina, serotonina, ácido gamma-aminobutírico (GABA) y glutamato; que son neurotransmisores que hacen posible la regulación y funcionalidad de los circuitos cerebrales de la emoción del miedo y manejo del estrés; específicamente el circuito emocional; que está formado por el hipocampo, amígdala, septum, entre otras partes de la corteza cerebral (Guillen-Burgos & Gutiérrez-Ruiz, 2018, como se citó en Puga et al., 2020).

**2.2.3.8. Criterios diagnósticos y características generales.** En la categoría de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (TRTFE), del DSM-5 (2013, como se citó en Puga et al., 2020) se incluyen los siguientes trastornos (ver Tabla 3). A pesar de que estos trastornos tienen síntomas parecidos, existe una guía clínica para diferenciarlas. Es importante resaltar que, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por daños a nivel emocional y conductual, teniendo a la

reexperimentación del suceso traumático como síntoma distintivo, además de estados anímicos disfóricos y anhedonia. Por otro lado, en el trastorno de estrés agudo, las personas manifiestan conductas impulsivas y caóticas, donde son recurrentes los síntomas de ansiedad e ideación del caos, y esto incide en las relaciones interpersonales y en el cumplimiento de deberes (ausentismo laboral, académico).

**Tabla 3**

*Criterios diagnósticos y factores de riesgo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*

<b>Trastorno</b>	<b>Criterios diagnósticos</b>	<b>Factores de riesgo</b>
Trastorno de estrés postraumático	Adultos, adolescentes y niños mayores a 6 años A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. B. Presencia de síntomas de intrusión asociados al (los) evento(s) traumático(s). C. Evitación persistente de los estímulos relacionados con el suceso traumático. D. Alteraciones negativas, tanto cognitivas como del estado de ánimo. E. Alteración de la alerta y reactividad. F. La duración de los criterios B, C, D y E es mayor a un mes. G. Malestar clínico con deterioro en su capacidad laboral y de interacción social. H. Alteraciones clínicas no atribuibles a una sustancia o a otra afección médica.	Factores temperamentales, ambientales y distorsiones a nivel neuroanatómico (disminución del volumen del hipocampo) (Ben-Zion et al., 2020).
Trastorno de estrés agudo	A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. B. Presencia de síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta ante evento(s) traumático(s). C. La duración del trastorno es de tres días a un mes después del estímulo traumático. D. Malestar clínico con deterioro en su capacidad laboral y de interacción social. E. El trastorno no es atribuible a efectos de sustancias u otra afección médica.	Factores temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos.
Trastornos de adaptación	A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a factores estresantes determinados en los tres meses posteriores al trauma. B. Comportamientos clínicos alterados: 1) malestar desproporcional al contexto; 2) deterioro de aspectos laborales y sociales. C. La alteración no está relacionada a un trastorno mental preexistente. D. Los síntomas no están asociados al duelo. E. Los síntomas no se extienden a más de 6 meses.	

*Nota.* Adaptado de DSM-5 (2013, como se citó en Puga et al., 2020).

### 2.2.3.9. Abordaje

**a) Tratamiento farmacológico.** El abordaje farmacológico para este grupo de trastornos tiene como propósito brindar ayuda a la persona para que logre recuperar las sensaciones de control de la vida cotidiana. Si existe una respuesta positiva al tratamiento, la medicación se debe mantener por lo menos durante un año, para luego ser retirada de forma escalonada, siempre bajo indicaciones del profesional tratante. Los medicamentos por utilizar, en primer lugar, son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que proporcionan eficacia, seguridad y tolerancia por parte de los pacientes; la sertralina, paroxetina y fluoxetina son los más empleados (Generelo et al., 2019; Hoskins et al., 2015, como se citó en Puga et al., 2020). Se ha evidenciado, con el uso de los ISRS, un alivio del 30 % de los síntomas del TEPT (reexperimentación, pensamientos intrusivos, ira, irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración) en contraste con la utilización de placebo (Hoskins et al., 2015, como se citó en Puga et al., 2020).

Una mejora de los síntomas del TETP recién se evidencia después de seis a ocho semanas desde el inicio el tratamiento farmacológico. Es importante mencionar que una suspensión imprevista del tratamiento puede conllevar al desarrollo del síndrome de abstinencia, que es caracterizado por síntomas depresivos, síntomas ansiosos, irritabilidad, insomnio, mareo, fatiga, etc.; la aparición de estos síntomas puede hacer pensar que existe un empeoramiento de los síntomas del TEPT, es por ello de la importancia del retiro de la medicación de forma gradual y siempre siguiendo las indicaciones del especialista (Crespo et al., 2019, como se citó en Puga et al., 2020). También, se pueden emplear antidepresivos como la amitriptilina e imipramina (Kosten et al. (1991, como se citó en Puga et al., 2020), así como los demás ISRS y duloxentina (inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina) (Walderhaug et al., 2010, como se citó en Puga et al., 2020).

### ***b) Tratamiento no farmacológico***

- Psicoterapia cognitiva-conductual. Su objetivo es que el paciente halle su propio potencial, para así reforzar su autoestima. Roca (2007, como se citó en García y Gil, 2016) hace uso de técnicas que trabajan de forma global: pensamientos, emociones y conductas. Estas técnicas buscan mejorar la comunicación con las personas de nuestro entorno a través del entrenamiento de habilidades sociales y el pensamiento. Entre las más empleadas tenemos: la reestructuración cognitiva; consiste en identificar creencias e ideas irracionales del paciente, una vez realizado esto, el especialista enseña a refutar esas ideas reemplazándolas por pensamientos más adecuados (Roca, 2007, como se citó en García y Gil, 2016). Otra técnica es la desensibilización sistemática, que se basa en la exposición a estímulos que no son tolerables por el paciente, sumado a la enseñanza de técnicas de relajación para así lograr el objetivo de deshacer el condicionamiento entre los estímulos y los síntomas de estrés (Roca, 2007, como se citó en García y Gil, 2016); y, por último, la inoculación de estrés, que se fundamenta en el entrenamiento de habilidades que le permitan al sujeto afrontar de forma eficaz los estímulos estresantes. Su propósito es considerar a los eventos estresantes como dificultades que tienen solución y no eliminar el estrés. Las principales habilidades que se trabajan son aquellas que buscan manejar la tensión o la activación fisiológica, así como trabajar en modificar aquellos pensamientos que aparecen antes, durante y después de la exposición a los estímulos estresantes (Roca, 2007, como se citó en García y Gil, 2016).

- Técnicas de relajación. Se enfocan principalmente en el control de la respiración. Roca (2007, citado por García y Gil, 2016) plantea la técnica de relajación autógena (una técnica complementaria a la relajación muscular), que se puede poner en práctica en cualquier contexto y lugar. Adicional a esto, también se debe considerar la práctica de mindfulness (tomar conciencia y prestar atención) en vista de que se trabaja a nivel cognitivo, emocional y conductual.

**c) Técnicas generales.** García y Gil (2016) plantean que una dieta a base de la ingesta de verduras, frutas y pescado, pueden ayudar al organismo al control de la homeostasis interna. También, realizar ejercicios frecuentemente es vital porque proporciona al organismo mayor energía y refuerza el sistema inmune. Por lo contrario, recalcan la importancia de disminuir el consumo de alcohol, el café y el tabaco.

#### **2.2.4. Modelo tripartito de ansiedad y depresión**

Aparentemente, la depresión y la ansiedad tienen conceptos y manifestaciones clínicas diferentes, pero en la práctica no es tan notoria esa diferencia debido a la superposición de las sintomatologías, que complica la distinción y la implantación de características propias de ambos cuadros clínicos. Existe certeza de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión e incluso algunos instrumentos de evaluación contienen ítems parecidos, a pesar de tener la intención de evaluar y establecer una sintomatología diferente para ambos trastornos. Ante esta problemática, Anna Clark y David Watson, en el año 1991, implementaron el modelo tripartito de ansiedad y depresión, para así poder explicar la sintomatología común y diferencial de estos cuadros clínicos (Agudelo et al., 2007).

Este modelo clasifica los síntomas ansiosos y depresivos en tres grupos diferentes: El primero es el afecto negativo (AN), en el que se incluye estados subjetivos de malestar general como angustia, enojo, tristeza, preocupación, insomnio, baja concentración, sentimientos de culpa y baja autoestima. Por el contrario, lo opuesto a esta dimensión se manifiestan por estados de tranquilidad, calma y relajación (González et al., 2004).

En segundo orden tenemos al afecto positivo (AP), que se caracteriza por un alto nivel de energía, entusiasmo por la vida, alta autoestima, relaciones interpersonales satisfactorias, dominancia social y espíritu aventurero. La ausencia de afecto positivo se evidenciaría con niveles altos de fatiga, desinterés por las cosas, bajo nivel de

asertividad, anhedonia, ente otros (Clark & Watson, 1991b, como se citó en González et al., 2004).

Por último, el tercer componente es la activación fisiológica (AF), expresado por estados de tensión y activación somática como dificultad para respirar o respiración entrecortada, boca seca, mareos, temblores, etc. (Watson et al., 1995, como se citó en González et al., 2004). En síntesis, este componente forma parte de los síntomas fisiológicos de la ansiedad y los síntomas subjetivos están representados en el afecto negativo (AN) (Clark et al., 1994, como se citó en González et al., 2004).

En el modelo tripartito, los trastornos de ansiedad y depresivos tienen en común un alto afecto negativo (AN). Por el contrario, la depresión se distingue por un bajo afecto positivo (AP) y la ansiedad se caracteriza por una elevada activación fisiológica (AF) (Watson et al., 1995, como se citó en Gonzáles e Ibañez, 2018). Este modelo puede tener relación con las subescalas del DASS-21, ya que la depresión se distingue por un afecto positivo reducido, baja autoestima y desesperanza; la ansiedad por una sobre activación fisiológica; y el estrés por irritabilidad, frustración, perturbación y un frecuente estado de tensión (Clark & Watson, 1991, como se citó en Alves et al., 2006).

### **2.2.5. COVID-19**

La COVID-19 (coronavirus disease, 2019) es producida por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). Tiene una figura ovalada o redonda y frecuentemente polimórfica, su diámetro va desde los 60 a los 140 nm; en la superficie del virus se ubica la proteína espiga (tiene forma de barra), que es la estructura esencial usada en la tipificación. El nuevo virus y la enfermedad que desencadena no eran reconocidos hasta que se hizo conocido los casos en Wuhan, China (OMS, 2020, como se citó en Pérez et al., 2020).

**2.2.5.1. Etiología.** El primer caso de COVID-19 fue registrado el 1 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, que es capital de la provincia de Hubei, en China

central. Se informó que un conjunto de personas presentaba neumonía de un origen desconocido. La mayoría de estas personas trabajaban o habían visitado hace poco el mercado mayorista de mariscos de Wuhan. El número de casos aumentó drásticamente en el resto de la provincia de Hubei y se expandió rápidamente a otros territorios (OMS, 2020, como se citó en Pérez et al., 2020). Al poco tiempo, también se informaron casos de transmisión de pacientes a trabajadores sanitarios, así como registro de enfermos que no acudieron al mercado en ningún momento, lo que evidenció una fácil transmisión de persona a persona (Callaway & Cyranoski, 2020, como se citó en Palacios et al., 2020).

Un detalle que todavía es materia de estudio es el origen zoonótico del virus en cuestión, sin embargo, se evidenció que existe una relación cercana al coronavirus de murciélago, lo que significa que probablemente estos animales sean el depósito primario del virus, pues diversas investigaciones que se hicieron después de la aparición de este nuevo coronavirus identificaron que el 2019-nCoV tiene un genoma parecido del 96 % al genoma del coronavirus de murciélago. El mismo estudio también identificó que este nuevo coronavirus está incluido en la clase de SARS-CoV, que fue transmitido de animales exóticos hacia los humanos en el brote registrado en la provincia china de Gaundong, a finales del año 2002 (Zhou et al., 2020, como se citó en Palacios et al., 2020).

**2.2.5.2. Manifestaciones clínicas.** La manifestación de la COVID-19 es variable, puede presentarse como una infección asintomática o requerir ventilación asistida a causa de una neumonía considerable que en la mayoría de los casos conlleva a la muerte. Un modo asintomático usualmente se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes, y una forma más grave se presenta con frecuencia en los mayores de 65 años y en sujetos con alguna enfermedad crónica como diabetes, enfermedad cardiovascular (EPOC), hipertensión o diabetes (Guan et al., 2020; CCDC, 2020; Huang et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020).

Los síntomas más frecuentes, fiebre y tos, se manifiestan en la mayoría de los pacientes, sin embargo, no se presentan en todos los casos de las personas asintomáticas. La fiebre se puede presentar de forma elevada y por más tiempo de lo debido, esto está ligado a un pronóstico desfavorable (Guan et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020). La fatiga se suele presentar en la mayoría de los casos, y los dolores de cabeza y dolores musculares se manifiestan entre el 10 % y 20 % de los casos. Además, desde el 8 % hasta el 60 % (una frecuencia muy variable) ha presentado dificultad para respirar (disnea). Esta puede aparecer en el segundo día o puede tardar hasta 17 días en manifestarse. Una aparición retrasada puede significar consecuencias graves (Huang et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020).

También, se puede presentar tos seca con regularidad y en algunas ocasiones se presenta junto con la expulsión de pequeñas cantidades de sangre (Huang et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020). Los síntomas menos usuales son el dolor de garganta, la rinorrea y la congestión, ya que se dan en menos del 15 % de los casos diagnosticados (Guan et al., 2020; Huang et al., 2020; Borges et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020).

Los malestares gastrointestinales (náuseas, dolor abdominal, vómito y diarrea) ocurren durante los primeros días entre el 10 % y 20 % de los casos. Sintomatología de anorexia se da en uno de cada cuatro casos, y se presenta usualmente de la segunda semana de la enfermedad en adelante (Guan et al., 2020 y Huang et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020). Cabe mencionar que una disfunción en los sentidos del olfato (anosmia) y del gusto (ageusia) se presentan con regularidad (Lechien et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020).

En la forma más grave de la enfermedad, se presenta la neumonía en la inmensa mayoría de casos graves, además de daño renal agudo, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) e infecciones bacterianas, usualmente presentado en forma de choque séptico (Guan et al., 2020 y Huang et al., 2020; como se citó en Díaz

y Toro, 2020). También, se han evidenciado anomalías de la coagulación, como un menor número en el recuento de plaquetas, el incremento del dímero D y una prolongación del tiempo de protombina, lo que ha llevado a concluir que la coagulación intravascular diseminada es un fenómeno frecuente en los casos más complicados, por ende, los especialistas sugieren una anticoagulación temprana. Además, en los exámenes bioquímicos se ha registrado anomalías como un incremento de las aminotransferasas, creatina, troponinas, deshidrogenasa láctica, proteína C reactiva y procalcitonina (Guan et al., 2020, como se citó en Díaz y Toro, 2020).

**2.2.5.3. Medidas de prevención.** Las sugerencias realizadas por la OMS (2020) para la prevención del contagio del nuevo coronavirus son los siguientes: con suma frecuencia lavarse las manos (si las manos están notoriamente sucias, lavarse entre 40 y 60 segundos y si las manos no están notoriamente sucias, lavarse entre 20 a 30 segundos), taparse la nariz y la boca al estornudar y/o al toser, de preferencia evitar el contacto próximo con cualquier individuo que tenga síntomas asociados a enfermedades respiratorias (estornudos o tos), no realizar viajes a áreas o ciudades donde la propagación del virus no esté controlada, no acudir a áreas donde haya concentración masiva de personas (mercados, parques, playas), evitar acudir regularmente a espacios cerrados donde haya aglomeración de personas y evitar tocarse la boca, la nariz o los ojos (Ávila, 2020; Cheng et al., 2004; OMS, 2020, como se citó en Palacios et al., 2020).

Las personas que hayan tenido contacto cercano con pacientes considerados como casos probables y/o diagnosticados de 2019-nCoV deben ser supervisadas por 14 días contando desde la última vez que estuvieron cerca a ellos sin protección y deben evitar acudir a sitios fuera de su lugar de residencia para prevenir un posible contagio masivo (Palacios et al., 2020).

El uso obligatorio de mascarillas por parte de la población, como medida preventiva ante la COVID-19, es diferente según la perspectiva de los gobiernos de

algunos países. En Estados Unidos, se toma en cuenta lo establecido por la OMS y recomiendan el empleo de mascarillas en personas que hayan tenido contacto cercano con personas infectadas o en personas sintomáticas (como se citó en Sedano et al., 2020). Por otro lado, en países como Hong Kong, Japón e Irán tienen en cuenta, como criterio para el empleo de mascarillas en personas sanas, si el sujeto ha estado expuesto a lugares cerrados, con poca o nula ventilación o fueron usualmente frecuentados (Feng et al., 2020; Laestadius et al., 2020, citados por Sedano et al., 2020). China, particularmente, instiga al empleo de mascarillas incluso en población de bajo riesgo (Feng et al., 2020, como se citó en Sedano et al., 2020).

Los argumentos que sustentan el uso de las mascarillas están apoyados en investigaciones que estimaron sus virtudes preventivas ante enfermedades parecidas como el virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (Lau, 2004, como se citó en Sedano et al., 2020) o los coronavirus estacionales (Leung, 2020, como se citó en Sedano et al., 2020). Por otra parte, investigaciones, cuya fuente primaria fueron las matemáticas, sustentan que el empleo general de mascarillas probablemente reduce la rápida propagación del nuevo coronavirus (Eikenberry, 2020, como se citó en Sedano et al., 2020).

Una opción ante las posibles dificultades para la distribución de mascarillas por parte del gobierno es que los ciudadanos utilicen mascarillas caseras, a base de algodón (Sunjaya y Jenkins, 2020, como se citó en Sedano et al., 2020). Existe una investigación que no encontró un significativo contraste entre las mascarillas médicas y las caseras en cuanto a los niveles de gotas respiratorias expedidas por sujetos enfermos en lugares pequeños (por ejemplo, en el automóvil o dormitorio). Por ende, en dicha investigación se concluyó que se debe sugerir el empleo de mascarillas de algodón por parte de personas sanas, y no solo por las que fueron infectadas (Ho et al., 2020, como se citó en Sedano et al., 2020).

La forma más eficaz de contrarrestar la propagación rápida del nuevo coronavirus es evadir el contacto con el virus. Es por eso que, las normas de cuarentena, aislamiento social obligatorio y contención comunitaria son las mejores formas para hacer frente a la transmisión rápida del virus. La cuarentena se refiere a la restricción del libre tránsito para las personas que no están infectadas pero que tuvieron contacto cercano con alguna persona contagiada. El aislamiento tiene como objetivo que personas sanas no se contagien separándolas de aquellos que están infectados. En tanto, la contención comunitaria tiene como propósito disminuir la interacción social y libre tránsito de los ciudadanos, a través de medidas como el uso obligatorio de mascarillas y/o el distanciamiento social obligatorio (Wilder & Freedman, 2020, como se citó en Sedano et al., 2020).

Estas medidas pueden tener éxito si es que la población las respeta y el sistema de vigilancia es eficaz. Algunas de estas medidas vulnera derechos humanos fundamentales, específicamente la contención comunitaria con la restricción del libre tránsito. Sin embargo, estas acciones tuvieron un papel importante para un decrecimiento de la transmisión viral en China. Por otro lado, modelos que tienen como base las matemáticas proyectan que un control eficaz de los brotes está sujeto a un aislamiento rápido de las personas infectadas y el rastreo de las personas con las que el infectado tuvo cercano contacto (Hellewell et al., 2020; Thompson, 2020, como se citó en Sedano et al. 2020), por lo que la colaboración de la población es fundamental.

Las acciones anteriormente nombradas deben ser consideradas fundamentalmente para personas de la tercera de edad y personas que presenten alguna comorbilidad grave, pues ambos presentan un sistema inmune vulnerable. Además, se debe tener en cuenta a los recién nacidos, ya que ellos tienen un sistema inmune aún inmaduro y, por ende, pueden ser fácilmente contagiados. Los niños con un riesgo mayor son los que fueron dados a luz por madres consideradas como casos sospechosos o diagnosticadas con COVID-19 y/o que residan en un lugar donde haya

una transmisión descontrolada del virus o estén a punto de realizar un viaje a estos (Li & Zeng, 2020, como se citó en Sedano et al., 2020).

#### **2.2.5.4. Tratamiento**

**a) Infección no complicada.** Se recomienda que el sujeto, al no presentar síntomas de consideración, lleve a cabo el aislamiento ambulatorio. El tratamiento se centra en la prevención de la transmisión hacia otras personas y en el seguimiento de la evolución del sujeto. A la par, tomando en cuenta los síntomas, se sugiere complementarlo con hidratación, antipiréticos y analgésicos. Las personas infectadas deben utilizar una mascarilla en casa al recibir visitas y cuando sean atendidas por el personal médico. El medicamento que se debe emplear es acetaminofeno, 236 a 650 mg cada 4 a 6 horas o un 1 g cada 6 horas. La dosis máxima es de 4 g por día (Sarai & Quispe, 2021).

**b) Neumonía leve.** Los medicamentos que se sugieren utilizar son los siguientes: a) hidroxicloroquina: 400 mg 2 veces al día en el primer día y luego de forma diaria, durante 5 días; o 400 mg 2 veces al día en el primer día y luego 200 mg 2 veces por día, durante 4 días; o 600 mg 2 veces al día en el primer día y luego 400 mg diarios en los días 2 y 5. Este medicamento inhibe la polimerasa hemo, incrementa el pH del fagolisosoma que detiene la fusión virus-célula y actúa contra la glucosilación de los receptores celulares del virus; b) azitromicina: 500 mg el primer día, luego 250 mg/ día por 4 días o 500 mg/ día durante tres días, actúa contra la síntesis de las proteínas bacterianas; y c) lopinavir: 100 a 400 mg durante 5-10 días, usualmente el tratamiento es de 14 días, sin embargo, debido a los efectos adversos, en algunos casos se requiere ponerle fin. Ayuda en la formación de partículas virales inmaduras no contagiosas (Sarai & Quispe, 2021).

**c) Neumonía severa.** El tratamiento por seguir es el siguiente: a) interferón beta 1b: 250 mcg (1 vial) cada 48 horas por 14 días, de carácter antivírico e inmunorregulador; b) tocilizumab: pacientes con un peso mayor a 75 kg requieren una dosis única de 600

mg, sujetos con peso menor a 75 kg, 400 mg. Actúa como inhibidor de la proteína IL-6; y c) oxigenación pasiva: durante la intubación se exhorta evitar la ventilación con mascarilla, para disminuir la disgregación de las secreciones y la oxigenación apneica. Si se hace todo lo contrario, se sugiere una baja velocidad (<5 L/min) (Sarai & Quispe, 2021).

**d) Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).** Es una de las fases más graves de la enfermedad. Se aconseja emplear: a) cánulas de O<sub>2</sub> a alto flujo la ventilación mecánica no invasiva (VNI): el oxígeno debe ser de alto flujo y suministrar 60 L/minuto. Reduce la posibilidad de intubación; b) remdesivir: 200 mg el primer día seguido por una dosis de 100 mg al día desde el segundo hasta el décimo día, interviene en la polimerización del ARN del virus; y c) ivermectina: reciente fue autorizado por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos), tiene la capacidad de controlar la replicación del virus, se recomienda administrarla en las etapas iniciales de la infección (Sarai & Quispe, 2021).

### 2.2.5.5. Vacunas

**Tabla 4**

*Vacunas contra el COVID-19 autorizadas en el Perú*

	Vacuna de Sinopharm	Vacuna de Pfizer/BioNTech	Vacuna de Astrazeneca
Nombre comercial	Vacuna contra el SARS-COV-2 (Vero Cell), Inactivada	Comirnaty/Vacuna de ARNm frente a COVID-19 (con nucleósidos modificados)	COVID 19 Vaccine (ChAdOx1-S [recombinant])
Plataforma	Vacuna inactivada	Vacuna basada en ARNm	Vector viral (recombinante y no replicativo)
Fabricante	Beijing Institute of Bioloical Co. Ltd. (BIPP) - China	Pfizer Manufacturing Belgium NV-Bélgica y Pharmacia & Upjhon Company LLC- Estados Unidos	Bioscience Co. Ltd - Corea del Sur
Edad autorizada	18 años a más	16 años a más	18 años a más
Esquema de dosificación	2 dosis, con intervalo de 21 días	2 dosis, con intervalo de 21 días	2 dosis, intervalo de 4-12 semanas
Reacciones adversas	Muy común (>10 %): dolor en el lugar de la inyección. Común (1-10 %): fiebre temporal, fatiga, dolor de cabeza, diarrea, hinchazón, enrojecimiento, picazón y endurecimiento en el lugar de la inyección. Infrecuente (<1 %): sarpullido y picazón en el lugar de la inyección, náuseas y vómitos, dolor muscular, artralgia, somnolencia, mareos, etc.	Reacciones adversas más frecuentes: dolor en el lugar de inyección (>80 %), fatiga (>60 %), cefalea (>50 %), mialgia y escalofríos (>30 %), artralgia (>20 %) y fiebre e hinchazón en el lugar de inyección (>10 %), y generalmente fueron de intensidad leve o moderada y se resolvieron en pocos días	Reacciones adversas más frecuentes: sensibilidad en el lugar de la inyección (63,7 %), dolor en el lugar de la inyección (54,2 %), cefalea (52,6 %), fatiga (53,1 %), mialgia (44,0 %), malestar (44,2 %), pirexia (incluye sensación de fiebre (33,6 %) y fiebre >38°C (7,9 %)), escalofríos (31,9 %), artralgia (26,4 %), y náuseas (21,9 %). La mayoría de las reacciones adversas fueron leves a moderadas y generalmente se resolvieron a los pocos días. Las reacciones adversas después de la segunda dosis fueron más leves en comparación con la primera dosis.
Almacenamiento/periodo de validez	Refrigeración (2-8°C)	- Vial congelado: 6 meses a entre -90°C y -60°C; vial descongelado: 5 días a entre 2°C y 8°C. Una vez descongelada, la vacuna no se volverá a congelar.	Refrigeración (2 - 8°C)

*Nota.* Adaptado de Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos [CENADIM] (2021).

### **2.2.6. Adolescencia tardía**

La adolescencia es la etapa del desarrollo la cual es la transición de la niñez a la adultez. Es una etapa donde hay muchas oportunidades de crecimiento físico, cognitivo y psicosocial, sin embargo, también existen muchos riesgos para el bienestar del adolescente. Hay conductas de riesgo como consumo de drogas, promiscuidad, pertenecer a pandillas juveniles y falta de respeto a la autoridad, que suelen estar presentes en esta etapa en algunos adolescentes, pero la mayoría de ellos no suele tener problemas significativos (Papalia et al., 2009). Para intereses de la investigación, nos abocaremos en lo que algunos teóricos de la psicología del desarrollo denominan adolescencia tardía, ya que usualmente una persona inicia su vida universitaria a los 17 años.

La adolescencia tardía comprende las edades entre los 17 o 18 años hasta los 20 (donde empieza la adultez temprana). Es en este rango de edad donde los adolescentes usualmente empiezan sus estudios universitarios. Esta es la etapa final de la ruta de un joven hacia su autonomía e identidad. Tomando en cuenta la teoría de Erikson, si un joven ha resuelto con eficacia las tareas en las etapas del desarrollo anteriores (con apoyo de la familia, de su grupo de pares y de la comunidad), está preparado para las demandas de la adultez. Por otro lado, si no las ha llevado a cabo, se puede presentar dificultades en la adaptación a las responsabilidades que conlleva la adultez y esto puede traer consigo trastornos mentales como, por ejemplo, la depresión, trastornos de ansiedad o trastornos emocionales (Gaete, 2015).

Asimismo, Gaete (2015) nos detalla las características de desarrollo físicas, sexuales, cognitivas, psicosociales y en lo que respecta al desarrollo moral, lo cual se presenta a continuación:

**2.2.6.1. Desarrollo físico y sexual.** El adolescente acepta su imagen y los cambios corporales que sufrió. Ya alcanzó su desarrollo puberal, es por eso que ya no es motivo de preocupación a menos que exista alguna anomalía. En lo referido al ámbito

sexual, en esta etapa el adolescente se inclina a tener relaciones de pareja mucho más estables e íntimas, al mismo tiempo que reconoce y acepta su identidad sexual (Gaete, 2015).

**2.2.6.2. Desarrollo cognitivo.** En esta dimensión se instaura firmemente el pensamiento abstracto. Si la educación recibida ha sido de calidad, entonces el joven debe de tener el pensamiento hipotético-deductivo característico de un adulto. También, acrecienta la capacidad para resolver problemas y para presagiar consecuencias (Gaete, 2015)

**2.2.6.3. Desarrollo psicosocial.** En el área psicológica, la identidad del adolescente se afirma en varios aspectos, la imagen de sí mismo ya no está incidida significativamente por su grupo de pares, ahora toma más en cuenta sus creencias e ideas. Existe conciencia acerca de sus fortalezas y debilidades, sus intereses son más concretos y ya no tan idealizados e irreales. Además, desarrolla la habilidad para planificar eventos futuros, como, por ejemplo, metas vocacionales (qué carrera universitaria o técnica seguir).

Lo ideal es que estas metas sean elegidas acorde a los intereses, capacidades y habilidades del adolescente y no por presión por parte de los padres, grupo de pares o la comunidad. También, la capacidad para controlar sus impulsos aumenta y de esta forma, adquiere la habilidad para postergar la gratificación inmediata (Gaete, 2015). En lo que respecta al ámbito social la influencia del grupo de pares decrece ya que el adolescente está más a gusto con sus creencias, principios e identidad. Las amistades son más selectivas. A raíz de esto, existe un reacercamiento a la familia, si es que la relación con ellos ha sido satisfactoria en los anteriores años (Gaete, 2015).

**2.2.6.4. Desarrollo moral.** La mayoría de los adolescentes se encuentran en el nivel convencional, tomando en cuenta la teoría de Kohlberg. Este nivel se caracteriza porque una marcada preocupación de satisfacer las expectativas sociales de su entorno

(familiar, académico, social). El adolescente se adapta a las normas sociales que rige el entorno al cual pertenece y desea en gran medida conservar el orden social existente.

Muy pocos alcanzan el nivel posconvencional, el cual es el nivel más avanzado de desarrollo moral. Se distingue en que los problemas y dilemas sociales son evaluados desde principios autónomos, los cuáles no siempre están de acuerdo con las normas y leyes establecidas (Gaete, 2015).

### **2.2.7. Adultez temprana**

Papalia et al. (2009) plantean que la adultez temprana comprende el rango entre los 20 y 40 años por lo general; usualmente en esta época del desarrollo humano se toman decisiones que tienen incidencia en el ámbito profesional, en la salud y en el estilo de vida. Una persona es considerada como adulta cuando ya no depende económicamente de los padres o cuando ha elegido una profesión, cuando ha contraído matrimonio o una relación de pareja significativa o cuando conforma una familia. Para Uriarte (2005), el comienzo de la adultez no está determinado por la edad cronológica sino por los desafíos que afronta un sujeto desde los 20 años, tareas que hacen que el individuo adquiera mayor grado de responsabilidad e independencia.

Arlett (2006, como se citó en Papalia et al., 2009) establece tres criterios que definen a una persona como adulta: a) asumir las responsabilidades propias b) ejecutar decisiones independientes y c) tener independencia financiera. También, menciona que hoy en día a una persona le toma más tiempo en alcanzar esos criterios a comparación de décadas pasadas, es por eso por lo que muchos teóricos del desarrollo, entre ellos Papalia et al. (2009), plantearon el término adultez emergente, que es un periodo donde una persona ya no es joven pero aún no asimila los roles que demanda la adultez. Para intereses de la investigación, nos abocaremos en la definición de este término ya que es durante este periodo en el cual una persona, por lo general, permanece en una carrera universitaria y la finaliza.

La adultez emergente va desde los 18-19 años hasta los 25-30 años. Arlett (2000, como se citó en Uriarte, 2005) determina que es un periodo intermedio entre la adolescencia y la adultez temprana. Se caracteriza principalmente en que los jóvenes dejan de ser adolescentes, pero aún no desenvuelven los roles propios de la adultez. Gould (1988, como se citó en Uriarte, 2005) acota que en esta etapa los jóvenes modifican sus creencias respecto al mundo y a sí mismos, desestiman el control de los padres y desea crear una identidad que no sea incidida por lo dicten ellos, con el beneficio de tener autonomía y libertad para tomar decisiones, pero sin los compromisos, responsabilidades y obligaciones de la vida adulta.

**2.2.7.1. Desarrollo físico y sexual.** Esta etapa es crucial y está referida al fortalecimiento del funcionamiento físico. La salud puede estar bajo influencia de la herencia. Los factores conductuales mencionados a continuación benefician o deterioran el funcionamiento físico.

a) ***Dormir lo suficiente.*** Esta época es de gran actividad. Debido a las exigencias universitarias, sumado al estrés de la vida familiar y social, tiene relación directa con altos niveles de insomnio (Bernet, et al., 2007, como se citó en Papalia et al., 2009). En consecuencia, la falta de sueño no solo tiene efectos negativos en la salud, sino también en el funcionamiento social, cognitivo y emocional.

b) ***Dieta y control de peso.*** La ingesta no controlada de grasas saturadas aumenta el riesgo de padecer enfermedades relacionadas al corazón (Ervin et al., 2004, como se citó en Papalia, et al., 2009). Una dieta no saludable lleva a cabo problemas de sobrepeso, lo cual genera múltiples enfermedades y disminuye la esperanza de vida. Por otro lado, una dieta adecuada disminuye la posibilidad de sufrir ciertos tipos de cáncer, como el cáncer colorrectal en los varones y el cáncer de mama en las mujeres (Madsen et al, 2006, como se citó en Papalia et al., 2009).

c) ***Actividad física.*** El realizar ejercicios de forma continua tiene efectos positivos en la salud y bienestar. Ayuda a mantener un peso ideal y deseable, refuerza

los pulmones y el corazón, disminuye el riesgo de sufrir enfermedades como diabetes, muchos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. También, es útil para reducir los niveles de ansiedad y para lidiar con la depresión (Barnes, 2003; Bernstein et al, 2005; Boulé et al, 2001; NCHS, 2004; Pan et al., 2005; Pratt, 2002; OMS, 2002, como se citó en Papalia et al., 2009).

d) **Consumo de alcohol.** Es común que en este periodo de vida una persona beba con más frecuencia. La universidad es el principal lugar para el consumo de bebidas alcohólicas (SAMHSA, 2006; como se citó en Papalia et al., 2009).

En lo que concierne al ámbito sexual, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la fertilidad generan preocupación en la adultez temprana, ya que para esta etapa la mayoría de jóvenes ya tiene una vida sexual activa y, por ende, el aumento de conductas de riesgo (Papalia et al., 2009).

**2.2.7.2. Desarrollo cognitivo.** Algunos investigadores plantean formas de cognición que surgen en esta etapa muchas más avanzadas que la de operaciones formales. La primera se denomina pensamiento reflexivo, en la cual se cuestionan los hechos dados como verdaderos, se hace una evaluación de la información que se recibe, surge la capacidad para hacer deducciones y establecer conexiones entre varias ideas o teorías (Fischer y Pruyne, 2003, como se citó en Papalia et al., 2009).

La segunda es el pensamiento posformal. Este tipo de pensamiento es factible gracias a la educación superior. Es determinada por la experiencia subjetiva, la lógica y la intuición que hacen posible hacer frente a la incertidumbre, el compromiso, la imperfección, la inconsistencia y otras responsabilidades de la vida adulta. Además, hace uso de los conocimientos adquiridos por la experiencia para lidiar con situaciones incómodas (Labouvie & Vief, 2006; como se citó en Papalia et al., 2009).

También, encontramos lo que teóricos como Salovey y John Mayer, quienes denominaron inteligencia emocional, que es la capacidad para gestionar, hacer uso,

manejar y regular de forma eficaz las emociones (de sí mismo y las de las personas de nuestro entorno) para así poder actuar con eficacia con las demandas de la vida adulta. Esta capacidad tiene un papel fundamental en el éxito (Salovey y Mayer, 1997; como se citó en Papalia et al., 2009).

**2.2.7.3. Desarrollo psicosocial.** Para el logro de la madurez psicológica en la adultez es necesario que dos necesidades opuestas estén en equilibrio: la independencia y la intimidad. La primera se relaciona con los roles propios de la adultez como: tener una vivienda propia, el matrimonio, separación de los padres, la paternidad, lo cual trae consigo en la adquisición de compromisos y responsabilidades sociales y personales. La segunda está asociada en hacer frente a la paradoja de establecer relaciones afectivas y el temor de perder su independencia a causa de una relación significativa (Schaie y Willis, 2003, como se citó en Uriarte, 2005).

También, en esta etapa la búsqueda de la identidad aún tiene relevancia. La adultez emergente permite un tiempo de espera, sin presiones y con libertad para que el joven pruebe diversos roles sociales y estilos de vida, sin embargo, es fundamental para la asimilación de las responsabilidades y compromisos que trae consigo la etapa adulta. Esto hace posible la consolidación de una personalidad estable (Cote, 2006; Tanner 2006; como se citó en Papalia et al., 2009).

**2.2.7.4. Desarrollo moral.** En este periodo los juicios morales son más complejos. Los jóvenes pasan de la etapa convencional a la posconvencional, en función de que dejan de lado el egocentrismo propio de la niñez y adolescencia, y surge la capacidad de pensamiento abstracto. Dos hechos fundamentales inciden en el desarrollo moral del joven lo siguiente: el lidiar con valores contradictorios lejos del hogar, como la universidad y el trabajo, y la responsabilidad de cuidar de otros, principalmente cuando tiene un hijo (Kohlberg, 1973, como se citó en Papalia et al., 2009).

### **2.2.8. Becarios**

Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2021), *becario* se define como “persona que disfruta de una beca de estudios”. Sientz (2013) refiere que las becas ofrecidas a estudiantes universitarios están integradas en las políticas socioeducativas enfocadas en combatir la desigualdad social. Usualmente, las otorgan el Estado, instituciones privadas o sujetos particulares y son destinadas a aquellos sujetos catalogados como “excepcionales” (jóvenes con alto rendimiento académico y/o en condición económica baja). En el caso del Perú, el Gobierno, a través del programa BECA 18, otorga estas becas de estudios.

El propósito del programa BECA 18 es ofrecer a estudiantes de excelente rendimiento académico y bajos recursos económicos la oportunidad de desarrollar una carrera profesional o técnica, en centros educativos de prestigio a nivel nacional, con el fin de que, una vez que culminen sus estudios, sean parte del crecimiento del país a nivel intelectual y estimular el desarrollo productivo. Este programa fue creado en octubre de 2011, durante el Gobierno de Ollanta Humala Tasso y forma parte del Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC) (Ministerio de Educación [MINEDU], 2013; MINEDU, 2016).

La mayoría de los becarios son en su mayoría sujetos entre 15 y 25 años. Los principales requisitos para acceder al programa BECA 18 es haber culminado la secundaria en un colegio público, tener un promedio mínimo de 14 para universidades y de 13 para institutos y tener condición de pobreza o extrema pobreza. Para poder validar todas estas condiciones, los postulantes deberán pasar por un comité de validación de la sociedad civil (conformado por representantes locales, que admitirán a los postulantes más aptos) y por una comprobación domiciliar de ficha socioeconómica (los postulantes deben evidenciar estar en pobreza o pobreza extrema) (PRONABEC, 2013; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2013).

El programa BECA 18 cubre la totalidad de gastos de matrícula, pensión académica, seguro médico, nivelación académica (Ciclo 0, solo si forma parte de la malla curricular del centro de estudios), alimentación, alojamiento, transporte, materiales educativos, útiles de escritorio, artículos de bioseguridad (según corresponda), servicio de tutoría (acompañamiento académico, socioemocional y de bienestar) e idioma inglés, además de otorgar a los estudiantes laptops para desempeñarse adecuadamente durante la vida universitaria (Diario El Peruano, 2021; MIMP, 2013).

### **2.3. Definición de Términos Básicos**

#### ***a) Ansiedad***

Es un estado de intranquilidad, agitación y zozobra del ánimo. Es una condición normal si es reconocida como una señal de alerta ante la existencia de un peligro cercano y hace posible que el sujeto tome precauciones para afrontar dicho estímulo (DRAE, 2014; Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2002, como se citó en Gil y Botello, 2018).

#### ***b) Coronavirus***

Son una familia de virus infecciosos que afectan a una gran variedad de animales (gatos, murciélagos, camellos) y a los seres humanos. Es una enfermedad zoonótica, que quiere decir que se transmiten de animales a humanos. Los coronavirus pueden causar desde un resfriado común hasta un cuadro clínico de más consideración como los producidos por el virus del síndrome respiratorio de oriente próximo (Mers-CoV) y el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) (OMS, 2019; Paules et. al., 2020, como se citó en Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2020).

#### ***c) Becario***

Persona que percibe de una ayuda económica proveniente de un fondo público o privado. Esta ayuda económica cubre, de forma parcial o total, gastos académicos,

desarrollo de un trabajo de investigación o llevar a cabo una obra artística (Universidad Mayor de San Andrés [UMSA], 2022).

#### **d) COVID-19**

Es la enfermedad producida por el nuevo coronavirus (Sars-CoV-2) que ha sido identificado y descrito clínicamente en enero de 2020 en Wuhan, China. La fiebre es el síntoma más usual y se presenta en la mitad de casos al instante de ser diagnosticados. Otros síntomas identificados son los siguientes: tos seca (60-80 % de los casos), fatiga (38 % de los casos), ahogo o dificultad para respirar (7-30 % de los casos), dolores de cabeza (10-40 % de los casos), entre otros síntomas (Colegio Médico de Chile, 2020).

#### **e) Depresión**

Se trata de un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida de interés en actividades que antes eran consideradas placenteras, fatiga o pérdida de energía, un estado depresivo durante la mayor parte del día, sentimientos de inutilidad o culpa, agitación o lentitud psicomotriz, disminución en la capacidad de prestar atención, alteraciones del sueño, sentimientos de inutilidad o culpa, irritabilidad y pensamientos referidos al miedo a morir o a suicidarse (Campos & Navarro, 2004; Secretaria de Salud, 2011, como se citó en De Los Santos y Carmona, 2018).

#### **h) Estudiante universitario**

Persona que acude a una institución de enseñanza superior, que se divide en varias facultades y a su vez otorga los grados académicos correspondientes (DRAE, 2021).

#### **f) Estrés**

En un estado normal, es un proceso que se da en la interacción entre la persona y su medio ambiente, en la que una condición o evento interno o externo es percibido y valorado por una persona como superior a los recursos con los que cuenta para afrontarlo. La valoración que realiza la persona es fundamental, y es influida por las

características del estímulo estresor y por factores individuales, como la personalidad, la motivación, entre otros (Steptoe & Ayers, 2004; Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1986, como se citó en Lemos et. al., 2019).

**g) *Pandemia***

Este término proviene de los vocablos griegos *pan* (todo, en su totalidad) y *demia* (pueblos). Se define como enfermedad epidémica que se propaga a varios países y en consecuencia afecta, de forma severa, a casi todos los individuos de una localidad o región determinada (De Rezende, 1998; Doshia, 2011, como se citó en Roselli, 2020).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Configuración de la Investigación**

##### ***3.1.1. Enfoque de la investigación***

El enfoque fue cuantitativo. Este tipo de enfoque hace uso de la recolección y análisis de datos para verificar las hipótesis establecidas con anterioridad y responde a una o más preguntas de investigación. Se apoya en la estadística y en la medición numérica para la predicción de pautas de comportamiento en una población. Se basa en un esquema lógico y deductivo, ya que generaliza los resultados obtenidos en sus investigaciones a partir de la evaluación de muestras representativas (Vega et al., 2014).

##### ***3.1.2. Tipo de investigación***

La investigación fue de tipo básica. Muntané (2010) acota que la investigación básica se distingue porque surge de un marco teórico, se mantiene en él y no se adentra al ámbito práctico. Además, tiene como propósito ampliar los conocimientos científicos. Esteban (2018) añade que la motivación del tipo básico es el descubrimiento de conocimientos, sirve como soporte para la investigación aplicada o tecnológica; y es primordial para el avance de la ciencia.

##### ***3.1.3. Nivel de investigación***

La investigación tuvo nivel descriptivo. Cauas (2015) refiere que este nivel se centra en la descripción de fenómenos sociales en un contexto temporal y espacial determinado, identificando sus rasgos más distinguidos o diferenciadores. Asimismo, busca detallar las propiedades fundamentales de personas, grupos, comunidades o cualquier otra población o fenómeno que es estudiado. Al realizar este nivel de investigación, cabe la probabilidad de realizar predicciones.

### 3.1.4. Diseño de la investigación

La investigación presentó un diseño no experimental. En este diseño no se manipulan deliberadamente las variables, específicamente no hay intención, por parte del investigador, de incidir en las variables independientes. Por el contrario, se observan los fenómenos de la realidad tal y como suceden en su entorno natural, y posteriormente son analizados. En este tipo de investigación los hechos ya han sucedido y no pueden ser manipulados, el investigador no puede incidir en dichas variables porque ya ocurrieron, al igual que sus consecuencias. El diseño general es transversal o transaccional, ya que se recogen datos en un momento único, su fin es describir variables y analizar su grado de incidencia en un momento determinado (Agudelo et al., 2010). El diseño específico fue descriptivo simple debido a que solo se recogieron datos para determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión becarios de una universidad privada, sin modificar ni alterar alguna variable (Agudelo et al., 2010). El diseño se grafica de la siguiente forma:



Figura 1. Adaptado de Agudelo et al. (2010). Esquema de diseño de investigación descriptivo simple, donde “M” es muestra y “O” es la aplicación de la escala DASS-21.

### 3.1.5. Categoría de la investigación

Tuvo un carácter científico, ya que el estudio fue realizado cumpliendo una serie de pasos, técnicas y procedimientos para plantear y solucionar problemas de investigación (previamente planteados) a través de la verificación o prueba de hipótesis (Arias, 2012, como se citó en Cabezas et al., 2018). Una vez que se haya concluido el estudio, los resultados deben ser reconocidos por la comunidad científica (Bunge, 1990; como se citó en Cabezas et al., 2018).

## **3.2. Población y Muestra**

### **3.2.1. Población**

La población está compuesta por las unidades de análisis o entidades de la población que integran un fenómeno de estudio, que se cuantifican formando un conjunto N de entidades con una característica en común, y es llamado “población”, ya que representa la totalidad del fenómeno que se está estudiando (Tamayo, 2003, p. 176). En total fueron 290 becarios matriculados en el semestre 2021-2 en una universidad privada de Huancayo.

### **3.2.2. Muestra**

#### **3.2.2.1. Unidad de análisis**

Un becario de una universidad privada de Huancayo matriculado en el semestre 2021-2.

#### **3.2.2.2. Tamaño de muestra**

Tamayo (2003, p. 176) sustenta que la muestra surge a partir de cuantificar todas las unidades de la población y cuando no es factible medir todos los elementos de la población, se estima que la muestra es representativa de la población y el principio teórico que apoya esta idea es “la suma de partes representan al todo”. Con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, formaron parte de la muestra 141 becarios matriculados en el semestre 2021-2 de una universidad privada de Huancayo.

#### **3.2.2.3. Selección de muestra**

Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que el investigador puede seleccionar a los sujetos que formarán parte del estudio basándose en la accesibilidad y proximidad que tiene con ellos (Otzen y Manterola, 2017). Además, Tamayo (2001) plantea que este tipo de selección se emplea cuando se requiere obtener información de la población de forma económica y rápida.

**a) Criterios de inclusión**

- Becarios de una universidad privada de Huancayo
- Grado de instrucción: superior
- Edad: de 17 años a más, en promedio a esa edad una persona inicia su vida universitaria.
- Participación: fue de carácter voluntario, respetando las normatividades éticas.

**b) Criterios de exclusión**

- Estudiantes que no hayan completado el consentimiento informado.
- Estudiantes no matriculados en el periodo 2021-2.

### **3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

#### **3.3.1. Instrumento de recolección de datos**

La técnica utilizada es la encuesta, que aplica una serie de pasos y métodos científicos debidamente verificados que permite explorar, describir, predecir y/o explicar cómo un hecho o fenómeno actúa sobre una población en particular. Cuenta con las siguientes características: a) la información se recaba de forma indirecta, es por eso que en algunos casos la información que se obtiene no siempre evidencia la realidad; b) esta técnica permite la aplicación de forma masiva; c) se deben emplear técnicas de muestreo apropiadas; d) hace posible obtener datos de una diversidad de temas y e) el recojo de la información se hace mediante un cuestionario (formulación de preguntas) (Anguita et al., 2003).

El instrumento empleado fue la versión abreviada de Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), un instrumento que fue creado para la medición de los estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond & Lovivond, 1995, como se citó en Román et al., 2014). Para contestar, la consigna inicial es en qué

medida el ítem o frase describe lo que sintió o le pasó la persona durante los últimos 7 días. Esta prueba es de sencilla administración y aplicación (Antúnez & Vinet, 2012).

La adaptación para la lengua española de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) fue realizada por Román, Vinet y Alarcón, en el 2014, también fue validada por Antunez & Vinet, en el 2012, para estudiantes universitarios en Chile. Este instrumento también cuenta con una versión adaptada para el país (se hizo uso de esta validación para el presente estudio). Fue traducida y adaptada para estudiantes universitarios por Polo (2017), la cual fue utilizada para la recolección de datos en esta investigación. Las tres escalas están constituidas por 7 ítems cada una, y el formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro opciones, que se clasifican en una escala de 0 a 3 puntos. El puntaje total de cada escala se obtiene a partir de la sumatoria de los ítems correspondientes a la misma. Es por ello que el puntaje máximo por escala es de 21 puntos (Román et al., 2014). Las respuestas se jerarquizan de 0 a 3, en el que “0” representa “Nunca”, “1” representa “A veces”, “2” representa “Con frecuencia” y 3 representa “Casi siempre”.

**Tabla 5**  
*Ficha técnica de la Escala DASS-21*

Ficha técnica de la Escala DASS-21	
Nombre del instrumento	Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)
Nombre original de la prueba	Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-Abbreviated version)
Autores originales	Peter Lovibond & Sydney Harold Lovibond (1995)
Objetivo	Medir los tres estados emocionales negativos relacionados con la depresión, ansiedad y estrés.
Tipo de Instrumento	Escala
Características	La escala está compuesta por 21 ítems, dividida en 3 dimensiones a) Depresión (3,5,10,13,16,17,21) b) Ansiedad (2,4,7,9,15,19,20) c) Estrés (1,6,8,11,12,14,18)
Escala de valoración	0 = Nunca 1 = A veces 2 = Con frecuencia 3 = Casi siempre
Adaptación	Robert Polo (2017)
Edad de aplicación	A partir de los 17 años.
Administración	Individual o grupal.
Tiempo de administración	De 5 a 10 minutos.
Confiabilidad	a) Depresión: Alfa de Cronbach de 0.850 b) Ansiedad: Alfa de Cronbach de 0.833 c) Estrés: Alfa de Cronbach de 0.826
Validez	Los ítems fueron validados por juicio de expertos, que da como resultado que cada reactivo está asociado al estudio.

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021)

### **3.3.2. Procedimiento de recolección de datos**

La escala DASS-21 se aplicó en un mismo momento, a través de un formulario en Google Forms (debido a la coyuntura actual) a becarios de una universidad privada de Huancayo. El enlace del cuestionario se muestra a continuación:  
[https://docs.google.com/forms/d/15oeAmyKdaUTNDMiD15\\_Y1WeV2bpLAqvE3dGTQV3wD00/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/15oeAmyKdaUTNDMiD15_Y1WeV2bpLAqvE3dGTQV3wD00/viewform?edit_requested=true)

La aplicación se realizó el sábado 11 de diciembre de 2021, fecha en la que aún seguía vigente la restricción de inamovilidad social obligatoria en la provincia de Huancayo desde las 11 p.m. hasta las 4 a. m, uso obligatorio de doble mascarilla y protector facial, además de aforos en espacios cerrados del 60 % y la prohibición de

reuniones masivas en navidad y año nuevo. El instrumento se aplicó previa autorización por parte del director de carrera, el director del programa BECA 18 y la directora del comité de ética de la Universidad Continental.

Cada estudiante, por motivos de confidencialidad, recibió a través del correo de la universidad dos enlaces de Google Forms. El primero contenía el consentimiento informado y el segundo, la ficha sociodemográfica y la escala DASS-21. El sábado 11, a través de un enlace de Google Meet, se realizó la aplicación del instrumento en dos grupos. El evaluador dio las pautas de la aplicación con cámara y micrófono encendido. En primer lugar, indicó que abran el primer enlace (consentimiento informado), haciendo énfasis en que los estudiantes que deseaban participar del estudio, debían completar sus datos en el consentimiento informado. Luego se pidió que abran el segundo enlace, para dar las indicaciones de las preguntas sociodemográficas (12 ítems) y de la Escala DASS-21. La aplicación duró aproximadamente 25 minutos por cada grupo. Finalmente, se procedió a revisar si los participantes del estudio cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Aquellos estudiantes que no cumplían con estos criterios fueron excluidos para participar de esta investigación.

### **3.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos**

Una vez aplicada la escala a toda la muestra de la facultad, se procedió a procesar los datos obtenidos en el programa SPSS 25. Se tuvo en cuenta el formato de calificación Escala DASS-21 para poder adaptarlo al programa estadístico. Este procedimiento se realizó con sumo cuidado, rectificando dos veces la información registrada en el programa. Para este procedimiento se enumeró cada prueba que era registrada, tomando en cuenta el número de celda que ocupaba en el programa SPSS. Luego se procedió a analizar los datos a través de los estadísticos Chi-cuadrada de Pearson para poder establecer si existía diferencia significativa entre las dimensiones depresión, ansiedad y estrés y las variables sociodemográficas.

### 3.5. Validez y Confiabilidad

#### 3.5.1. Validez

Se realizó el juicio de expertos para la evaluación de la Escala DASS-21 con el objetivo de que ellos establezcan la valoración individual de los ítems y la valoración global del instrumento, además de constatar que cada uno de los reactivos midan lo que intenten medir. Se les pidió que cada uno de ellos estimen la pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem. Se escogió a cuatro expertos cuyo conocimiento de las dimensiones del estudio es vasto, por ende, son personas capacitadas para la realización del juicio de expertos. En la tabla N.º 6 se muestra la tabla para establecer el índice de validez de contenido. Se obtuvo un coeficiente global de 0.9271. Es preciso mencionar que, debido a la sugerencia de los expertos, para la aplicación de la Escala DASS-21 se modificó 3 ítems de la adaptación realizada por Polo (2017).

**Tabla 6**  
*Índice de validez de contenido de la Escala DASS-21*

Dimensión	N.º	Ítem	J1	J2	J3	J4	IVC
Depresión	3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	1	1	1	0	0.7425
	5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	1	1	1	1	0.9999
	10	Sentí que no tenía nada por que vivir	1	1	1	1	0.9999
	13	Me sentí triste y deprimido	1	1	1	1	0.9999
	16	No me pude entusiasmar con nada	1	1	1	0	0.7425
	17	Sentí que valía muy poco como persona	1	1	1	1	0.9999
	21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	1	1	1	1	0.9999
Ansiedad	2	Me di cuenta que tenía la boca seca	1	1	1	1	0.9999
	4	Se me hizo difícil respirar	1	1	1	1	0.9999
	7	Sentí que mis manos temblaban	1	1	1	1	0.9999
	9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	1	1	1	1	0.9999
	15	Sentí que estaba a punto del pánico	1	1	1	1	0.9999
	19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	1	1	0.7425
Estrés	20	Tuve miedo sin razón	1	1	1	1	0.9999
	1	Me costó mucho relajarme	1	1	1	1	0.9999
	6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	1	1	1	1	0.9999
	8	Sentí que tenía muchos nervios	1	1	1	1	0.9999
	11	Noté que me agitaba	1	1	1	1	0.9999
	12	Se me hizo difícil relajarme	0	0	1	1	0.4999
	14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	1	1	0	1	0.7425
	18	Sentí que estaba muy irritable	1	1	1	1	0.9999
<b>IVC Global 0.9271</b>							

### 3.5.2. Confiabilidad

La adaptación para la lengua española de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) fue realizada por Román, Vinet y Alarcón, en el 2014, donde obtuvieron valores de alfa de Cronbach de 0,88-0,87 en la dimensión depresión; 0,79 en la dimensión ansiedad y 0,82-0,83 en la dimensión estrés. La escala también fue validada por Antunez & Vinet, en el año 2012, para estudiantes universitarios en Chile, donde obtuvo un alfa de Cronbach de 0. 850 (depresión), 0. 830 (ansiedad) y 0. 730 (estrés). En el país Polo, en el 2017, realizó una validación en estudiantes universitarios, dando como resultado valores de alfa de Cronbach de 0.850 para depresión; 0.833 para ansiedad y 0.826 para estrés (Quezada, 2020).

La confiabilidad del presente estudio se consiguió haciendo uso al método de consistencia interna, con el coeficiente Alfa de Cronbach, que ayuda a determinar el grado de fiabilidad de una escala o test. El investigador obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,883 en la dimensión depresión, 0,843 en la dimensión ansiedad y 0,856 en la dimensión estrés. Según Hernández et al. (2014), los valores se encuentran en el rango adecuado, que indica la existencia de una consistencia interna buena. En la tabla N.º 7 se muestran los valores de alfa de Cronbach, por cada dimensión, obtenidos por el investigador.

**Tabla 7**

*Alfa de Cronbach de las dimensiones de las Escala DASS-21*

Alfa de Cronbach de las dimensiones del DASS-21	N.º de Ítems
Depresión: 0,883	7 (3,5,10,13,16,17,21)
Ansiedad: 0,843	7 (2,4,7,9,15,19,20)
Estrés: 0,856	7 (1,6,8,11,12,14,18)

### 3.6. Aspectos Éticos

El plan de tesis fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Facultad de Humanidades de la Universidad Continental, además de contar con los permisos del jefe del programa BECA 18 de una universidad privada de Huancayo. Los

datos obtenidos serán utilizados con fines académicos y solo fueron incluidos aquellos alumnos que firmaron el consentimiento informado entregado antes de la aplicación del instrumento. Por último, antes de la aplicación, la escala utilizada en el estudio pasó por juicio de expertos, para garantizar la validez en becarios universitarios de la provincia de Huancayo.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Descripción del Trabajo de Campo

La investigación se llevó a cabo en becarios de una universidad privada de Huancayo. De agosto a noviembre del 2021 se gestionó el permiso para la aplicación de la Escala DASS-21 y validación del instrumento a emplear por juicio de expertos; y el recojo de datos se realizó el sábado 11 de diciembre de 2021. Para este paso fue indispensable que los participantes del estudio completen el consentimiento informado, el cual les brindó mayores detalles del estudio y los aspectos éticos a seguir. Se excluyó a aquellos becarios que no cumplían con los criterios de inclusión y con los que no rellenaron el consentimiento informado. En total fueron 141 participantes.

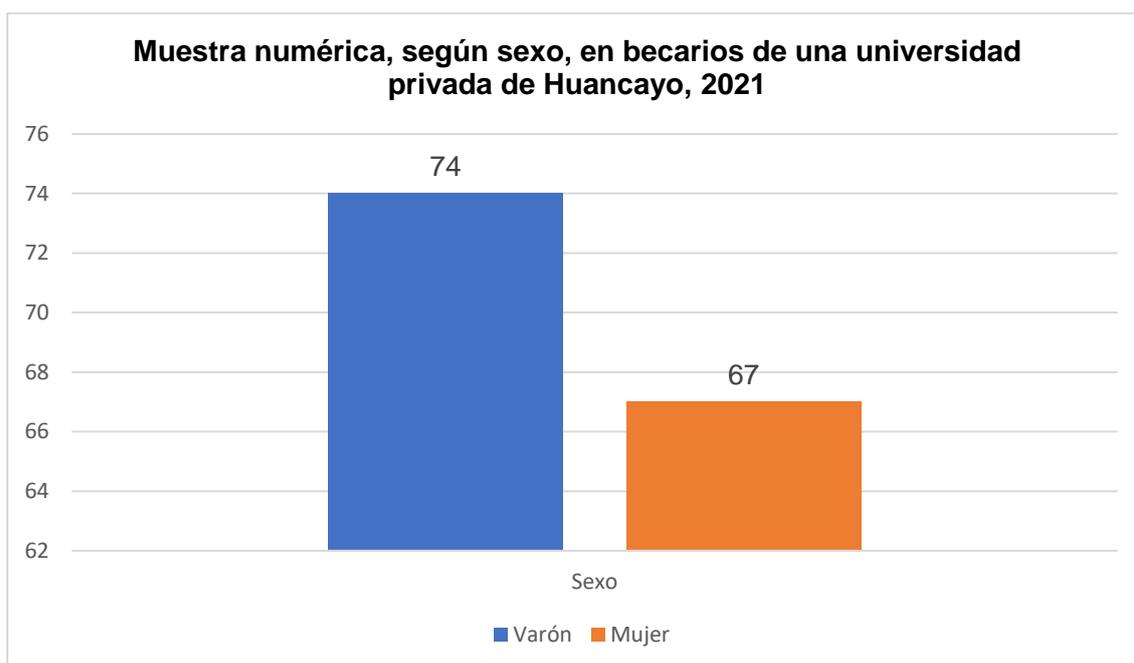
#### 4.2. Presentación de resultados

**Tabla 8**

*Datos sociodemográficos de becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

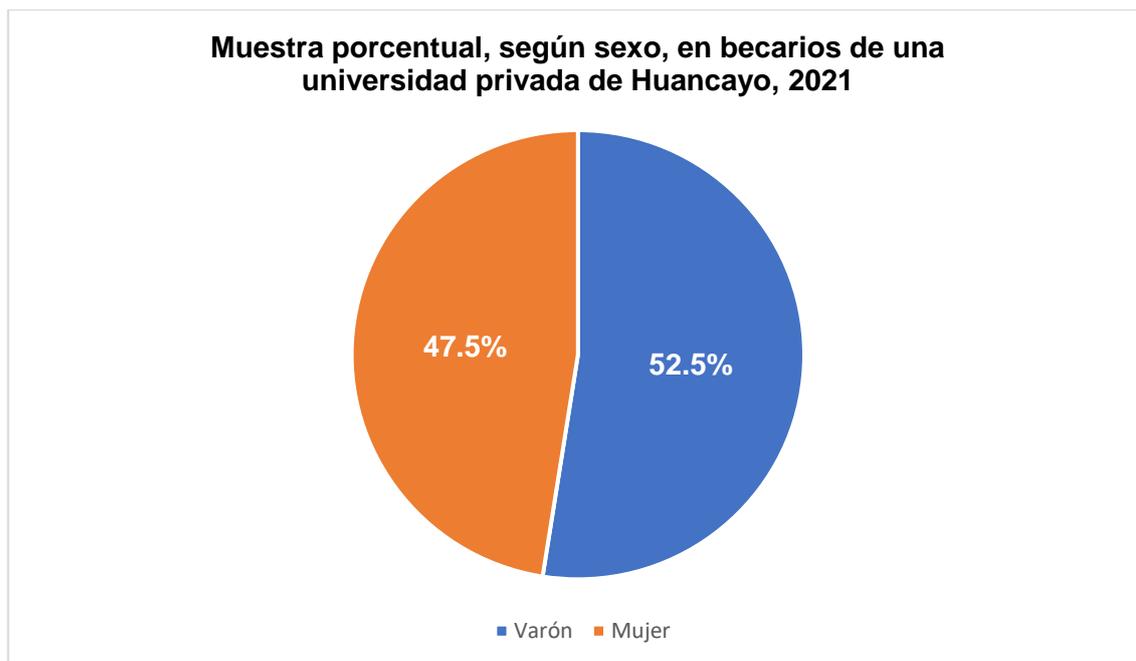
Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sexo		
Varón	74	52.5
Mujer	67	47.5
Total	141	100
Edad		
17 a 19	71	50.4
20 a 23	60	42.5
24 a más	10	7.1
Total	141	100
Semestres		
Iniciales (I a III semestre)	68	48.2
Intermedios (IV a VI semestre)	65	46.1
Finales (VII a X semestre)	8	5.7
Total	141	100
Facultad		
Salud	47	33.3
Ingeniería	55	39
Humanidades	15	10.6
Derecho	8	5.7
Empresa	16	11.3
Total	141	100
Vive con		
Ambos padres	65	46.1
Solo con un progenitor	41	29
Solo con hermanos	13	9.2
Solo	13	9.2
Solo con tíos, primos u otros	9	6.4
Total	141	100

En la tabla 8 se presenta la distribución de la muestra, tomando en cuenta los datos sociodemográficos. De los 141 encuestados, 52,5 % (74) fueron varones y 47,5 % (67) mujeres. En lo concerniente a la edad, 50,4 % (71) tenían entre 17 y 19 años; 42,5 % (60), entre 20 y 23 años; y 7,1 % (10), de 24 años a más. En lo que se refiere al semestre, 48,2 % (68) estaban en los semestres iniciales (I a III semestre); 46,1 % (65), en semestres intermedios (IV a VI semestre); y 5,7 % (8), en semestres finales (VII a X semestre). En lo perteneciente a la facultad, 33,3 % (47) fue de la Facultad de Ciencias de la Salud; 39 % (55), de Ingeniería; 10,6 % (15,) de Humanidades; 5,7 % (8), de Derecho; y 11,3 % (16) fue de la Facultad de Ciencias de la Empresa. Por último, se registró que el 46,1 % (65) vivían con ambos padres; 29 % (41), con solo un progenitor; 9,2 % (13), solo con hermano(s); 6,4 % (9), solo con tíos, primos, abuelos u otros; y 9,2 % (13), solos.



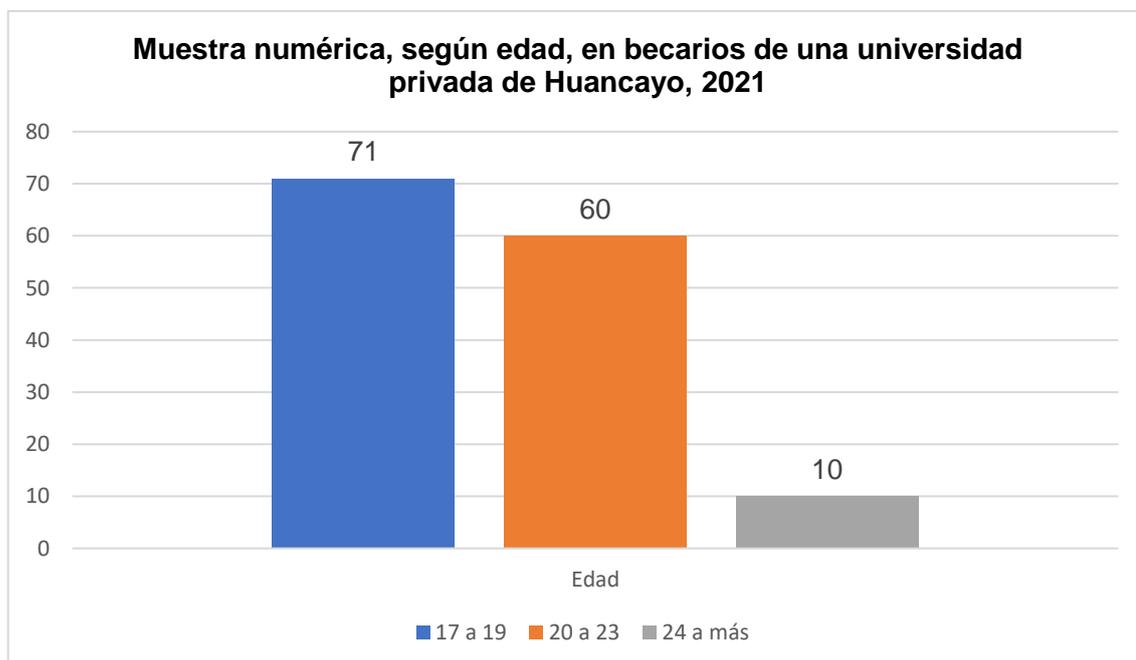
*Figura 2.* Gráfico de barras, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 2 se presenta la distribución numérica de los encuestados según sexo. De los 141 encuestados, 74 fueron varones y 67, mujeres.



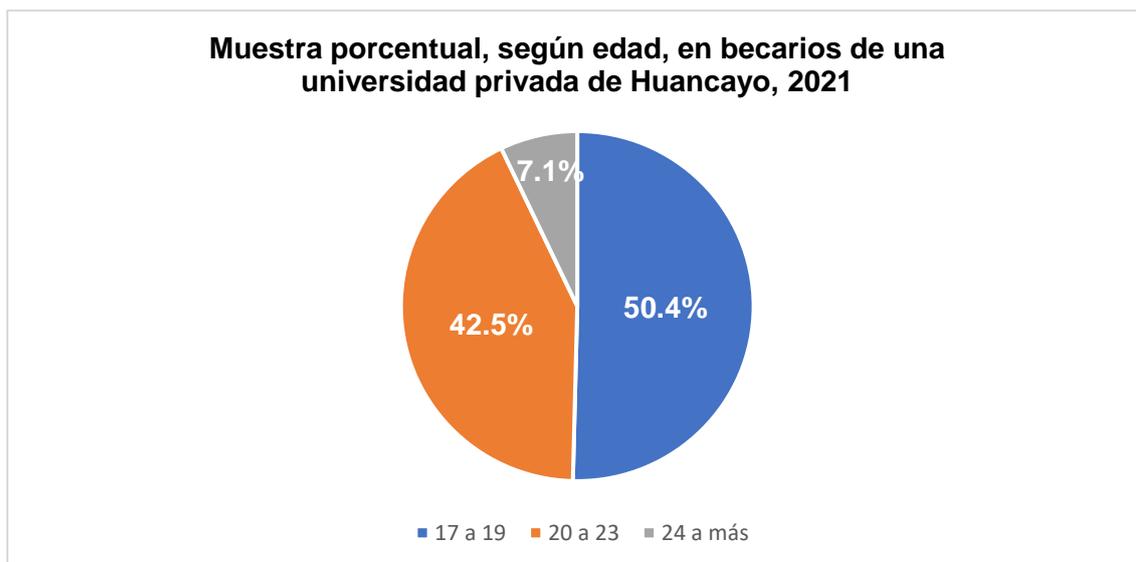
*Figura 3.* Gráfico circular, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 3 se presenta la distribución porcentual de los encuestados según sexo. Del total de encuestados, 52,5 % fueron varones y 47,5 %, mujeres.



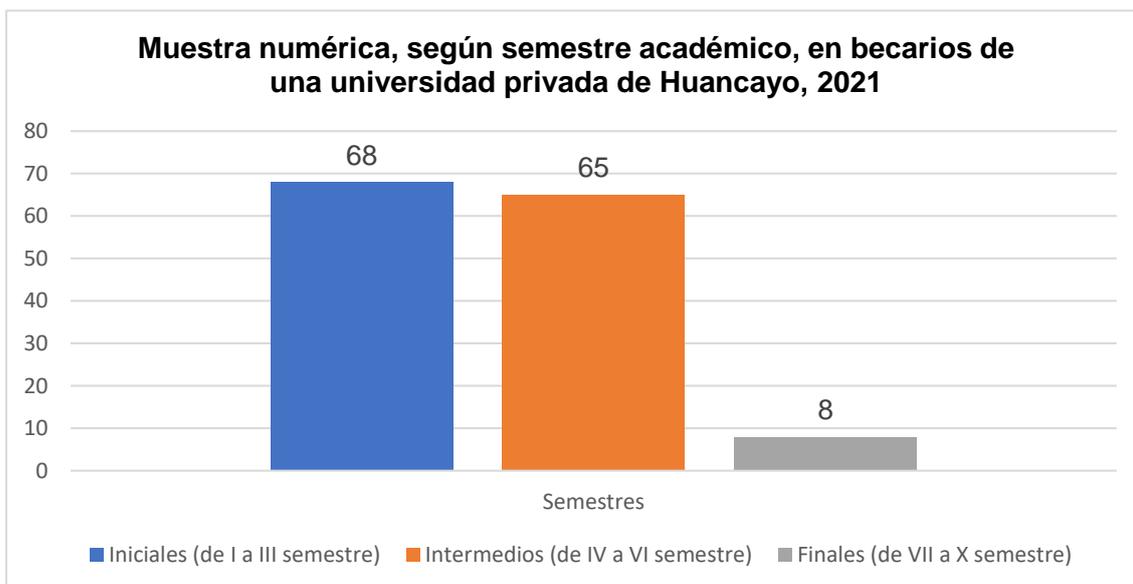
*Figura 4.* Gráfico de barras, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 4 se visualiza la distribución numérica de los becarios según edad. 71 becarios tenían entre 17 y 19 años, 60 becarios tenían entre 20 y 23 años y 10 becarios, de 24 años a más.



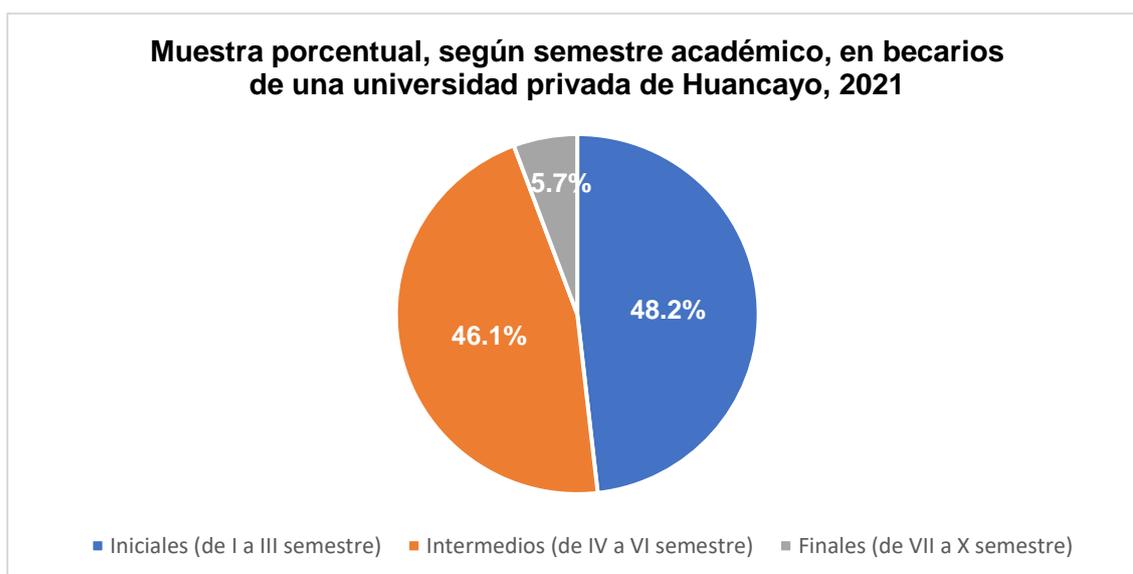
*Figura 5.* Gráfico circular, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 5 se visualiza la distribución porcentual de los becarios según edad. Del total de becarios: 50,4 % tenían entre 17 y 19 años; 42,5 % tenían entre 20 y 23 años y 7,1 %; de 24 años a más.



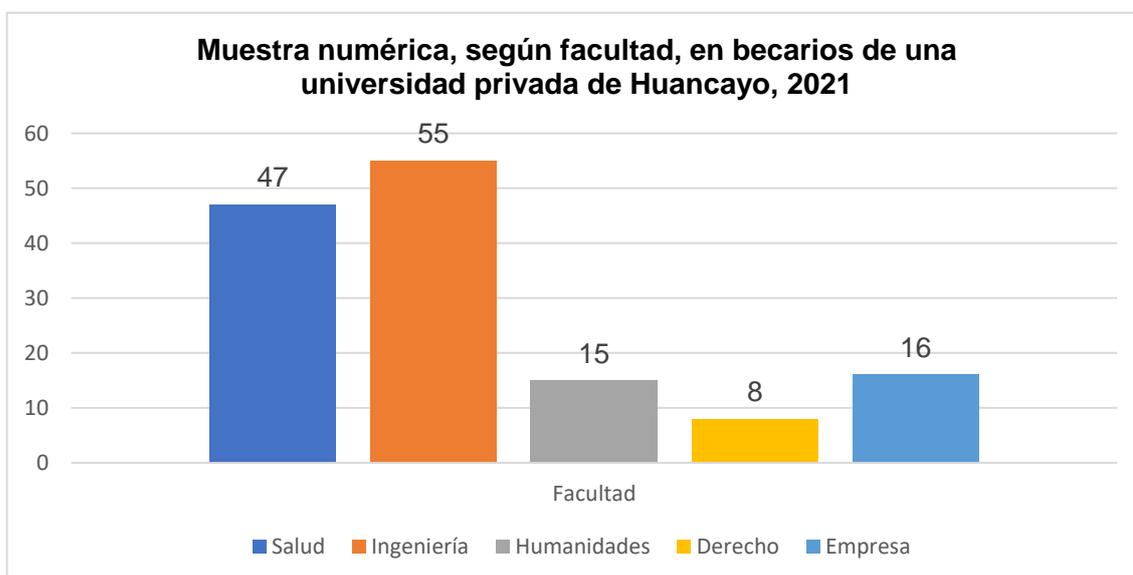
*Figura 6.* Gráfico de barras, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 6 se muestra la distribución numérica de los participantes según semestre académico. 68 participantes del estudio estaban en semestres iniciales (de I a III semestre); 65 participantes, en semestres intermedios (de IV a VI semestre); y 8 participantes, en semestres finales (de VIII a X semestre).



*Figura 7.* Gráfico circular, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

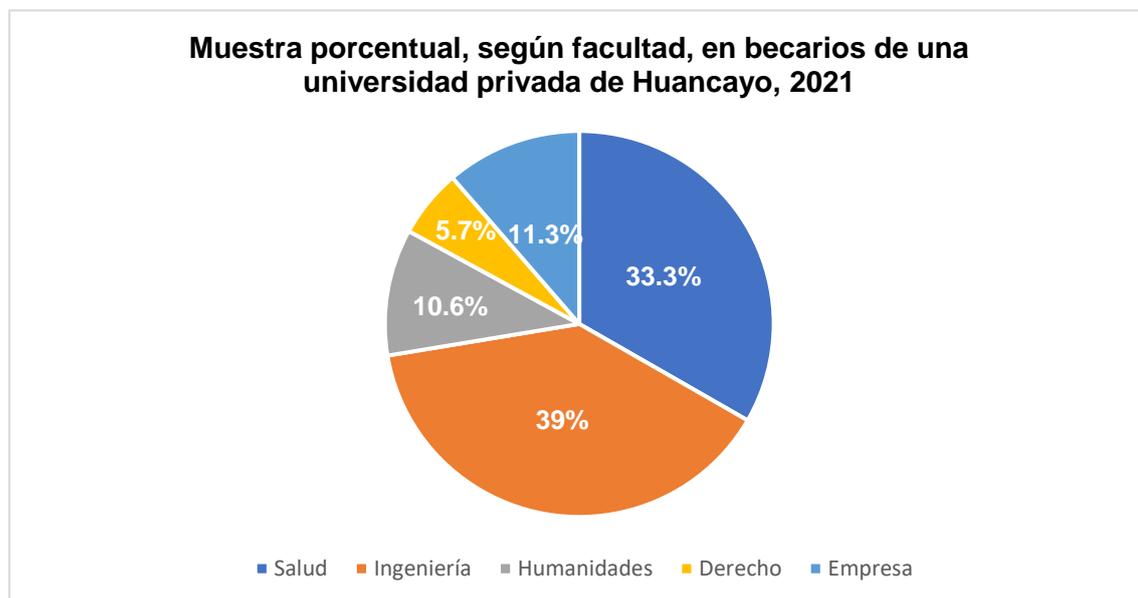
En la figura 7 se muestra la distribución porcentual de los participantes según semestre académico. Del total de participantes: 48,2 % estaban en semestres iniciales (de I a III semestre); 46,1 %, en semestres intermedios (de IV a VI semestre); y 5,7 %; en semestres finales (de VIII a X semestre).



*Figura 8.* Gráfico de barras, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

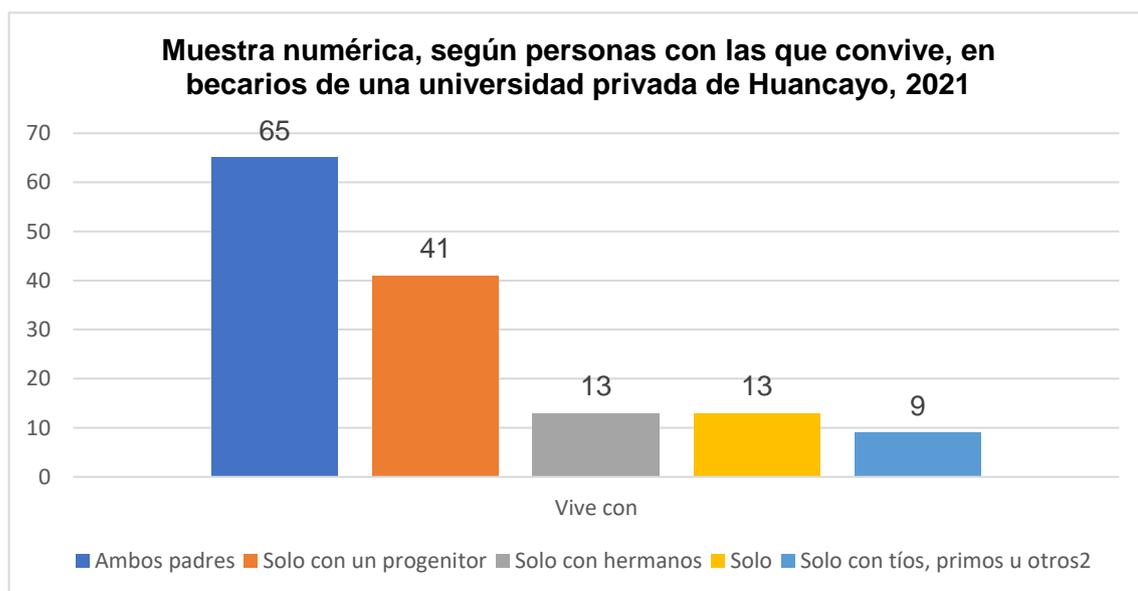
En la figura 8 se presenta la distribución numérica de los encuestados según facultad. 55 pertenecían a la Facultad de Ingeniería; 47, a la Facultad de Ciencias de la

Salud; 16, a la facultad de Ciencias de la Empresa; 15, a la Facultad de Humanidades; y 8, a la Facultad de Derecho.



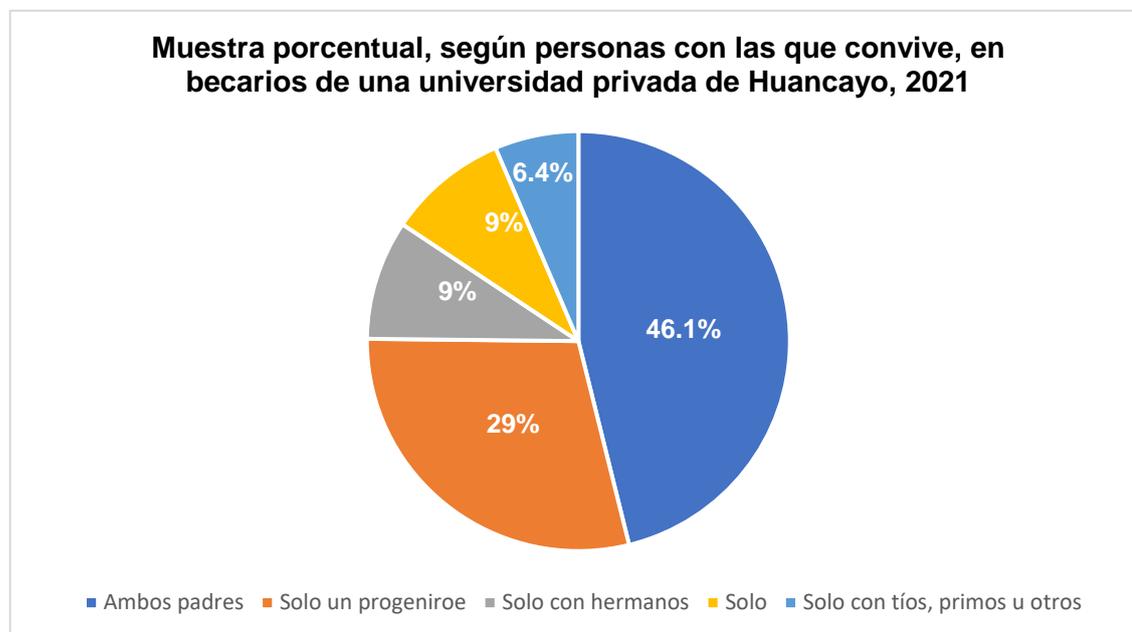
*Figura 9.* Gráfico circular, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 9 se presenta la distribución porcentual de los encuestados según facultad. Del total de encuestados: 39 % pertenecían a la Facultad de Ingeniería; 33,3 %, a la Facultad de Ciencias de la Salud; 11,3 %, a la Facultad de Ciencias de la Empresa; 10,6 %, a la Facultad de Humanidades; y 5,7 %, a la Facultad de Derecho.



*Figura 10.* Gráfico de barras, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 10 se visualiza la distribución numérica de los becarios según personas con las que convive. 71 becarios viven con ambos padres; 41 becarios, con un solo progenitor; 13 becarios, con hermano(s); 9 becarios, con tíos, primos u otros; y 13 becarios viven solos.



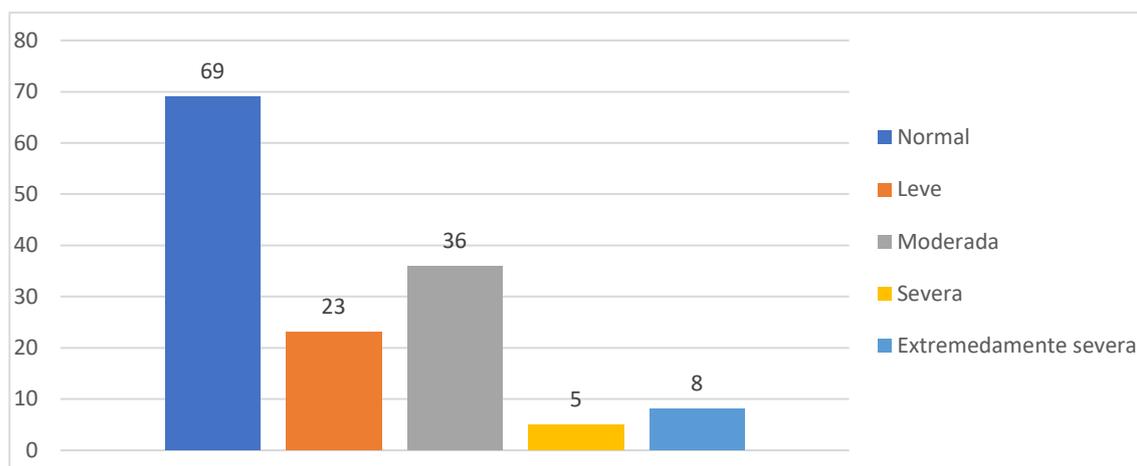
*Figura 11.* Gráfico circular, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la figura 11 se visualiza la distribución porcentual de los becarios según personas con las que convive. Del total de becarios: 46,1 % viven con ambos padres; 29 %, con un solo progenitor; 9 %, con hermano(s); 6,4 %, con tíos, primos u otros; y 9 % viven solos.

**Tabla 9**

*Niveles de la dimensión depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Depresión	fi	%
Normal	69	48.9
Leve	23	16.3
Moderada	36	25.5
Severa	5	3.5
Extremadamente severa	8	5.7
Total	141	100



*Figura 12.* Niveles de la dimensión depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 9 y figura 12 se muestran los niveles de depresión de los participantes del estudio. Se encontró que el 48,9 % (69) de los encuestados se ubicaron en el nivel normal; 16,3 % (23), en el nivel leve; 25,5 % (36), en el nivel de depresión moderado; 3,5 % (5), en depresión severa; y 5,7 % (8), en depresión extremadamente severa.

**Tabla 10**

*Niveles de la dimensión ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Ansiedad	fi	%
Normal	54	38.3
Leve	15	10.6
Moderada	38	27
Severa	15	10.6
Extremadamente severa	19	13.5
Total	141	100

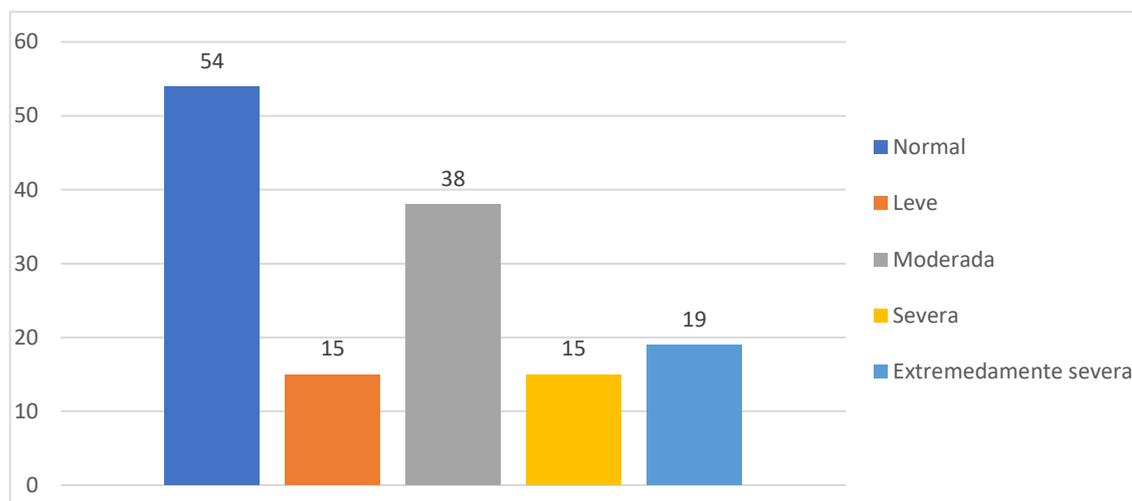


Figura 13. Niveles de la dimensión ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 10 y figura 13 se visualizan los niveles de ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo. Se registró que el 38,3 % (54) de los estudiantes se posicionaron en la categoría normal; 10,6 % (15), en la categoría leve; 27 % (38), en la categoría moderada; 10,6 % (15), en la categoría severa; y 13,5 % (19), en la categoría extremadamente severa.

**Tabla 11**

*Niveles de la dimensión estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Estrés	fi	%
Normal	81	57.4
Leve	28	19.9
Moderado	22	15.6
Severa	7	5
Extremadamente severa	3	2.1
Total	141	100

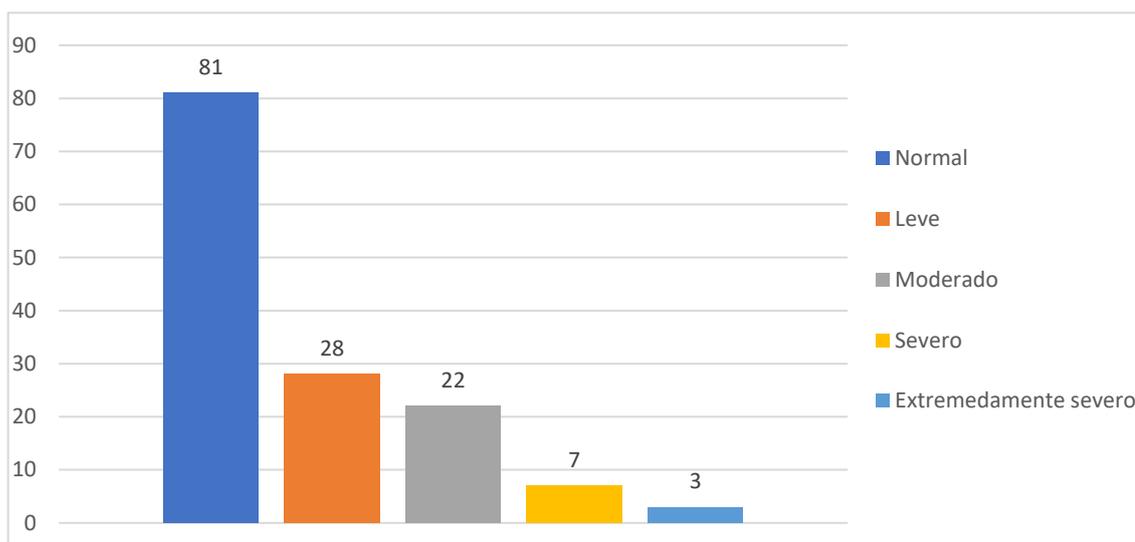


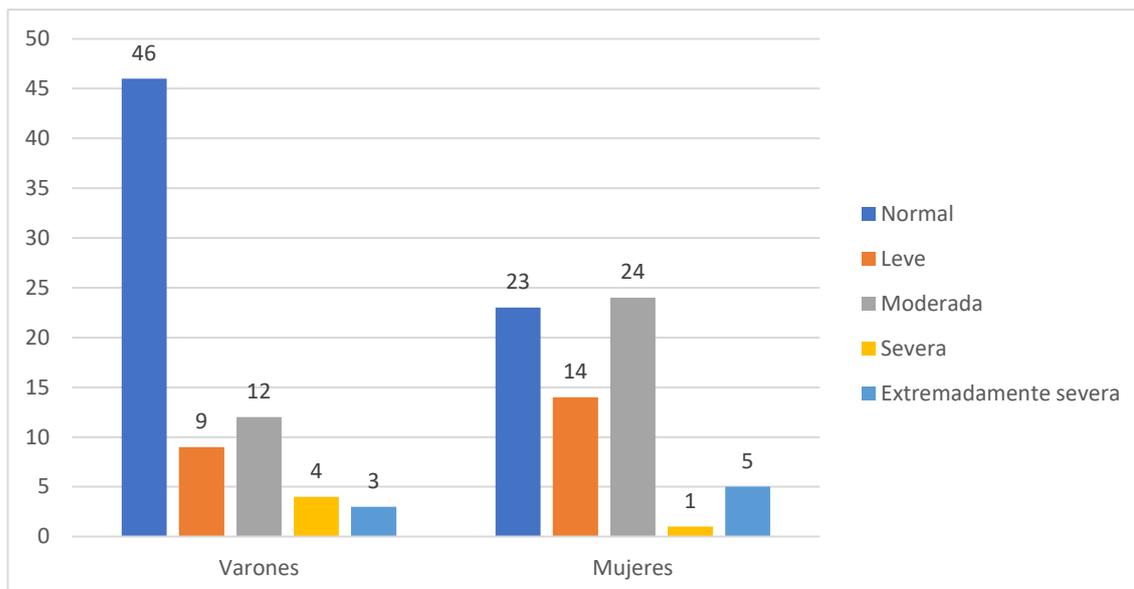
Figura 14. Niveles de la dimensión estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 11 y figura 14 se presentan los niveles de la dimensión estrés de los encuestados. Se obtuvo que el 57,4 % (81) de los estudiantes se situaron en el rango normal; 19,9 % (28), en el rango leve; 15,6 % (22), en el rango moderado; 5 % (7), en el rango severo; y 2,1 % (3), en el rango extremadamente severo.

**Tabla 12**

*Distribución muestral de la dimensión depresión, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Depresión	Sexo			
	Varón		Mujer	
	fi	%	fi	%
Normal	46	32.6	23	16.3
Leve	9	6.4	14	9.9
Moderada	12	8.6	24	17
Severa	4	2.8	1	0.7
Extremadamente severa	3	2.1	5	3.6
Total	74	52.5	67	47.5



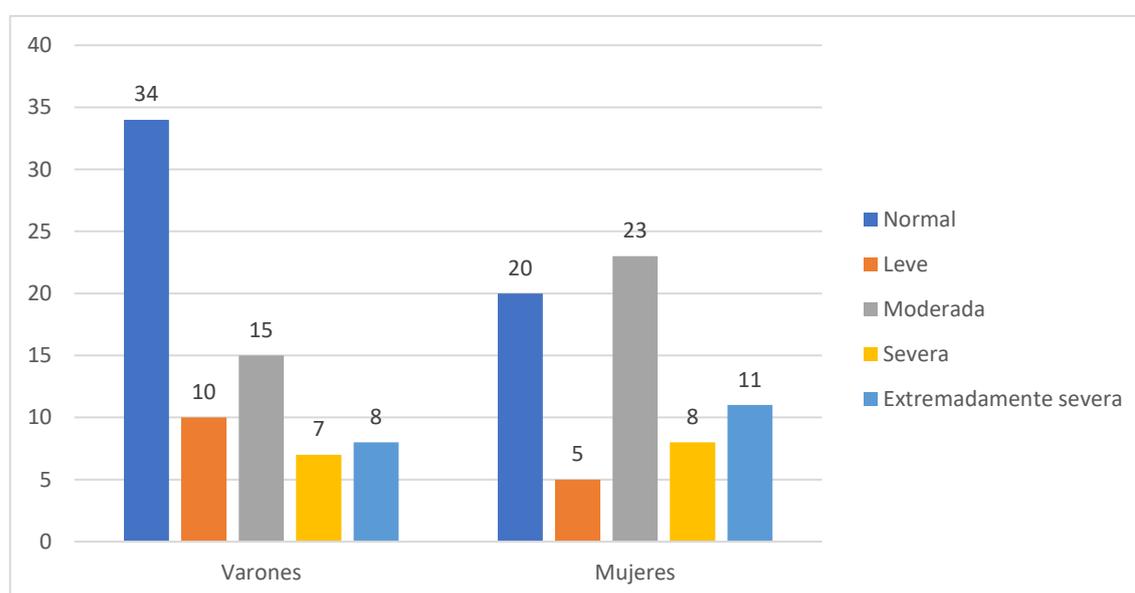
*Figura 15.* Distribución muestral de la dimensión depresión, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 12 y figura 15 se representan la distribución de los niveles de depresión, según sexo, de los encuestados. En el nivel normal se denota la mayor diferencia, donde el 32,6 % (46) de varones supera al 16,3 % (23) de mujeres. En el nivel leve se registró una leve diferencia, pues el 6,4 % (9) del total fueron varones y 9,9 % (14), mujeres. También, hay un contraste en el nivel de depresión moderada, donde el 17 % (24) mujeres excede al 8,6 % (12) de varones. Además, en el nivel de depresión severa 2,8 % (4) del total fueron varones y 0,7 % (1) mujeres. Por último, en el nivel de depresión extremadamente severa 2,1 % (3) del total fueron varones y 3,6 % (5) mujeres.

**Tabla 13**

*Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Ansiedad	Sexo			
	Varón		Mujer	
	fi	%	fi	%
Normal	34	24.1	20	14.2
Leve	10	7.1	5	3.5
Moderada	15	10.6	23	16.3
Severa	7	5	8	5.7
Extremadamente severa	8	5.7	11	7.8
Total	74	52.5	67	47.5



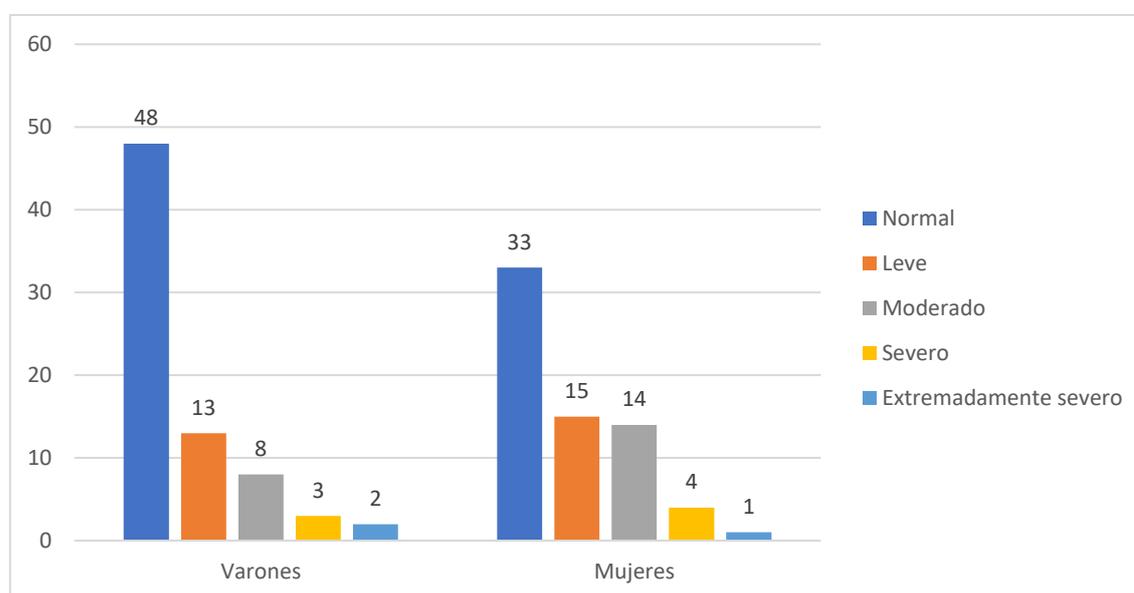
*Figura 16. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.*

En la tabla 13 y figura 16 se exhibe la distribución de los niveles de ansiedad, según sexo, de los encuestados. En la categoría normal existe una mayor disparidad, ya que el 24,1 % (34) de varones supera al 14,2 % (20) de mujeres. Para la categoría leve se obtuvo una mínima desigualdad porque el 7,1 % (10) estuvo representado por varones y 3,5 % (5) por mujeres. También, se encontró una leve diferencia en la categoría moderada pues 16,3 % (23) fueron mujeres y 10,6 % (15), varones. Asimismo, en la categoría severa se tiene el 5 % (7) de varones y el 5,7 % (8) de mujeres. Finalmente, en la categoría extremadamente severa el 5,7 % (8) lo componen los varones y el 7,8 % (11), mujeres.

**Tabla 14**

*Distribución muestral de la dimensión estrés, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Estrés	Sexo			
	Varón		Mujer	
	fi	%	fi	%
Normal	48	34	33	23.4
Leve	13	9.2	15	10.7
Moderado	8	5.7	14	9.9
Severo	3	2.2	4	2.8
Extremadamente severo	2	1.4	1	0.7
Total	74	52.5	67	47.5



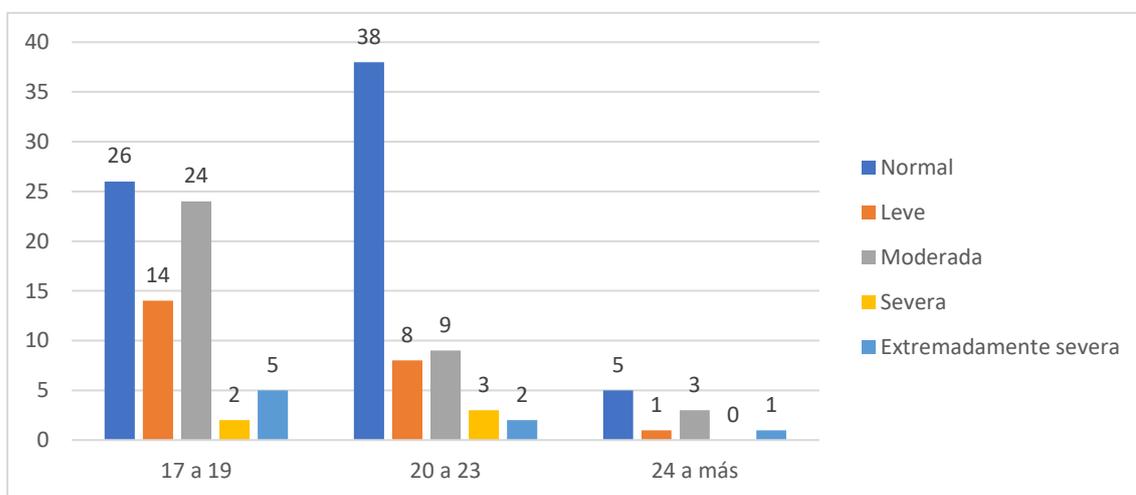
*Figura 17. Distribución muestral de la dimensión estrés, según sexo, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.*

En la tabla 14 y figura 17 se visualiza la distribución de los niveles de estrés, según sexo, de los encuestados. El rango normal presenta la mayor disimilitud entre el 34 % (48) de varones y el 23,4 % (33) de mujeres. En el rango leve, 9,2 % (13) del total fueron varones y 10,7 % (15) mujeres. Hay una leve disparidad en el rango moderado entre el 5,7 % (8) de varones y el 9,9 % (14) de mujeres. También, en el rango severo se registró que el 2,2 % (3) eran varones, y el 2,8 % (4), mujeres. Para concluir, el rango extremadamente severo lo integran un 1,4 % (2) de varones y 0,7 % (1) de mujeres

**Tabla 15**

*Distribución muestral de la dimensión depresión, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Depresión	Edad					
	17 a 19 años		20 a 23 años		24 años a más	
	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	26	18.4	38	27	5	3.5
Leve	14	9.9	8	5.7	1	0.7
Moderada	24	17	9	6.4	3	2.1
Severo	2	1.4	3	2.1	0	0
Ext. severa	5	3.5	2	1.4	1	0.7
Total	71	50.4	60	42.6	10	7.1



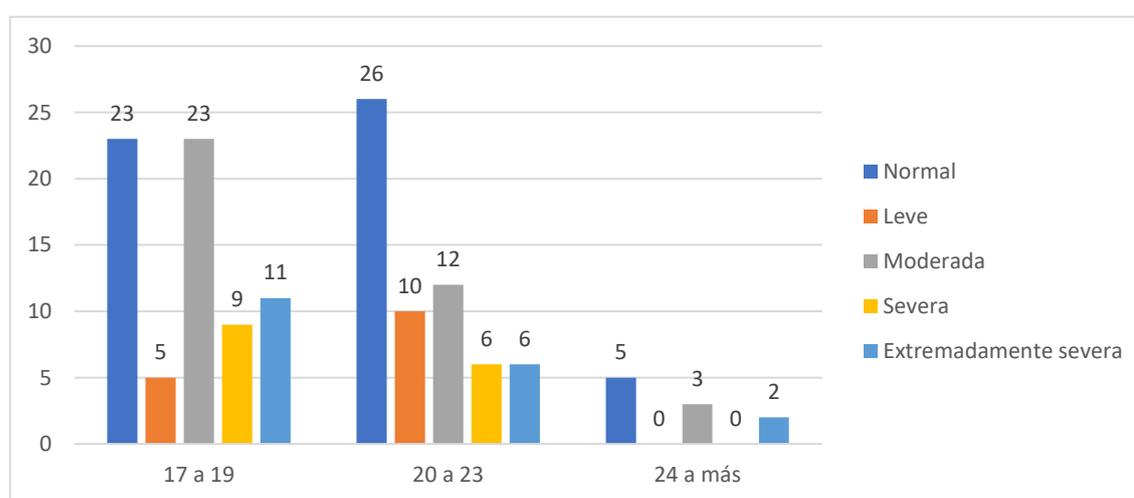
*Figura 18.* Distribución muestral de la dimensión depresión, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 15 y figura 18 se presenta la distribución de la dimensión depresión según edad. De los 71 participantes entre 17 y 19 años: 18,4 % (26) se ubicaron en el nivel normal; 9,9 % (14) en leve; 17 % (24) en moderada; 1,4 % (2) en severa y 3,5 % (5) en extremadamente severa; de los 60 becarios entre 20 y 23 años: 27 % (38) se posicionaron en el nivel normal; 5,7 % (8) en leve; 6,4 % (9) en moderada; 2,1 % (3) en severa y 1,4 % (2) en extremadamente severa; y de los encuestados entre 24 años a más: 3,5 % (5) se localizaron en el nivel normal; 0,7 % (1) en leve; 2,1 % (3) en moderada y 0,7 % (1) en extremadamente severa. Es visible una diferencia en las escalas de depresión normal, leve y moderada entre los becarios de 17 a 19 años y los de 20 a 23 años.

**Tabla 16**

*Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Ansiedad	Edad					
	17 a 19 años		20 a 23 años		24 años a más	
	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	23	16.3	26	18.4	5	3.5
Leve	5	3.5	10	7.1	0	0
Moderada	23	16.3	12	8.5	3	2.1
Severo	9	6.4	6	4.3	0	0
Ext. severa	11	7.8	6	4.3	2	1.4
Total	71	50.4	60	42.6	10	7.1

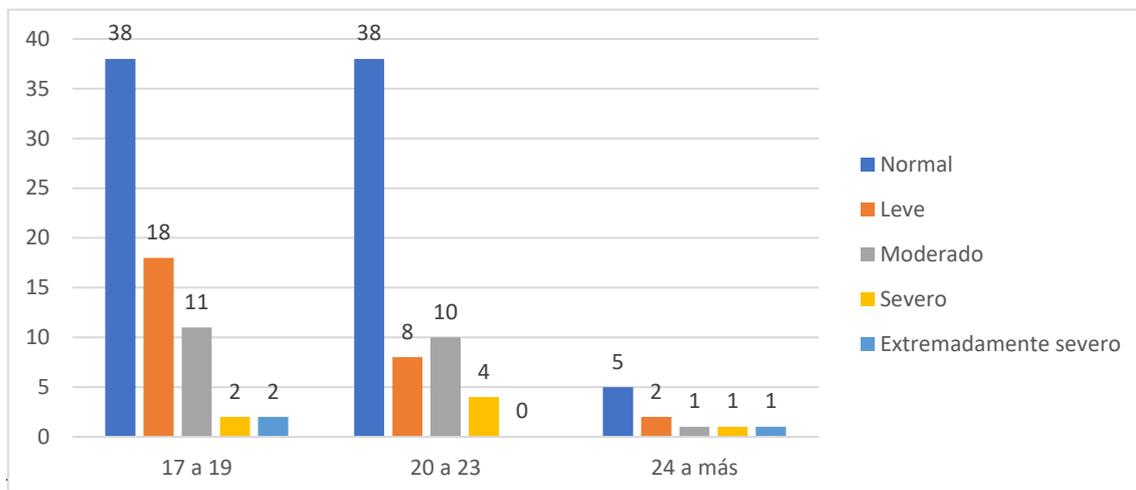


**Figura 19.** Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 16 y figura 19 se muestra la distribución de la dimensión ansiedad, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo. De los 71 encuestados entre 17 y 19 años: 16,3 % (23) se localizaron en la categoría normal; 3,5 % (5), en leve; 16,3 % (23), en moderada; 6,4 % (9), en severa y 7,8 % (11), en extremadamente severa. En cuanto a los 60 participantes entre 20 y 23 años: 18,4 % (26) se ubicaron en la categoría normal; 7,1 % (10), en leve; 8,5 % (12), en moderada; 4,3 % (6), en severa y 4,3 % (6), en extremadamente severa; y de los becarios entre 24 años a más: 3,5 % (5) se posicionaron en la categoría normal; 2,1 % (3), en moderada y 1,4 % (2), en extremadamente severa. Se denota una diferencia en las escalas de ansiedad leve y moderada y extremadamente severa entre los becarios de 17 a 19 años y los de 20 a 23 años.

**Tabla 17**

*Distribución muestral de la dimensión estrés, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*



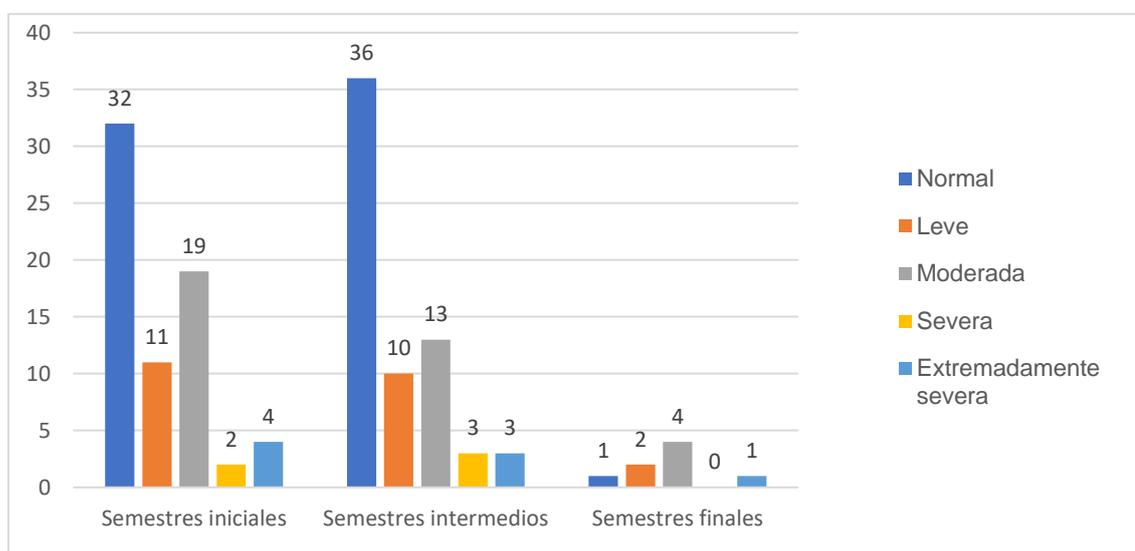
*Figura 20.* Distribución muestral de la dimensión estrés, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 17 y figura 20 se visualiza la distribución de la dimensión estrés, según edad, en becarios de una universidad privada de Huancayo. En lo referido a los 71 encuestados entre 17 y 19 años: 27 % (38) se posicionaron en el rango normal; 12,8 % (18), en leve; 7,8 % (11), en moderado; 1,4 % (2), en severo y 1,4 % (2), en extremadamente severo. De los 60 participantes entre 20 y 23 años: 27 % (38) se localizaron en la categoría normal; 5,7 % (8), en leve; 7,1 % (10), en moderado y 2,8 % (4), en severo. Y de los becarios entre 24 años a más: 3,5 % (5) se situaron en el rango normal; 1,4 % (2), en leve; 0,7 % (1), en moderado; 0,7 % (1), en severo y 0,7 % (1), en extremadamente severo. Hay una diferencia en el rango de estrés leve entre los becarios de 17 a 19 años y los de 20 a 23 años; y hay una igualdad en el rango de estrés normal entre ambos rangos de edad.

**Tabla 18**

*Distribución muestral de la dimensión depresión, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Depresión	Semestre académico					
	Semestres iniciales (I-III)		Semestres intermedios (IV-VI)		Semestres finales (VII-X)	
	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	32	22.7	36	25.5	1	0.7
Leve	11	7.8	10	7.1	2	1.4
Moderada	19	13.5	13	9.2	4	2.8
Severa	2	1.4	3	2.1	0	0
Ext. severa	4	2.8	3	2.1	1	0.7
Total	68	48.2	65	46.1	8	5.7



**Figura 21.** Distribución muestral de la dimensión depresión, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

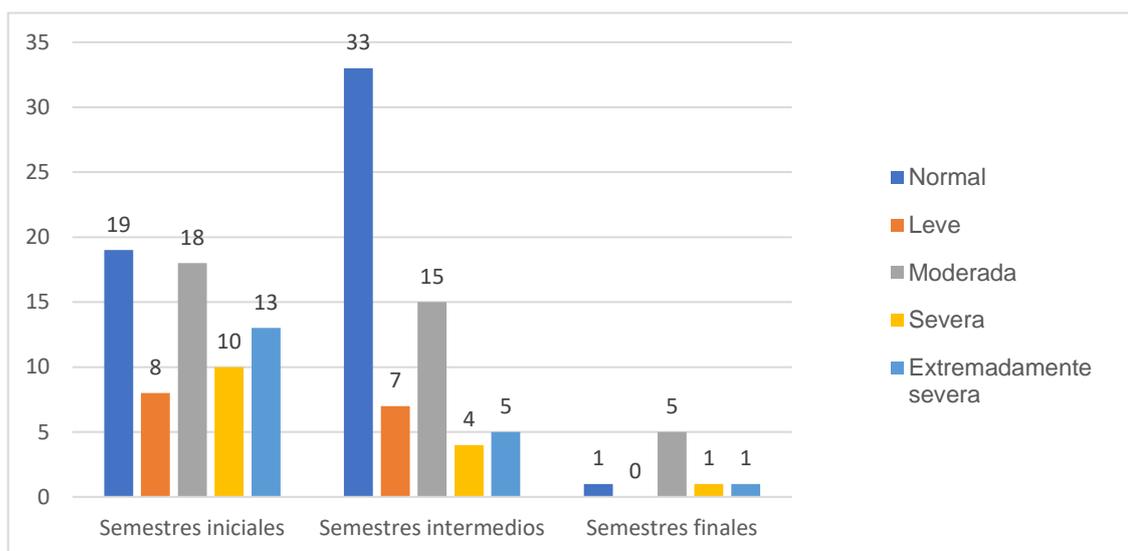
En la tabla 18 y figura 21 se representa la distribución muestral de la dimensión depresión, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo. De los participantes pertenecientes a los semestres iniciales (I a III semestre): 22,7 % (32) se ubicaron en el nivel normal; 7,8 % (11), en el nivel leve; 13,5 % (19), en moderada; 1,4 % (2), en severo; y 2,8 % (4), en extremadamente severo. De los encuestados que estaban en semestres académicos intermedios (IV a VI semestre): 25,5 % (36) se encontró en el nivel normal; 7,1 % (10), en el nivel leve; 9,2 % (13), en moderada; 2,1 % (3), en severo y 2,1 % (3), en extremadamente severo. Finalmente, de los estudiantes de los semestres finales (VII a X semestre): 0,7 % (1) se ubicó en el nivel

normal; 1,4 % (2), en leve; 2,8 % (4), en moderada y 0,7 % (1), en extremadamente severa. Se evidencia una desigualdad en la escala de depresión moderada entre los becarios de semestres iniciales e intermedios.

**Tabla 19**

*Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Ansiedad	Semestre académico					
	Semestres iniciales (I-III)		Semestres intermedios (IV-VI)		Semestres finales (VII-X)	
	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	19	13.5	33	24.1	1	0.7
Leve	8	5.7	7	5	0	0
Moderada	18	12.8	15	10.6	5	3.5
Severa	10	7.1	4	2.8	1	0.7
Ext. severa	13	9.2	5	3.5	1	0.7
Total	68	48.2	65	46.1	8	5.7



*Figura 22.* Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

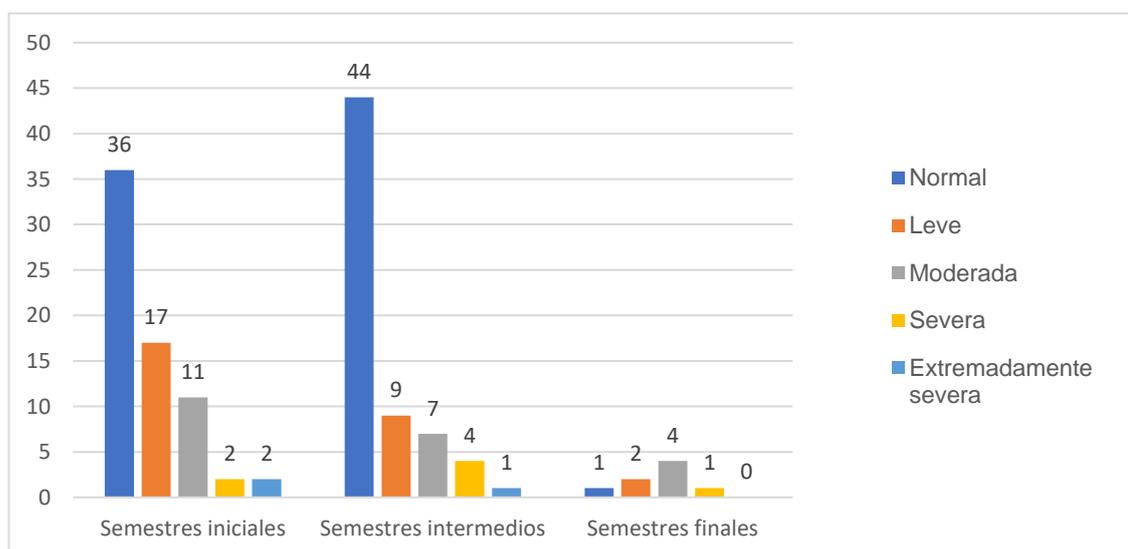
En la tabla 19 y figura 22 se visualiza la distribución muestral de la dimensión ansiedad, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo. De los participantes pertenecientes a los semestres iniciales (I a III semestre): 13,5 % (19) se situaron en la categoría normal; 5,7 % (8), en el nivel leve; 12,8 % (18), en moderada; 7,1 % (10), en severa y 9,2 % (13), en extremadamente severa. De los encuestados que estaban en semestres académicos intermedios (IV a VI

semestre): 24,1 % (33) se posicionaron en la categoría normal; 5 % (7), en el nivel leve; 10,6 % (15), en moderado; 2,8 % (4), en severo y 3,5 % (5), en extremadamente severo. Finalmente, de los estudiantes de los semestres finales (VII a X semestre), 0,7 % (1) se localizaron en la categoría normal; 3,5 % (5), en moderado; 0,7 % (1), en severo y 0,7 % (1), en extremadamente severo. Se evidencia una desigualdad en la escala de ansiedad normal entre los becarios de semestres iniciales e intermedios.

**Tabla 20**

*Distribución muestral de la dimensión estrés, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Estrés	Semestre académico					
	Semestres iniciales (I-III)		Semestres intermedios (IV-VI)		Semestres finales (VII-X)	
	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	36	25.5	44	31.2	1	0.7
Leve	17	12.1	9	6.4	2	1.4
Moderado	11	7.8	7	5	4	2.8
Severo	2	1.4	4	2.8	1	0.7
Ext. severo	2	1.4	1	0.7	0	0
Total	68	48.2	65	46.1	8	5.7



**Figura 23.** Distribución muestral de la dimensión estrés, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

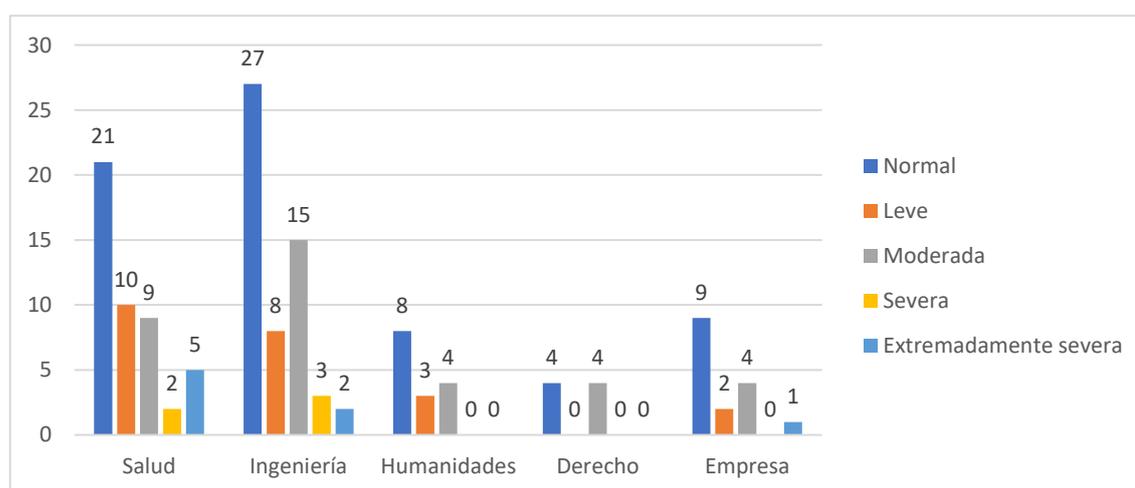
En la tabla 20 y figura 23 se muestra la distribución muestral de la dimensión estrés, según semestre académico, en becarios de una universidad privada de Huancayo. En lo concerniente a los encuestados de los semestres iniciales (I a III semestre): 25,5 % (36) se situaron en el rango normal; 12,1 % (17) en leve; 7,8 % (11)

en moderado; 1,4 % (2) en severo y 1,4 % (2) en extremadamente severo. De los becarios que estaban en semestres académicos intermedios (IV a VI semestre): 31,2 % (44) se posicionaron en el rango normal; 6,4 % (9), en el nivel leve; 5 % (7), en moderado; 2,8 % (4), en severo; y 0,7 % (1), en extremadamente severo. Para terminar, de los participantes de los semestres finales (VII a X semestre): 0,7 % (1) se localizaron en el rango normal; 1,4 % (2), en leve; 2,8 % (4), en moderado; y 0,7 % (1), en severo. Se evidencia una desigualdad en la escala de estrés normal y leve entre los becarios de semestres iniciales e intermedios.

**Tabla 21**

*Distribución muestral de la dimensión depresión, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Depresión	Facultad									
	Salud		Ingeniería		Humanidades		Derecho		Empresa	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	21	14.9	27	19.1	8	5.7	4	2.8	9	6.4
Leve	10	7.1	8	5.7	3	2.1	0	0	2	1.4
Moderada	9	6.4	15	10.6	4	2.8	4	2.8	4	2.8
Severa	2	1.4	3	2.1	0	0	0	0	0	0
Ext. severa	5	3.6	2	1,4	0	0	0	0	1	0.7
Total	47	33.4	55	39	15	10.6	8	5.7	16	11.3



*Figura 24. Distribución muestral de la dimensión depresión, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.*

En la tabla 21 y figura 24 se detalla la distribución de la dimensión depresión según facultades. Se obtuvo que el 33,3 % del total (47) de los estudiantes formaban parte de la facultad de Ciencias de la Salud: 14,9 % (21) se ubicaron en el nivel normal; 7,1 % (10), en leve; 6,4 % (9), en moderada; 1,4 % (2), en severa; y 3,6 % (5), en extremadamente severa (5 %). 39 % (55) de los estudiantes pertenecían a la Facultad de Ingeniería: 19,1 % (27) se posicionaron en el nivel normal; 5,7 % (8), en leve; 10,6 % (15), en moderada; 2,1 % (3), en severa y 1,4 % (2), en extremadamente severa. 10,6 % (15) de los encuestados fueron de la Facultad de Humanidades: 5,7 % (8) estuvieron categorizados en el rango normal; 2,1 % (3), en leve; y 2,8 % (4), en moderada. De los 8 encuestados que estudiaban Derecho: 2,8 % (4) se encontraron en el nivel normal y 2,8 % (4) en moderada; y finalmente, de los 16 estudiantes de Ciencias de la Empresa: 6,4 % (9) se ubicaron en el nivel normal; 1,4 % (2), en leve, 2,8 % (4), en moderada y solo 0,7 % (1), en extremadamente severa.

**Tabla 22**

*Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Ansiedad	Facultad									
	Salud		Ingeniería		Humanidades		Derecho		Empresa	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	16	11.3	20	14.2	7	5	2	1.4	9	6.4
Leve	4	2.8	7	5	2	1.4	1	0.7	1	0.7
Moderada	14	9.9	16	11.3	3	2.1	4	2.8	1	0.7
Severa	4	2.8	6	4.3	2	1.4	1	0.7	2	1.4
Ext. severa	9	6.4	6	4.3	1	0.7	0	0	3	2.1
Total	47	33.4	55	39	15	10.6	8	5.7	16	11.3

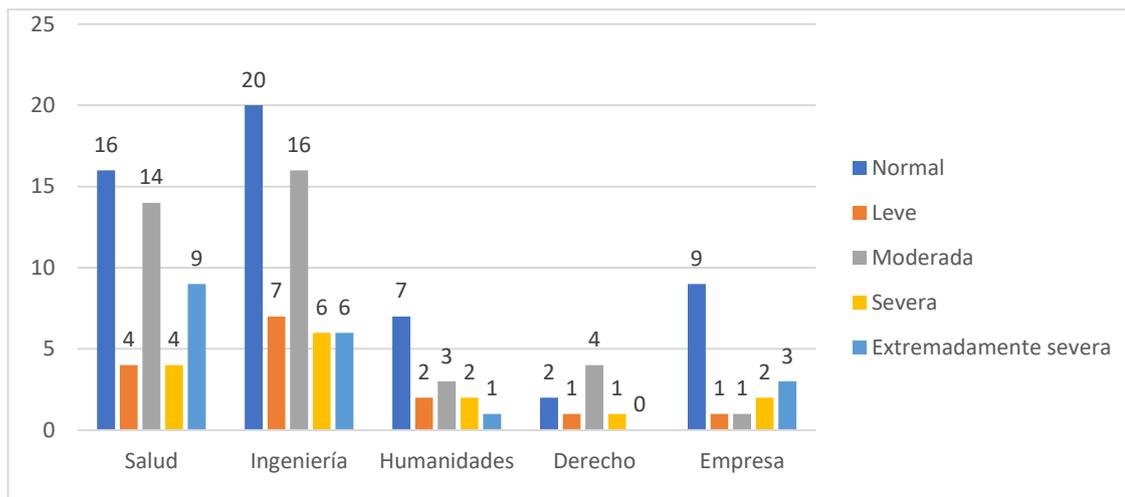


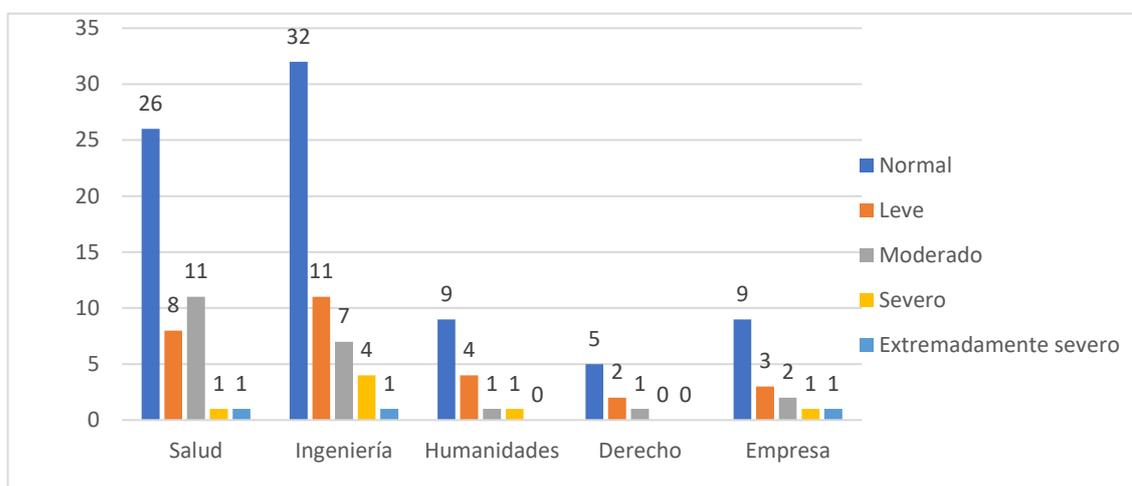
Figura 25. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 22 y figura 25 se muestra la distribución de la dimensión ansiedad según facultades. Se registró que de los estudiantes que pertenecen a la facultad de Ciencias de la Salud: 11,3 % (16) se ubicaron en la categoría normal; 2,8 % (4) en leve; 9,9 % (14) en moderada; 2,8 % (4) en severa y 6,4 % (9) en extremadamente severa; de los estudiantes de la facultad de Ingeniería: 14,2 % (20) se encontraron en la categoría normal; 5 % (7), en leve; 11,3 % (16), en moderada; 4,3 % (6), en ansiedad severa; y 4,3 % (6), en extremadamente severa. De los encuestados que pertenecen a la Facultad de Humanidades: 5 % (7) estuvieron en el nivel normal; 1,4 % (2), en leve; 2,1 % (3), en moderada; 1,4 % (2), en severa; y 0,7 % (1), en el nivel extremadamente severa. De los estudiantes de Derecho: 1,4 % (2) estuvieron dentro del nivel normal; 0,7 % (1), en leve; 2,8 % (4), en moderada; y 0,7 % (1), en severa. Y, por último, de los encuestados de Ciencias de la Empresa: 6,4 % (9) se localizaron en la categoría normal; 0,7 % (1), en leve; 0,7 % (1), en moderada; 1,4 % (2), en severa; y 2,1 % (3), en extremadamente severa.

**Tabla 23**

*Distribución muestral de la dimensión estrés, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Estrés	Facultad									
	Salud		Ingeniería		Humanidades		Derecho		Empresa	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	26	18.4	32	22.7	9	6.4	5	3.5	9	6.4
Leve	8	5.7	11	7.8	4	2.8	2	1.4	3	2.1
Moderado	11	7.8	7	5	1	0.7	1	0.7	2	1.4
Severo	1	0.7	4	2.8	1	0.7	0	0	1	0,7
Ext. severo	1	0.7	1	0.7	0	0	0	0	1	0,7
Total	47	33.3	55	39	15	10.6	8	5.6	16	9.9



*Figura 26. Distribución muestral de la dimensión estrés, según facultad, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.*

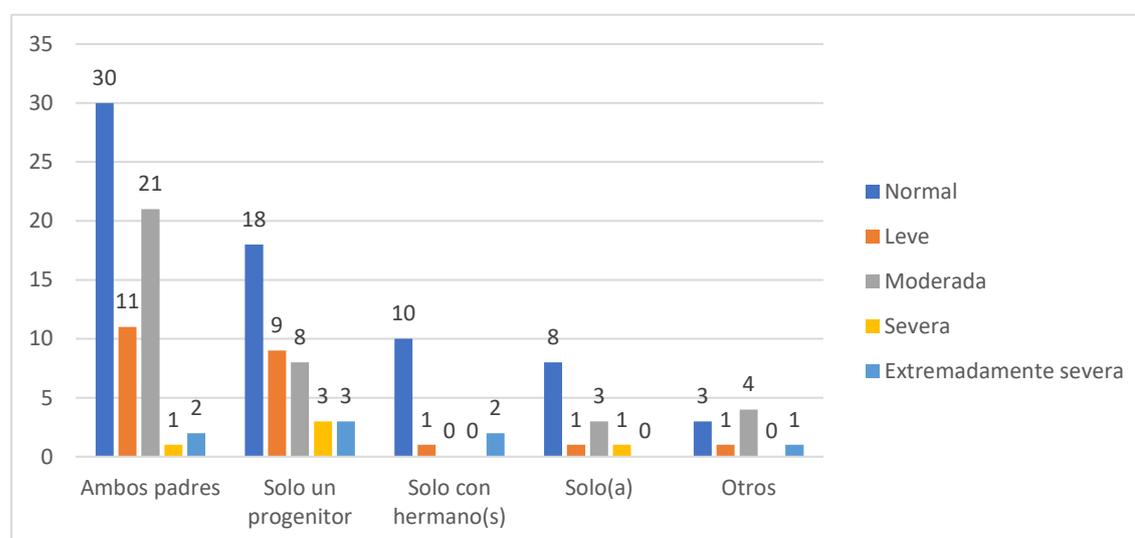
En la tabla 23 y figura 26 se presenta la distribución de la dimensión estrés según facultades. De los 47 entrevistados que están en la Facultad de Ciencias de la Salud, se obtuvo que el 18,4 % (26) figuraban en el rango normal; 5,7 % (8), en leve; 7,8 % (11), en moderado; 0,7 % (1), en severo; y 0,7 % (1), en extremadamente severo. De los 55 estudiantes de Ingeniería: el 22,7 % (32) se ubicaron en el rango normal; 7,8 % (11), en leve; 5 % (7), en moderado; 2,8 % (4), en severo y 0,7 % (1), en extremadamente severo (0,7 %). De los 15 estudiantes de Humanidades: 6,4 % (9) estuvieron en el rango normal; 2,8 % (4), en leve; 0,7 % (1), en moderado; y 0,7 % (1), en severo. De los 8 encuestados de Derecho: 3,5 % (5) figuraron en el rango normal;

1,4 % (2), en leve y 0,7 % (1), en moderado. Finalmente, de los 16 participantes ligados a la facultad de Ciencias de la Empresa: 6,4 % (9) se ubicaron en el rango normal; 2,1 % (3), en leve; 1,4 % (2), en moderado; 0,7 % (1), en severo; y 0,7 % (1), en extremadamente severo.

**Tabla 24**

*Distribución muestral de la dimensión depresión, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Depresión	Vive con									
	Ambos padres		Solo con un progenitor		Solo con hermano(s)		Solo(a)		Otros	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	30	21.3	18	12.8	10	7.1	8	5.7	3	2.1
Leve	11	7.8	9	6.4	1	0.7	1	0.7	1	0.7
Moderada	21	14.9	8	5.7	0	0.0	3	2.1	4	2.8
Severa	1	0.7	3	2.1	0	0.0	1	0.7	0	0
Ext. severa	2	1.4	3	2.1	2	1.4	0	0	1	0,7
Total	65	46.1	41	29	13	9.2	13	9.2	9	6.4



*Figura 27. Distribución muestral de la dimensión depresión, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.*

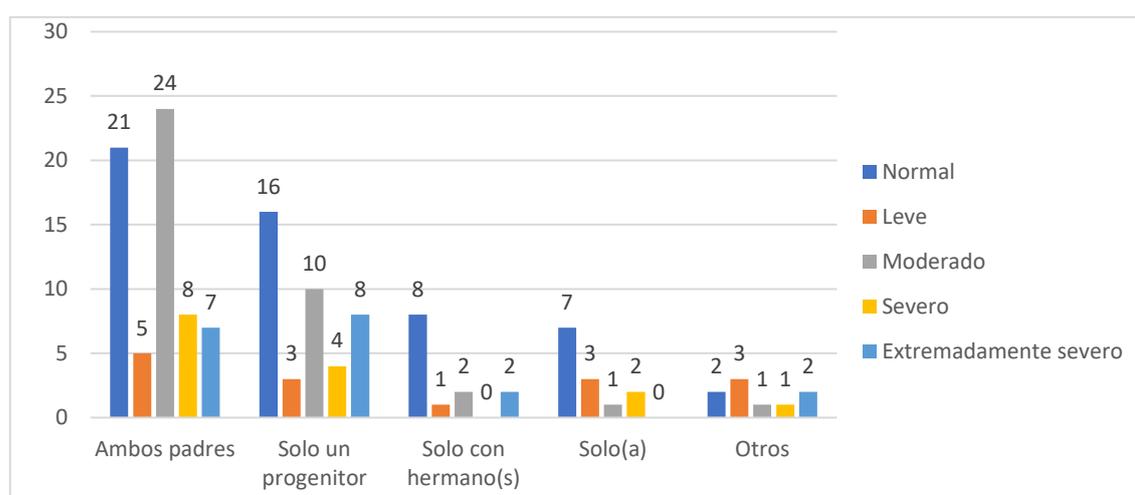
En la tabla 24 y figura 27 se representa la distribución muestral de la dimensión depresión, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo. De los que viven con ambos padres: 21,3 % (30) se ubicaron en el nivel normal; 7,8 % (11), en el nivel leve; 14,9 % (21), en moderada; 0,7 % (1), en severa y

1,4 % (2), en extremadamente severa. De los encuestados que viven con un solo progenitor (padre o madre): 12,8 % (18) se encontró en el nivel normal; 6,4 % (9), en el nivel leve; 5,7 % (8), en moderada; 2,1 % (3), en severa; y 2,1 % (3), en extremadamente severa. De aquellos estudiantes que viven solo con hermano(s): 7,1 % (10) se ubicó en el nivel normal; 0,7 % (1), en el nivel leve; y 1,4 % (2), en el nivel extremadamente severa. En lo correspondiente a los que viven solos: 5,7 % (8) se ubicaron en el nivel normal; 0,7 % (1), en leve; 2,1 % (3), en moderada y 0,7 % (1), en severa. Finalmente, de los encuestados que viven con otros: 2,1 % (3) figuraron en el nivel normal; 0,7 % (1), en leve, 2,8 % (4), en moderada y 0,7 % (1), en extremadamente severa.

**Tabla 25**

*Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Ansiedad	Vive con									
	Ambos padres		Solo con un progenitor		Solo con hermano(s)		Solo(a)		Otros	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	21	14.9	16	11.3	8	5.7	7	5	2	1.4
Leve	5	3.5	3	2.1	1	0.7	3	2.1	3	2.1
Moderada	24	17	10	7.1	2	1.4	1	0.7	1	0.7
Severa	8	5.7	4	2.8	0	0.0	2	1.4	1	0.7
Ext. severa	7	5	8	5.6	2	1.4	0	0	2	1.4
Total	65	46.1	41	29	13	9.2	13	9.2	9	6.4



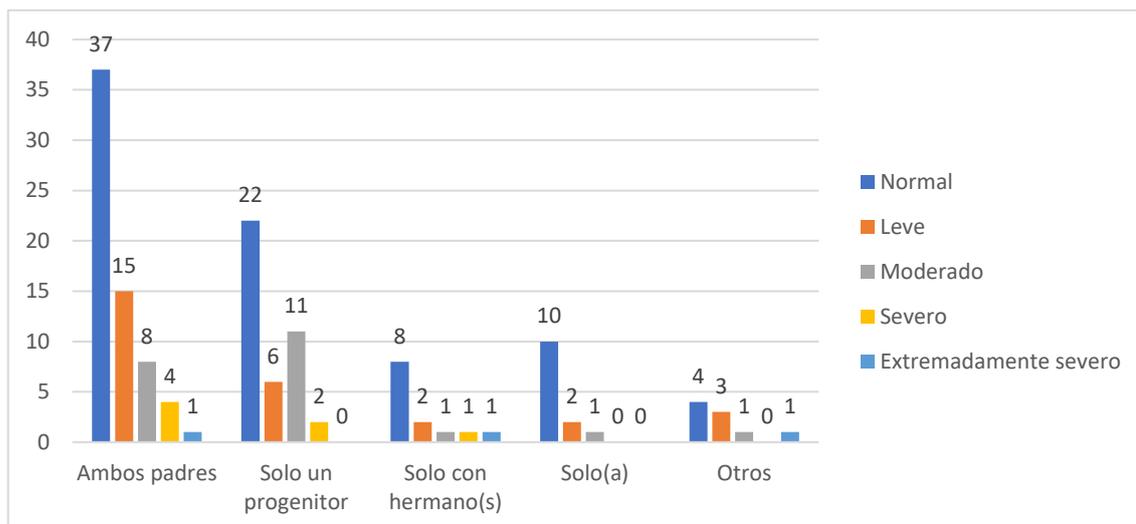
*Figura 28. Distribución muestral de la dimensión ansiedad, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.*

En la tabla 25 y figura 28 se representa la distribución muestral de la dimensión ansiedad, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo. En lo referido a quienes viven con ambos padres: 14,9 % (21) se ubicaron en el nivel normal; 3,5 % (5), en el nivel leve; 17 % (24), en moderada; 5,7 % (8), en severa; y 5 % (7), en extremadamente severa. De los encuestados que viven con un solo progenitor (padre o madre): 11,3 % (16) se encontró en el nivel normal; 2,1 % (3), en el nivel leve; 7,1 % (10), en moderada; 2,8 % (4), en severa; y 5,6 % (8), en extremadamente severa. De aquellos estudiantes que viven solo con hermano(s): 5,7 % (8) se ubicó en el nivel normal; 0,7 % (1), en el nivel leve; 1,4 % (2), en moderada y 1,4 % (2), en extremadamente severa. En lo correspondiente a los que viven solos: 5 % (7) se ubicaron en el nivel normal; 2,1 % (3), en leve; 0,7 (1), en moderada y 1,4 % (2), en severa. Por último, de los encuestados que viven con otros: 1,4 % (2) figuraron en el nivel normal; 2,1 % (3), en leve; 0,7 % (1), en moderada; 0,7 % (1), severo y 1,4 % (2), en extremadamente severa.

**Tabla 26**

*Distribución muestral de la dimensión estrés, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021*

Estrés	Vive con									
	Ambos padres		Solo con un progenitor		Solo con hermano(s)		Solo(a)		Otros	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	37	26.2	22	15.6	8	5.7	10	7.1	4	2.8
Leve	15	10.6	6	4.3	2	1.4	2	1.4	3	2.1
Moderado	8	5.7	11	7.8	1	0.7	1	0.7	1	0.7
Severo	4	2.8	2	1.4	1	0.7	0	0.7	0	0
Ext. severo	1	0.7	0	0	1	0.7	0	0	1	0.7
Total	65	46.1	41	29	13	9.2	13	9.2	9	6.4



*Figura 29.* Distribución muestral de la dimensión estrés, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo, 2021.

En la tabla 26 y figura 29 se representa la distribución muestral de la dimensión depresión, según personas con las que convive, en becarios de una universidad privada de Huancayo. De los participantes que viven con ambos padres: 26,2 % (37) se ubicaron en el nivel normal; 10,6 % (15), en el nivel leve; 5,7 % (8), en moderado; 2,8 % (4), en severo y 0,7 % (1), en extremadamente severo. De los encuestados que viven con un solo progenitor (padre o madre): 15,6 % (22) se encontró en el nivel normal; 4,3 % (6), en el nivel leve; 7,8 % (11), en moderado y 1,4 % (2), en severo. De aquellos estudiantes que viven solo con hermano(s): 5,7 % (8) se ubicó en el nivel normal; 1,4 % (2), en el nivel leve; 0,7 % (1), en el nivel moderado; 0,7 % (1), en severo; y 0,7 % (1), en extremadamente severo. En lo correspondiente a los que viven solos: 7,1 % (10) se ubicaron en el nivel normal; 1,4 % (2), en leve; 0,7 % (1), en moderado; y 0,7 % (1), en severo. Para terminar, de los encuestados que viven con otros: 2,8 % (4) figuraron en el nivel normal; 2,1 % (3), en leve; 0,7 % (1), en moderado; y 0,7 % (1), en extremadamente severo.

## Resultados en relación a variables sociodemográficas

**Tabla 27**

*Relación entre las dimensiones del DASS-21 y sexo*

Dimensión	Mujer (n=67)		Varón (n=74)		t (gl=139)	p	d
	M	SD	M	SD			
Depresión	12.240	7.703	9.080	8.284	2.337	0.021*	0.395
Ansiedad	11.821	6.847	9.486	8.356	1.803	0.074	0.306
Estrés	15.343	6.905	13.108	7.980	1.770	0.079	0.3

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; t: prueba t muestras independientes; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

\*  $p < 0.05$

En la tabla 27 se demuestra que entre mujeres y varones existen diferencias estadísticas significativas en los niveles de depresión con un tamaño de efecto medio ( $t(gl=139)=2.337$ ,  $p=.0021$ ,  $d=0.395$ ) siendo las mujeres ( $M=13.42$ ,  $DE=7.703$ ) las que presentan un mayor nivel de depresión que los varones ( $M=9.080$ ,  $DE=8.248$ ). También, se determinó que no existen diferencias significativas entre varones y mujeres en los niveles de ansiedad ( $t=1.803$ ,  $gl=139$ ,  $p=.074$ ) y estrés ( $t=1.770$ ,  $gl=139$ ,  $p=.079$ ).

**Tabla 28***Relación entre las dimensiones del DASS-21 y edad*

Dimensión	17 a 19 años (n=71)			20 a 23 años (n=60)			24 años a más (n=10)			H (gl=139,2)	p	$\epsilon_R^2$
	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me			
Depresión	12.11	7.855	12.00	8.87	8.062	7.00	10.58	8.140	10.00	8.007	.018*	0.057
Ansiedad	11.80	7.703	12.00	9.23	7.179	8.00	10.60	7.738	10.00	4.514	.105	0.032
Estrés	14.79	7.047	14.00	13.60	7.062	14.00	14.17	7.546	14.00	1.285	.526	0.009

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; H: estadístico de prueba ANOVA; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

\*  $p < 0.05$

En la tabla 28 se evidencia una diferencia significativa con la dimensión depresión, con un tamaño de efecto bajo ( $H(2) = 8,007$ ,  $p = .18$ ,  $\epsilon_R^2 = 0,057$ ), siendo los becarios que tienen entre 17 y 19 años ( $M=12.11$ ,  $DE=7.855$ ) los que presentan mayores niveles de depresión, seguido por los becarios mayores a 24 años ( $M=10.58$ ,  $DE=8.140$ ). y por los encuestados entre 20 y 23 años ( $M=8.87$ ,  $DE=8.062$ ). Por otro lado, la variable sociodemográfica edad no es significativamente diferente con relación a la dimensión ansiedad ( $H(2) = 4,514$ ,  $p = .105$ ) y a la dimensión estrés ( $H(2) = 1,285$ ,  $p = .526$ ).

**Tabla 29***Relación entre las dimensiones del DASS-21 y semestre académico*

Dimensión	Semestres iniciales (n=68)			Semestres intermedios (n=65)			Semestres finales (n=8)			H (gl=139,2)	p	$\varepsilon_R^2$
	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me			
Depresión	11.12	8.53	10.00	9.48	7.57	8.00	15.00	8.28	18.00	4.627	.099	0.033
Ansiedad	12.24	8.10	12.00	8.58	7.05	6.00	13.00	6.68	14.00	10.011	.007*	0.071
Estrés	14.85	7.19	14.00	12.83	7.57	14.00	19.25	8.35	21.00	9.061	.011*	0.065

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; H: estadístico de prueba ANOVA; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

\*  $p < 0.05$

En la tabla 29 se aprecia diferencias significativas entre la variable sociodemográfica semestre académico y la dimensión ansiedad, con un tamaño defecto bajo, debido a que solo se le puede atribuir el 7.1 % de la variabilidad de los niveles de ansiedad a los niveles de los semestres ( $H(2)=10,011$ ,  $p=.007$ ,  $\varepsilon_R^2=0,071$ ), donde aquellos estudiantes de semestres finales ( $M=13.00$ ,  $DE=6,68$ ) mostraron mayores niveles de ansiedad, seguido de los becarios de semestres iniciales ( $M=12.24$ ,  $DE=8.10$ ) y por los participantes de los semestres intermedios ( $M=8.58$ ,  $DE=7.05$ ). Además, se registró diferencia estadísticamente relevante entre semestre y estrés, con un tamaño de efecto bajo ( $H(2) =9,061$ ,  $p=.011$ ,  $\varepsilon_R^2 =0,065$ ), en el cual los encuestados de semestres finales exhibieron mayores niveles de estrés ( $M=19,25$ ,  $DE=8,35$ ), en segundo lugar, estuvieron los estudiantes de semestres iniciales ( $M=14,85$ ,  $DE=7,19$ ) y, por último, los becarios de semestres intermedios ( $M=12,83$ ,  $DE=7,57$ ). Por el contrario, la variable sociodemográfica semestre académico no fue estadísticamente distinto con la dimensión depresión ( $H(2) =4,627$ ,  $p=.099$ ).

**Tabla 30***Relación entre las dimensiones del DASS-21 y facultad*

Dimensión	Facultad															H (gl=139,4)	p	$\epsilon_R^2$
	Ciencias de la Salud (n=47)			Ingeniería (n=55)			Humanidades (n=15)			Derecho (n=8)			Ciencias de la Empresa (n=16)					
	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me			
Depresión	11.49	9.71	10.00	10.36	7.68	10.00	8.93	6.04	8.00	10.25	6.45	10.00	10.38	7.60	8.00	0.404	.982	.00
Ansiedad	11.40	8.36	10.00	10.33	7.95	10.00	8.67	6.31	8.00	11.00	4.00	12.00	10.75	8.13	6.00	1.441	.837	.01
Estrés	14.21	7.47	14.00	14.29	8.00	14.00	12.13	7.35	14.00	14.75	4.65	14.00	15.25	7.96	13.00	0.677	.954	.00

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; H: estadístico de prueba ANOVA; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

En la tabla 30 se puede visibilizar que, para el nivel de depresión, el efecto principal de la facultad es estadísticamente no significativo y muy pequeño ( $H(4)=0.404$ ,  $p=.982$ ;  $\epsilon_R^2=.00$ ). Del mismo modo, para el nivel de ansiedad el efecto principal de la facultad es estadísticamente no significativo y pequeño ( $H(4)=1.441$ ,  $p=.837$ ,  $\epsilon_R^2=.01$ ). Finalmente, para el nivel de estrés el efecto principal de la facultad es estadísticamente no significativo y pequeño ( $H(4)=0.677$ ,  $p=.954$ ;  $\epsilon_R^2=.00$ ).

**Tabla 31**

*Relación entre las dimensiones del DASS-21 y personas con las que convive*

Dimensión	Personas con las que convive															H (gl=139,4)	p	$\epsilon_R^2$
	Ambos padres (n=65)			Con un solo progenitor (n=41)			Solo(a) (n=13)			Hermano(a) (n=13)			Solo con primos, tíos u otros (n=9)					
	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me			
Depresión	10.15	7.06	10.00	11.42	8.74	10.00	9.69	7.02	8.00	10.15	11.70	8.00	12.00	9.43	10.00	2.642	.755	.02
Ansiedad	10.77	7.12	10.00	11.51	7.78	10.00	7.54	5.95	6.00	9.69	11.46	6.00	11.56	8.05	12.00	4.860	.433	.03
Estrés	14.09	7.28	14.00	14.54	6.69	14.00	12.46	5.95	14.00	14.15	11.39	10.00	16.22	9.46	20.00	4.276	.510	.03

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; H: estadístico de prueba ANOVA; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

De la tabla 31 se establece que, para la dimensión depresión, el efecto principal de las personas con las que convive es estadísticamente no significativo y muy pequeño ( $H(4)=2.642$ ,  $p=.755$ ;  $\epsilon_R^2=.02$ ). Por otra parte, para el nivel de ansiedad el efecto principal de las personas con las que convive es estadísticamente no significativo y pequeño ( $H(4)=4.860$ ,  $p=.433$ ;  $\epsilon_R^2=.03$ ). Por último, para el nivel de estrés el efecto principal de las personas con las que convive es estadísticamente no significativo y pequeño ( $H(4)=4.276$ ,  $p=.510$ ;  $\epsilon_R^2=.03$ ).

**Tabla 32**

*Relación entre las dimensiones del DASS-21 y percepción de solvencia económica*

Dimensión	No cubre(n=49)		Si cubre (n=92)		t (gl=139)	p	d
	M	SD	M	SD			
Depresión	12.33	5.83	6.65	7.81	1.847	0.063	0.824
Ansiedad	12.92	7.99	9.70	7.49	1.911	0.058	0.416
Estrés	15.92	7.99	13.24	7.17	2.030	0.044*	0.353

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; t: prueba t muestras independientes; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

En la tabla 32 se muestra que entre los que cubren sus necesidades y los que no cubren sus necesidades no existen diferencias estadísticas significativas en los niveles de depresión ( $t(139)=1.847$ ,  $p=.063$ ,  $d=0.824$ ). También, se determinó que no existen diferencias significativas entre los que cubren sus necesidades y los que no los cubren en los niveles de ansiedad ( $t(139)=1.911$ ,  $d=0.416$ ,  $p=.058$ ). Sin embargo, se obtuvo que existen diferencias significativas entre los que cubren sus necesidades y los que no los cubren en los niveles de estrés ( $t(139)=2.030$ ,  $d=0.353$ ,  $p=.044$ ), siendo los que no cubren sus necesidades ( $M=15.92$ ,  $SD=7.99$ ) los que presentan un mayor nivel de ansiedad que los que cubren sus necesidades ( $M=13.24$ ,  $SD=7.17$ ).

**Tabla 33**

*Relación entre las dimensiones del DASS-21 y preferencia de modalidad de clases*

Dimensión	Virtual(n=42)		Presencial (n=99)		t (gl=139)	p	d
	M	SD	M	SD			
Depresión	11.14	6.67	10.34	8.71	0.532	0.596	0.103
Ansiedad	10.19	6.24	10.77	8.31	0.404	0.687	0.07
Estrés	13.90	7.11	14.28	7.76	0.271	0.787	0.05

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; t: prueba t muestras independientes; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; d: tamaño del efecto medida de Cohén.

En la tabla 33 se visualiza que la preferencia modalidad de clases de los becarios no es estadísticamente significativo en la dimensión depresión ( $t(139)=0.532$ ,  $p=.596$ ,  $d=0.103$ ). Respecto a la ansiedad se infiere que tampoco es significativo ( $t(139)=0.404$ ,  $p=.687$ ,  $d=0.07$ ). Para finalizar, no es significativamente diferente la presencia de modalidad de clases de los becarios y la dimensión estrés ( $t(139)=0.271$ ,  $p=.787$ ,  $d=0.05$ ).

**Tabla 34**

*Relación entre las dimensiones del DASS-21 y frecuencia de ejercitación física*

Dimensión	Frecuencia de ejercitación física												H (gl=139,3)	p	$\varepsilon_R^2$
	Nunca (n=23)			A veces (n=78)			Con frecuencia (n=22)			Casi siempre (n=18)					
	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me			
Depresión	16.87	9.74	14.00	11.03	7.41	10.00	8.36	6.04	9.00	3.33	3.56	4.00	21.33	0.000	.15
Ansiedad	15.22	8.65	14.00	11.10	7.24	10.00	9.36	7.52	8.00	4.00	3.29	4.00	31.65	0.000	.23
Estrés	19.04	7.43	18.00	14.59	7.38	14.00	11.91	6.49	14.00	8.89	5.45	8.00	24.28	0.000	.17

*Nota.* Adaptado de Peralta (2021). M: Media; SD: Desviación Estándar; H: estadístico de prueba ANOVA; gl: grados de libertad; p: valor de probabilidad; LI y LS representan el límite inferior y el límite superior del intervalo de confianza parcial  $\eta^2$ , respectivamente.

En la tabla 34 se demuestra que se obtuvo diferencias significativas en la dimensión depresión ( $H(3) = 21,33$ ,  $p = .000$ ,  $\varepsilon_R^2 = 0,15$ ); de los cuales aquellos becarios que nunca realizaron ejercicios presentaron mayores niveles de depresión ( $M = 16,87$ ,  $DE = 9,74$ ); seguido por los que a veces realizaron ejercicios ( $M = 11,03$ ,  $DE = 7,41$ ); en tercer lugar, los que con frecuencia se ejercitaron ( $M = 8,36$ ,  $DE = 6,04$ ); y, en último orden, los que casi siempre hicieron ejercicios ( $M = 3,33$ ,  $DE = 3,56$ ). Asimismo, se hallaron diferencias significativas con la dimensión ansiedad ( $H(3) = 31,65$ ,  $p = .000$ ,  $\varepsilon_R^2 = 0,23$ ); donde los encuestados que nunca realizaron ejercicios manifestaron mayores niveles de ansiedad ( $M = 15,22$ ,  $DE = 8,65$ ); en segundo lugar, los que a veces hicieron ejercicios ( $M = 11,10$ ,  $DE = 7,24$ ); a continuación, los que con frecuencia llevaron a cabo su rutina de ejercicios ( $M = 9,36$ ,  $DE = 7,52$ ); y, en último lugar, los que casi siempre se ejercitaron ( $M = 4,00$ ,  $DE = 3,29$ ). Para finalizar, también se registró diferencias significativas en la dimensión estrés ( $H(3) = 24,28$ ,  $p = .000$ ,  $\varepsilon_R^2 = 0,17$ ); en el cual los participantes que nunca realizaron ejercicios

presentaron mayores niveles de estrés ( $M=19,04$ ,  $DE=7,43$ ); en siguiente orden figuran los que a veces llevaron a cabo ejercicios ( $M=14,59$ ,  $DE=7,38$ ); en tercera colocación los que con asiduidad se ejercitaron ( $M=11,91$ ,  $DE=6,49$ ) y para cerrar; los que casi siempre cumplieron con entrenarse ( $M=8,89$ ,  $DE=5,45$ ).

### 4.3. Discusión de resultados

El contexto de la pandemia del COVID-19 provocó una serie de restricciones implementadas por el estado para poder controlarla. Una de las poblaciones más afectadas, debido a las restricciones sociales, fueron los adolescentes y jóvenes. Los resultados de esta investigación denotan un impacto psicológico negativo en los becarios de una universidad privada de Huancayo; ya que el 34,7 % de los encuestados presentó indicadores de depresión, 51,1 % manifestó indicadores de ansiedad y el 22,7 % reportó indicadores de estrés. Se infiere que la ansiedad prevaleció en los becarios de una universidad privada de Huancayo, y en menor medida, se reportó niveles de estrés. La revista científica *The Lancet* (como se citó en El País, 2021) llevó a cabo un estudio donde estimaron que, durante la pandemia, los casos diagnosticados de ansiedad se acrecentaron en un 26 % y los casos de depresión, en un 28 %. Además, los investigadores mencionan que una de las poblaciones más afectadas fueron los adolescentes y jóvenes, pues, para contener el avance de la enfermedad, se tuvieron que cerrar las escuelas y universidades y, por ende, fueron limitados a socializar con sus grupos de pares. Asimismo, esta población es más propensa a quedarse sin empleo por la crisis económica. Este trabajo difiere con la investigación de Cortés (2020), que encontró indicadores de depresión en el 15,7 % de los universitarios mexicanos encuestados, 22,6 % manifestó síntomas de ansiedad y 19,9 % registró síntomas de estrés. Esta diferencia se puede explicar desde el tamaño muestral, pues en el estudio de Cortés (2020) participaron 1104 estudiantes, a comparación de los 141 becarios de este trabajo.

En lo que respecta a la dimensión depresión, se encontró que el 48,9 % de los becarios registró niveles de depresión normal; 16,3 %, depresión leve; 25,5 %, depresión moderada; 3,5 %, depresión severa; y 5,7 %, depresión extremadamente severa. Se deduce que el grado de depresión prevalente es el normal, seguido por el grado de depresión moderada; además de que la sintomatología depresiva no estuvo presente o

estuvo presente mínimamente en el 65,2 % de los encuestados; y hubo indicadores de depresión en el 34,7 % de encuestados, siendo la segunda dimensión con mayor sintomatología registrada. Estos hallazgos tienen afinidad con lo encontrado por Skrlec et al (2021), pues encontraron síntomas no significativos de depresión en un 57,6 % de los estudiantes universitarios croatas que encuestaron.

Por otro lado, este estudio se contrasta del trabajo de Hamaideh et al. (2022), quienes recabaron mayores niveles de depresión (57,6 % del total de universitarios jordanos entrevistados), siendo la dimensión con mayor prevalencia en el estudio. Esto puede deberse a que en la región del Mediterráneo Oriental hay una mayor prevalencia de depresión, a comparación de la ansiedad, con un total de 16 % de su población con este trastorno (OPS, 2017). Además, este trabajo también difiere con la publicación de Silva et al. (2021), porque en su investigación con estudiantes brasileños detectó un mayor porcentaje en la dimensión depresión (57,6 %) y, en segundo orden, aparece la dimensión ansiedad (39 %). Estas diferencias se pueden explicar desde estas estadísticas: el 5,8 % de la población de Brasil sufre de depresión, ocupando el segundo lugar en el continente americano de casos diagnosticados con este trastorno (OMS, como se citó en OPS, 2017).

En la dimensión ansiedad, el 38,3 % se ubicó en la categoría de ansiedad normal; 10,6 %, en ansiedad leve; 27 %, en ansiedad moderada; 10,6 %, en ansiedad severa; y 13,5 %, en ansiedad extremadamente severa. Se desprende que el nivel de ansiedad normal fue el prevalente, seguido por ansiedad moderada; asimismo más de la mitad de los participantes registró sintomatología significativa (51,1 % del total), siendo la dimensión con mayor prevalencia en este estudio; y el 48,9 % de becarios no presentó síntomas significativos. Estos alcances se diferencian del trabajo de Fawaz & Samaha (2020), pues el 69,5 % de los universitarios jordanos encuestados no manifestó sintomatología ansiosa significativa. Por otro lado, se asemejan al estudio de Peralta (2021), quien registró una mayor incidencia en la dimensión ansiedad (46,7 % del total

de participantes) y también se relaciona con el estudio de Zuñiga (2021), ya que obtuvo un mayor porcentaje en la dimensión ansiedad (56,5 % del total de entrevistados). Ambos autores realizaron sus investigaciones en el país y, por ende, esta afinidad en los resultados se puede explicar desde esta estadística: en el Perú se diagnostican con mayor frecuencia los trastornos de ansiedad, con un 5,7 % de su población diagnosticada con este desorden (OMS, como se citó en OPS, 2017).

En cuanto a la dimensión estrés, el 57,4 % evidenció niveles normales de estrés; 19,9 %, estrés leve; 15,6 %, estrés moderado; 5 %, estrés severo; y 2,1 %, estrés extremadamente severo. Asimismo, se evidencia que el nivel normal de estrés fue el que obtuvo mayor porcentaje, seguido por el nivel de estrés leve. También, la mayoría de becarios (77,3 % del total) no presenta indicadores significativos de estrés y el 22,7 % de becarios reportó indicadores de estrés, siendo la dimensión con menor presencia de sintomatología en la investigación. Estos resultados tienen similitud con la investigación de Fawaz & Samaha (2020,) quienes encontraron una menor prevalencia en la dimensión estrés (1,7 % del total de participantes). Sin embargo, difieren con el trabajo de Escobar & Landa (2021), que hallaron una prevalencia mayor en la dimensión estrés (53,1 % del total). Esto puede ser argumentado desde la perspectiva de la aplicación de la Escala DASS-21 en un momento en el cual los exámenes finales ya habían concluido y por ende, los becarios canalizaron los síntomas de estrés en el cumplimiento de sus actividades académicas. La idea se sintetiza en el concepto de “Eustrés” o “estrés positivo”, que Gutiérrez (2005) lo define como una adecuada activación fisiológica que permite al sujeto afrontar con éxito una situación desafiante.

A continuación, se procede a explicar las diferencias significativas encontradas entre las dimensiones depresión, ansiedad y estrés y las variables sociodemográficas. Empezamos con la variable sociodemográfica sexo, donde se obtuvo que entre varones y mujeres existe diferencias estadísticas significativas en los niveles de depresión ( $p=.021$ ), siendo las mujeres ( $M=13.42$ ,  $DE=7.703$ ) las que presentan un mayor nivel de

depresión que los varones ( $M=9.080$ ,  $DE=8.248$ ). 13,5 % del total de varones manifestó síntomas significativos de depresión, a comparación del 21,3 % del total mujeres con indicadores depresivos. Harkness (2012, como se citó en Vásquez, 2013) suscribe que, desde la perspectiva epidemiológica, las mujeres son dos veces más propensas a sufrir de depresión que los varones. Gaviria (2009) agrega que a) factores biológicos: heredabilidad, hormonales, neuroquímicos; b) factores psicológicos: estilos de socialización, expectativas distintas por parte de los padres y educadores traen como consecuencia que las mujeres se preocupen más por la evaluación de las personas de su entorno; y c) socioculturales: eventos adversos en la infancia, violencia sexual y doméstica, estereotipos de género, desventaja de tipo social y económica a comparación de los varones; inciden en la mayor prevalencia de depresión en mujeres. Sin embargo, la variable sociodemográfica sexo no es estadísticamente significativa con las dimensiones ansiedad ( $p=.074$ ) y estrés ( $p=.079$ ). Esto contrasta a la investigación de Dosil et al. (2022), que halló diferencias significativas en las tres dimensiones: depresión ( $p=.001$ ), ansiedad ( $p=.001$ ) y estrés ( $p=.044$ ). Esto puede deberse a que, en este estudio, los participantes del estudio (141 encuestados) y el porcentaje de mujeres encuestadas (47,5 %) fueron menores que el de Dosil et al. (2022): 252 encuestados, donde el 65,9 % fueron mujeres.

En cuanto a edad, se obtuvo una diferencia significativa con la dimensión depresión ( $p=.18$ ), siendo los becarios que tienen entre 17 y 19 años ( $M=12.11$ ,  $DE=7.855$ ) los más perjudicados. El 22,2 % del total de becarios entre 17 y 19 años registró indicadores depresivos. Lacomba et al. (2020) plantea que una de las características fundamentales de la etapa de la adolescencia es la relación con los iguales, sin embargo, a raíz de las restricciones sociales por el estado de emergencia, esta población fue una de las más afectadas ya que fueron limitados a acudir a lugares donde usualmente socializan (centros universitarios, bares, discotecas, entre otros). Esto puede explicar que los estudiantes menores de 20 años hayan manifestado

mayores indicadores de depresión. Sánchez et al. (2021) aportan que una edad y experiencia mayor, en general, otorga a las personas mayores recursos para afrontar situaciones que presenten un desafío en la vida cotidiana. Por otro lado, la variable sociodemográfica edad no es significativamente diferente en relación con la dimensión ansiedad ( $p=.105$ ) y a la dimensión estrés ( $p=.526$ ). Estos resultados difieren con la investigación de Sánchez et al. (2021), que halló una relación significativa entre edad y la dimensión ansiedad ( $p=.006$ ), siendo los estudiantes menores de 26 años quienes registraron mayor sintomatología.

Se encontraron diferencias significativas entre la variable sociodemográfica semestre académico y la dimensión ansiedad ( $p=.007$ ), en el cual los encuestados de semestres finales fueron los más desfavorecidos. De los 8 encuestados de semestres finales, 7 de ellos presentaron indicadores de ansiedad significativos (5 % del total). Los cambios económicos y tecnológicos acontecidos en el país y el mundo a causa del acelerado crecimiento poblacional, la globalización, la sobreoferta de profesionales, entre otros factores; hace que la inserción laboral represente un desafío para las personas que recién egresan de la universidad (Guzmán et al., 2008). Esta idea puede dilucidar los mayores niveles de ansiedad registrados en los becarios de semestres finales, pues al estar próximos a egresar, deben lidiar con la búsqueda de empleo, además de otros factores como la realización de prácticas preprofesionales o el internado (carreras de ciencias de la salud). También, se encontraron diferencias significativas entre la variable semestre académico y la dimensión estrés ( $p=.011$ ), donde los becarios de semestres iniciales fueron los más afectados. De los 68 becarios de semestres iniciales, 15 registraron indicadores de estrés (10,6 % del total). El paso del colegio a la vida universitaria trae consigo una serie de cambios y desafíos que el sujeto debe afrontar, poniendo a prueba los sus recursos y capacidades (Silva, 2011, p.107). Este evento puede llegar a ser estresante para el sujeto si es que no cuenta con los recursos necesarios para adaptarse (Hobfoll, 1989, como se citó en Figuera et al.,

2003, p. 351), además puede desencadenar baja autoestima, inseguridad y niveles de ansiedad severos (Figuera et al., 2003, p. 351). Por el contrario, la variable sociodemográfica semestre académico no fue estadísticamente distinto con la dimensión depresión ( $p=.099$ ). Los resultados se relacionan a lo establecido por Escobar & Landa (2021), quienes encontraron menor grado de estrés en los semestres anteriores al internado de las carreras de salud ( $p=.031$ ) en universitarios de Perú.

En lo que respecta a facultad, se determinó que no existen diferencias significativas con la dimensión depresión ( $p=.982$ ). Además, no se encontraron diferencias significativas con la dimensión ansiedad ( $p=.837$ ) y tampoco se evidenció diferencias significativas entre facultad y la dimensión estrés ( $p=.954$ ). Esto nos lleva a entender que la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés afectó a los estudiantes becarios en menor o mayor medida, independientemente de la facultad a la que pertenecían. Una posible explicación se dará desde la conclusión a la que llegó Shehadeh et al. (2020, como se citó en Haimadeh et al., 2020), que halló un menor nivel de malestar psicológico en estudiantes relacionado a la realización de sus tareas académicas. En el caso de la presente investigación, al ser final de semestre (diciembre de 2021), los estudiantes dirigieron todos sus recursos personales al cumplimiento de sus tareas académicas porque al tener la condición de becarios, ellos pueden perder sus beneficios si es que desaprueban el mismo curso más de dos veces o en el caso más extremo, si desaprueban todos los cursos del semestre (Diario El Peruano, 2021, p. 11). Estos resultados tienen similitud a lo obtenido por Haimadeh et al. (2022), quien no encontró relación alguna entre las dimensiones y el tipo de facultad ( $p=.0.888$ ). Asimismo, guarda relación con la investigación de Zuñiga (2021), quien no encontró diferencias significativas entre las dimensiones y las carreras profesionales de los universitarios de la Universidad Nacional Agrónoma de La Molina ( $p$ -valores de 0.081, 0.190 y 0.147 respectivamente).

No se encontraron disparidades significativas entre la variable sociodemográfica personas con las que convive el becario y las dimensiones depresión ( $p=.755$ ), ansiedad ( $p=.433$ ), y estrés ( $p=.510$ ). Esto refleja que los síntomas de depresión, ansiedad y estrés incidieron en los becarios, en mayor o menor grado, indistintamente de las personas con las que convive el estudiante. La adaptación familiar fue necesaria en tiempos de crisis por la pandemia. Este concepto está relacionado a los cambios cognitivos, interactivos y conductuales que los integrantes de la familia emplean en las etapas difíciles de la vida. En consecuencia, la crisis por el COVID-19 puso a prueba la capacidad de adaptación de cada familia, ya que tuvieron que lidiar con la incertidumbre, problemas económicos, familiares, con la enfermedad y/o la muerte (De los Ángeles et al., 2022). Hasta la aplicación del instrumento de esta investigación, transcurrieron un año y nueve meses desde el inicio del estado de emergencia por el COVID-19, en consecuencia, Cornejo et al. (2022) refieren que este tiempo transcurrido hizo posible que las familias se adapten al contexto de la pandemia, independientemente de los cambios en sus estilos de vida, cambios emocionales y conductuales de cada uno de los miembros. El pasar mayor tiempo en casa ha hecho posible que los integrantes de la familia interactúen entre sí, entablen comunicación más frecuente en sus tiempos libres y que compartan responsabilidades.

En lo concerniente a percepción de solvencia económica, se determinó que existen diferencias significativas entre los que cubren sus necesidades y los que no los cubren con la dimensión estrés ( $p=.044$ ), siendo los que no cubren sus necesidades ( $M=15.92$ ,  $SD=7.99$ ) los que presentan un mayor nivel de ansiedad que los que cubren sus necesidades ( $M=13.24$ ,  $SD=7.17$ ). La pandemia perjudicó la economía de todos los países, ocasionando desempleo y crisis económica a la mayor parte de familias. Aquellas personas que sufrieron la pérdida de su empleo y/o la pérdida de empleo de un familiar cercano, son las más propensas a sufrir de estrés negativo, pues usualmente no se tienen los recursos necesarios para afrontar eventos de este tipo (Valero et al.,

2020). El incremento de las tasas de desempleo debido a la pandemia no solo afecta al sujeto que perdió su trabajo, sino que también involucra a los familiares que dependen económicamente de él. En consecuencia, se ha evidenciado un aumento de estrés en la persona que perdió su empleo y su entorno familiar (Brito et al., 2020, como se citó en Lozano et al., 2020). Según un informe publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2021, la tasa de desempleo a nivel nacional afecta al 5,3 % de la Población Económicamente Activa (PEA), que se traduce en aproximadamente 941 200 personas en búsqueda de trabajo (Agencia EFE Edición América, 2021, Economía). De modo opuesto, se registró que no existen diferencias significativas entre la variable sociodemográfica percepción de solvencia económica y la dimensión depresión ( $p=.063$ ), asimismo no es significativamente diferente con la dimensión ansiedad ( $p=.058$ ). Se toma como referencia el estudio de Peralta (2021), quién también determinó diferencias significativas entre nivel socioeconómico y la dimensión estrés ( $p=.017$ ), sin embargo, a comparación de esta investigación, halló diferencias significativas con la dimensión depresión ( $p=.001$ ), siendo los de nivel socioeconómico bajo quienes presentan mayores síntomas de estrés y depresión.

No se encontraron desigualdades estadísticas entre la variable sociodemográfica preferencia de modalidad de clases (virtual o presencial) y las dimensiones depresión ( $p=.596$ ), ansiedad ( $p=.0,687$ ) y estrés ( $p=.,787$ ). Existe un contraste respecto a lo señalado por Fawaz & Samaha (2020), quienes concluyeron que existían diferencias significativas entre la satisfacción del aprendizaje virtual y las dimensiones depresión ( $p=.00$ ), ansiedad ( $p=.00$ ) y estrés ( $p=.00$ ). La rápida digitalización fue un proceso promovido durante la pandemia por COVID-19, se define como la incorporación acelerada de los servicios digitales en la rutina de las personas. En consecuencia, hubo complicaciones al momento de incorporar estos servicios, ya que demandó verificar que los estudiantes tengan un dispositivo tecnológico para conectarse a las clases virtuales, acceso a una conexión de internet de calidad,

desarrollar habilidades para el uso adecuado de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) (Barrantes et al., 2022). Esto puede advertir la relación establecida entre las dimensiones depresión, ansiedad y estrés y aprendizaje virtual, encontradas en el estudio de Fawaz & Samaha (2020), ya que Líbano no se caracteriza por ser un país con una tecnología avanzada, además de que la evaluación fue realizada poco tiempo después del inicio de la cuarentena en este país (abril de 2020), por ende, aun se estaban implementando las herramientas tecnológicas necesarias para el aprendizaje en línea y en consecuencia, la mayoría de estudiantes en ese país estaba insatisfechos con la educación virtual. Por el contrario, la aplicación del cuestionario en esta investigación se realizó en diciembre de 2021, aproximadamente a un año y nueve meses de la implementación de las clases virtuales. Por ende, hubo el suficiente tiempo para que las autoridades de la universidad verifiquen que los estudiantes accedan a las herramientas tecnológicas necesarias el desarrollo de las clases virtuales.

Finalmente, en lo referido a la variable frecuencia de ejercitación física, se obtuvieron diferencias significativas en las dimensiones depresión ( $p=.000$ ), ansiedad ( $p=.000$ ) y estrés ( $p=.000$ ), de los cuales aquellos becarios que nunca realizaron ejercicios, durante el estado de emergencia, presentaron mayor sintomatología. El ejercicio promueve el bienestar psicológico, a través del desarrollo de estados emocionales positivos; además contribuye con la disminución de niveles de depresión, ansiedad y estrés (Plante & Rodin, 1990, como se citó en Marquez, 1995). De la Cruz et al. (2011) añaden que la práctica frecuente de ejercicio físico contribuye en la mejora de la calidad de vida, del bienestar psicológico y emocional en aquellos que lo realizan. Estas diferencias significativas encontradas son afines a lo conseguido por Silva et al. (2021), quién registró una asociación significativa entre la práctica de ejercicios de forma regular y la disminución de síntomas depresivos ( $p=.033$ ). Además, coincide con lo obtenido por Skrlec et al. (2021), quién estableció una relación significativa entre la

presencia de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés y una reducción de la actividad física en estudiantes universitarios de Croacia a causa de la cuarentena.

## CONCLUSIONES

1. A un año y nueve meses del inicio del estado de emergencia nacional por la pandemia del COVID-19, se estableció que 51,1 % de los becarios encuestados manifestó indicadores de ansiedad, siendo el estado emocional negativo predominante en becarios de una universidad privada de Huancayo. En segundo orden, figura el estado emocional negativo de depresión con un 34,7 % de encuestados con sintomatología significativa. Por último, el 22,7 % de becarios presentó indicadores de estrés.
2. Se identificaron diferencias significativas entre la dimensión depresión y la variable sociodemográfica sexo ( $p=.021$ ), siendo las mujeres las más afectadas, a comparación de los varones. Múltiples factores (biológicos, psicológicos, socioculturales) y la mayor prevalencia de este trastorno en mujeres, a nivel mundial, explican estas diferencias. Asimismo, no existe relación significativa entre sexo y las dimensiones ansiedad ( $p=.074$ ) y estrés ( $p=.079$ ).
3. En cuanto a la variable edad, se determinó una diferencia significativa con la dimensión depresión ( $p=.18$ ) donde los becarios entre 17 y 19 años manifestaron mayores niveles de depresión. Las restricciones implementadas por el Gobierno para mitigar el avance de la enfermedad afectaron a los adolescentes y jóvenes, pues se redujo sus interacciones sociales. Por otro lado, no se precisó relación significativa entre edad y las dimensiones ansiedad ( $p=.105$ ) y estrés ( $p=.526$ ).
4. Existen diferencias significativas entre semestre académico y las dimensiones ansiedad ( $p=.007$ ) y estrés ( $p=.011$ ). Los becarios de semestres finales denotaron mayor sintomatología de ansiedad. Debido a la pandemia de la COVID-19, existe mucha incertidumbre respecto a la empleabilidad, y los estudiantes de semestres finales deben afrontar esta situación al culminar la universidad, además de lidiar con otras tareas académicas, como la realización

de prácticas preprofesionales o el internado (carreras de salud). Asimismo, los becarios de semestres iniciales manifestaron mayores síntomas de estrés, que puede deberse al desafío que representa el paso del colegio a la vida universitaria. Por el contrario, no se estableció diferencias entre semestre académico y la dimensión depresión ( $p=.099$ ).

5. No se especificaron diferencias significativas entre la variable sociodemográfica facultad y las dimensiones depresión ( $p=.982$ ), ansiedad ( $p=.837$ ) y estrés ( $p=.677$ ). Los síntomas de estos tres estados emocionales negativos afectaron, en mayor o menor proporción a los becarios, independientemente a la facultad a la cual pertenecían. Al ser final de semestre, los becarios enfocaron todos sus recursos en la realización y cumplimiento de sus deberes académicos, lidiando así con los estados emocionales negativos.
6. No se identificaron desigualdades significativas entre la variable sociodemográfica personas con las que convive el becario y las dimensiones depresión ( $p=.755$ ), ansiedad ( $p=.433$ ) y estrés (.510). La sintomatología de estas tres dimensiones aquejó, en mayor o menor grado, a los becarios, indistintamente a las personas con las que convive. La capacidad de adaptación familiar en tiempos de pandemia jugó un rol importante para poder adaptarse a los cambios.
7. En lo que respecta a la variable percepción de solvencia económica, se determinó una diferencia significativa con la dimensión estrés ( $p=.044$ ). Aquellos becarios que perciben que los ingresos familiares no cubren sus necesidades presentaron mayores niveles de estrés a comparación de los becarios que sí cubren sus necesidades. Factores estresores como la pérdida de empleo propio o de algún familiar, el alza de precios de los productos de primera necesidad, la crisis económica nacional, entre otros; afectaron a los becarios. Sin embargo, no

se estableció desigualdades significativas con las dimensiones depresión ( $p=.596$ ) y ansiedad ( $p=.687$ ).

8. No se delimitaron desigualdades significativas entre la variable sociodemográfica preferencia de modalidad de clases (virtual o presencial) y las dimensiones depresión ( $p=.596$ ), ansiedad ( $p=.687$ ) y estrés ( $p=.787$ ). Al haber transcurrido un año y nueve meses desde el inicio del estado de emergencia, hubo un tiempo considerable para la optimización de las herramientas digitales utilizadas por los becarios para el desarrollo de las clases.
9. Para finalizar, si existen diferencias significativas entre la variable sociodemográfica frecuencia de ejercitación física y las dimensiones depresión ( $p=.000$ ), ansiedad ( $p=.000$ ) y estrés ( $p=.000$ ). La realización frecuente de ejercicios contribuye a un mayor bienestar psicológico y, por ende, disminuye los niveles de depresión, ansiedad y estrés.

## RECOMENDACIONES

1. Para futuras investigaciones, que busquen determinar si existe relación entre las dimensiones depresión, ansiedad y estrés, se aconseja el uso de otros instrumentos psicológicos, pues la Escala DASS-21 no permite establecer tales correlaciones. De esta forma podrán abordar, desde un enfoque complementario, la problemática que se plantea en este estudio.
2. Se exhorta a que en estudios posteriores que pretendan utilizar la Escala DASS-21 se impliquen más variables psicológicas para examinar el impacto de la pandemia en otros ámbitos. Por ejemplo, motivación, estrés académico, procrastinación académica, resiliencia, etc.
3. Se sugiere a las autoridades de la universidad, a través de las áreas pertinentes (centro de atención psicológica, bienestar universitario, psicólogos del programa BECA 18), a que realicen talleres psicológicos preventivos, de forma presencial, con el propósito de disminuir la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en los becarios de una universidad privada de Huancayo.
4. A través de las áreas mencionadas anteriormente, se recomienda identificar, orientar y realizar seguimiento a los becarios, de una universidad privada de Huancayo, que están más predispuestos a encontrarse en un nivel moderado, severo o extremadamente severo de depresión, ansiedad o estrés.
5. Las diferencias significativas encontradas entre la dimensión estrés y la variable sociodemográfica percepción de solvencia económica debe ser considerada por las autoridades del programa Beca 18, para así poder tomar decisiones pertinentes y trabajar con los becarios que manifestaron percibir que los recursos económicos con los que cuentan no cubren sus necesidades básicas y, por ende, son afectados por el estrés. Se sugiere promover la búsqueda de empleos de medio tiempo a través de la bolsa de trabajo de la universidad.

6. Las desigualdades significativas establecidas entre las dimensiones depresión, ansiedad y estrés, y la variable sociodemográfica frecuencia de ejercitación física debe ser tomada en cuenta por las autoridades del programa Beca 18, ya que aquellos becarios que no realizan actividades físicas con frecuencias son aquejados por síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Se propone fomentar la realización de actividades extracurriculares (fútbol, vóley, básquet, baile, entre otros) relacionados con la actividad física.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, M., Álvarez, L., Umaña, A., & Umaña, C. (2013). Trastornos de ansiedad. *Revista Cúpula*, 27(2), 29-50.  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v27n2/art3.pdf>
- Agencia EFE Edición América. (15 de noviembre de 2021). La población ocupada en Perú crece un 16,9 %, pero el desempleo afecta al 5,3 %. *Efe: Agencia EFE*.  
<https://www.efe.com/efe/america/economia/la-poblacion-ocupada-en-peru-crece-un-16-9-pero-el-desempleo-afecta-al-5-3/20000011-4676347>
- Agudelo, D., Gualberto, B., & Donald, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.  
<http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3002/sm300233.pdf>
- Agudelo, G., Aignerren, M., & Ruiz, J. (2010). Experimental y no experimental. La sociología en sus escenarios. *CEO*(18), 1-46.  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6545/5996>
- Albarracín, S. (2022). Nivel de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina humana de la UPLA durante la pandemia COVID-19 en Perú. Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología. *Repositorio UPLA*, 1-73.  
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4195/TESIS.ALBARRACIN%20LUGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, M., Vidal, C., LLavero, M., & Oryuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *ScienceDirect*, 12(86), 5041-5051.  
<http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/trastornos-depresivos.pdf>
- Alves, J., Cruz, A., & Aguiar, Z. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 14(6), 1-9.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qSztYX5Xyn8sLjyybxMyvfm/?lang=es&format=pdf>
- Anarte, M., Ramírez, C., López, A., & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16, 131-143.  
[https://www.researchgate.net/publication/40219854\\_Evaluacion\\_del\\_patron\\_de\\_conducta\\_tipo\\_C\\_en\\_pacientes\\_cronicos](https://www.researchgate.net/publication/40219854_Evaluacion_del_patron_de_conducta_tipo_C_en_pacientes_cronicos)
- Anguita, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de datos. *Atención Primaria*, 31(9), 592-600. doi:[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79222-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79222-1)
- Antúñez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art05.pdf>
- Apaza, C., Seminario, R., & Santa Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el COVID-19-Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 1-10. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022>

- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 2(1), 117-125. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1\\_a13.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf)
- Bareiro, M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 21(6), 971-982. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul176u.pdf>
- Barrantes, R., Burneo, J., & Duffó, D. (2022). "No estábamos preparadas para las clases virtuales": La pandemia y la educación superior universitaria pública. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP). [https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/handle/IEP/1220/Barrantes\\_Burneo\\_Duffo\\_No-estabamos-preparadas-para-las-clases-virtuales.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/handle/IEP/1220/Barrantes_Burneo_Duffo_No-estabamos-preparadas-para-las-clases-virtuales.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Beck, A., Rush, J., Brian, S., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (Diecinueve ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Cabezas, E., Andrade, D., & Torres, J. (2018). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Sangolquí: ESPE. <http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>
- Calles, R. (2017). Revisión histórica de las teorías psicodinámicas explicativas de los trastornos de ansiedad. *Norte de salud mental*, 15(57), 127-141. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381269>
- Camargo, B. (2010). Estrés, Síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78-86. <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/103/637>
- Cauas, D. (2015). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Bogotá: Biblioteca Electrónica de la Universidad Nacional de Colombia. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36805674/l-Variables.pdf?1425133203=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3Dvariables\\_de\\_Daniel\\_Cauas.pdf&Expires=1614922429&Signature=fyDQdESh39DwBWEuZjwid6ZX93n5CRWIF1Uv6jSEWXAT0-OI8tFJYtyVYr1AkYhVsOc1sbw](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36805674/l-Variables.pdf?1425133203=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3Dvariables_de_Daniel_Cauas.pdf&Expires=1614922429&Signature=fyDQdESh39DwBWEuZjwid6ZX93n5CRWIF1Uv6jSEWXAT0-OI8tFJYtyVYr1AkYhVsOc1sbw)
- Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos. (30 de abril de 2021). *Vacunas contra el SARS-CoV-2*. Vacunas contra el SARS-CoV-2: <https://bvcenadim.digemid.minsa.gob.pe/files/Vacunas-SARS-CoV-2.pdf>
- Cherng, L., Leong, M., Sidi, H. S., & Ruzyanei, N. (2021). Depression, anxiety, and the COVID-19 pandemic: Severity of symptoms and associated factors among university students after the end of the movement lockdown [Depresión, ansiedad y la pandemia de COVID-19]. *Plos One*, 16(5), 1-18. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252481>
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Declée de Brouwer. [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)
- Colegio Médico de Chile. (2020). COVID-19. Información relevante para personal sanitario. *Colegio Médico de Chile*, 1-17. [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/Informacion\\_relevante\\_personal\\_sanitario.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/Informacion_relevante_personal_sanitario.pdf)

- Cornejo, J., Miranda, P., Arbulu, N., & Payano, J. (2022). Adaptación familiar en el contexto del COVID-19. *Horizontes. Revista de investigación en Ciencias de la Educación*, 6(22), 73-82.  
<https://revistahorizontes.org/index.php/revistahorizontes/article/view/402/848>
- Corredor, M., & Monroy, J. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y *burnout* en personal sanitario. *Hacia la promoción de la salud*, 14(1), 109-123. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a07.pdf>
- Cortés, Y., Piñeiro, R., & Vuelvas, C. (2020). Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample [Efectos psicológicos y factores asociados de COVID-19 en una muestra mexicana]. *Disaster Medicina and Public Health Preparedness*, 1-12.  
[https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7F6A1DB36F91BA6957BF1D0743F683B4/S1935789320002153a.pdf/psychological\\_effects\\_and\\_associated\\_factors\\_of\\_COVID19\\_in\\_a\\_mexican\\_sample.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7F6A1DB36F91BA6957BF1D0743F683B4/S1935789320002153a.pdf/psychological_effects_and_associated_factors_of_COVID19_in_a_mexican_sample.pdf)
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual CETECIC*(18), 1-6.  
<https://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-enfoque-cognitivo-transaccional-del-estres.pdf>
- De la Cruz, E., Moreno, M., Pino, J., & Martínez, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental*, 34(1), 45-52.  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n1/v34n1a6.pdf>
- De los Ángeles, B., López, D., & De León, D. (2022). Funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento ante el confinamiento en casa por COVID 19. Un abordaje psicosocial en fenómenos de la salud. *Revista de Psicología de la UAEMEX*, 11(23), 90-114. <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/18061>
- De Los Santos, P., & Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica*, 15(2), 1-24.  
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Diario El Peruano. (27 de octubre de 2021). Beca 18-2022: conozca los beneficios que ofrece el concurso a los talentos peruanos. [https://elperuano.pe/noticia/131659-beca-18-2022-conozca-los-beneficios-que-ofrece-el-concurso-a-los-talentos-peruanos#:~:text=A%20los%20ganadores%20de%20la%20beca%3A&text=%20Dlidioma%20ingl%C3%A9s%20solo%20para%20estudios,%20DAlojamiento%20\(cuando%20corresp](https://elperuano.pe/noticia/131659-beca-18-2022-conozca-los-beneficios-que-ofrece-el-concurso-a-los-talentos-peruanos#:~:text=A%20los%20ganadores%20de%20la%20beca%3A&text=%20Dlidioma%20ingl%C3%A9s%20solo%20para%20estudios,%20DAlojamiento%20(cuando%20corresp)
- Diario El Peruano. (2021). *Normales Legales*. Lima: Diario El Peruano.  
<http://www.pronabec.gob.pe/modTransparencia/Reglamento%20de%20la%20ley%20n.%C2%B0%2029837%20-%20Que%20crea%20el%20Programa%20Nacional%20de%20Becas%20y%20Cr%C3%A9dito%20Educativo.pdf>
- Díaz, F., & Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*, 23(3), 183-205.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/COVID-19.pdf>

- Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://summapsicologica.cl/index.php/summahttps://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/393>
- Diccionario de la Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la Real Academia Española*. Diccionario de la Real Academia Española: <https://dle.rae.es/universidad>
- Dirección Regional de Salud Junín. (2020). *DIRESA JUNÍN*. DIRESA JUNÍN: [http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020100922\\_junin\\_en\\_25\\_se\\_incremnto\\_ansiedad\\_depresin\\_y\\_estrs\\_a\\_consecuencia\\_del\\_COVID19/](http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020100922_junin_en_25_se_incremnto_ansiedad_depresin_y_estrs_a_consecuencia_del_COVID19/)
- Dosil, M., Ozamiz, N., Idoiaga, N., Reyes, H., & Santabárbara, J. (2022). Emotional State of Mexican University Students in the COVID-19 Pandemic [Estado emocional de estudiantes universitarios mexicanos en la pandemia del COVID-19]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1-11. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19042155>
- El Comercio. (16 de marzo de 2020). *Vizcarra decretó estado de emergencia nacional y aislamiento social para evitar contagios de coronavirus*. <https://elcomercio.pe/lima/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-anuncia-cuarentena-general-por-15-dias-para-evitar-mas-contagios-COVID-19-pandemia-nndc-noticia/?ref=ecr>
- Escobar, H., & Landa, B. (2021). Estrés moderado o severo asociado al ser interno de medicina o de otras carreras de la salud durante la pandemia, Perú. *Repositorio Universidad Continental*, 1-66. [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9142/4/IV\\_FCS\\_502\\_TE\\_Escobar\\_Montes\\_2021.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9142/4/IV_FCS_502_TE_Escobar_Montes_2021.pdf)
- Espinoza, A., Pernas, I., & Gonzáles, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*, 18(3), 697-717. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n3/1727-8120-hmc-18-03-697.pdf>
- Esteban, N. (2018). Tipos de investigación. *Repositorio de la Univerisdad Santo Domingo de Guzmán (UNISDG)*, 1-4. <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
- Fawaz, M., & Samaha, A. (2020). E-learning: Depression, anxiety, and stress symptomatology among Lebanese university students during COVID-19 quarantine [E-leraning: Sintomatología de depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes universitarios libaneses durante la cuarentena por COVID]. *Nursing Forum*(56), 52-57. <https://doi.org/10.1111/nuf.12521>
- Figuera, P. D., & Forner, Á. (2003). Las competencias académicas previas y el apoyo familiar en la transición a la universidad. *Revista de Investigación Educativa*, 21(2), 349-369. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99251/94851>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 6(86), 436-442. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
- García, M., & Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19(1), 11-30. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4131.pdf>

- García, M., Moreno, G., & Rivero, L. (2010). Presencia de conducta tipo "A" que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México. *Enfermería Neurológica*, 12(3), 147-152.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133g.pdf>
- Gaviria, L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n2/v38n2a08.pdf>
- Gestión. (2021 de Abril de 2021). <https://gestion.pe/peru/COVID-19-abril-se-convirtio-en-el-mes-mas-mortal-de-la-pandemia-en-el-peru-al-registrar-8255-muertos-coronavirus-nndc-noticia/?ref=gesr>
- Gil, L., & Botello, V. (2018). Procrastinación académica y ansiedad en estudiantes de Ciencias de la Salud de una Universidad de Lima Norte. *CASUS. Revista de investigación y casos en salud*, 3(2), 89-96.  
<https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/75/74>
- Gobierno del Perú. (6 de Marzo de 2020). *Presidente Vizcarra dio a conocer primer caso de infección por coronavirus en el Perú e hizo un llamado a la población a mantener la calma.*  
<https://www.gob.pe/institucion/presidencia/noticias/86976-presidente-vizcarra-dio-a-conocer-primero-caso-de-infeccion-por-coronavirus-en-el-peru-e-hizo-un-llamado-a-la-poblacion-a-mantener-la-calma>
- Gonzales, J. (2020). Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado al confinamiento social. Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología. *Universidad Católica de Santa María.*  
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10219>
- González, M., & Ibañez, I. (2018). Propiedades psicométricas de una versión española de 30 ítems del Cuestionario de Ansiedad y Depresión (MASQE30). *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-17.  
<https://www.redalyc.org/journal/647/64754595010/64754595010.pdf>
- González, M., Herrero, M., Conrado, V., & Ibañez, I. P. (2004). El modelo tripartito: Relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80536208.pdf>
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49(2), 65-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
- Guerrero, E. (1996). Salud, Estrés y factores psicológicos. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 13(1), 51-69.  
<https://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/2764>
- Gutiérrez, M. (2005). Eustrés, el antídoto. *Ergonomía y psicología*(18), 10-12.  
<http://pdfs.wke.es/8/3/3/6/pd0000018336.pdf>
- Guzmán, S., Febles, M., Corredera, A., Flores, P., Tuyub, A., & Rodríguez, P. (2008). Estudio de seguimiento de egresados: recomendaciones para su desarrollo.

*Innovación Educativa*, 8(42), 19-31.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1794/179421234003.pdf>

- Hamaideh, S., Al-Modallal, H., Tanash, M., & Hamdan, A. (2022). Depression, anxiety and stress among undergraduate students during COVID-19 outbreak and "home-quarantine" [Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de pregrado durante el brote de COVID-19 y la "cuarentena domiciliaria". *Nursing Open*, 9(2), 1423-1431. doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.918>
- Hernández, M., Horga, J. N., & Mira, A. (2007). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. *Guía de actualización clínica en atención primaria*, 1-72.  
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill Education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Herrera, D., Coria, G., Muñoz, D., Graillet, O., Aranda, G., Rojas, F., Ismail, N. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Neurobiología*, 8(17), 1-23.  
[https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8\(17\)220617.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/Herrera-Covarrubias-8(17)220617.pdf)
- Infobae. (10 de octubre de 2021). Día de la Salud Mental: las cifras en Perú tras los efectos de la pandemia en los servicios de salud. *Infobae*. Infobae:  
<https://www.infobae.com/america/peru/2021/10/10/dia-de-la-salud-mental-las-cifras-del-peru-tras-los-efectos-de-la-pandemia-en-los-servicios-de-salud/>
- Instituto Nacional de Salud. (22 de octubre de 2022). *Instituto Nacional de Salud*. Instituto Nacional de Salud: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/entre-40-y-30-de-jovenes-de-19-y-26-anos-en-el-peru-presentaron-sintomas-de-ansiedad#:~:text=Desde-,Entre%2040%20y%2030%20%25%20de%20j%C3%B3venes%20de%2019%20y%2026,pandemia%20de%20la%20COVID%2D19&text=Resultados%2>
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Koury, J., & Hirschlaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19. ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? *Acta Odontológica Venezolana*, 58(Extra 1), 3-4.  
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
- Lacomba, L., Valero, S., Postigo, S., Pérez, M., & Montoya, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: un estudio de díadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66-72.  
<https://www.revistapcna.com/sites/default/files/011.pdf>
- Lemos, M., Calle, G., Roldán, T., Valencia, M., Orejuela, J., & Román, J. (2019). Factores psicosociales asociados al estrés en profesores universitarios colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 61-72.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v15n1/1794-99-98-dpp-15-01-61-71.pdf>

- López, S. (2006). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: Síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*(2), 11-15. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908115>
- Lorenzo, A., Díaz, K., & Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Ciencias Sociales y humanísticas*, 10(2), 1-8. <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/839/856>
- Lozano, L., Lozano, S., & Robledo, R. (2020). Desempleo en tiempos de COVID-19: Efectos socioeconómicos en el entorno familiar. *Journal of Science and Research*, 54, 187-197. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7635978>
- Marquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revisa de Psicología General y Aplicada*, 48(1), 185-206. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2378944>
- Martínez, A., Inglés, C., Piqueras, J., & Ramos, V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 111-138. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121995006.pdf>
- Ministerio de Educación. (2013). *Aportando las bases para una transformación en la educación superior del Perú*. <http://www.pronabec.gob.pe/inicio/publicaciones/documentos/documento1.pdf>
- Ministerio de Educación. (2016). *Educación Superior e Inclusión Social. Un estudio cualitativo de los becarios del programa beca 18*. MINEDU. [https://www.pronabec.gob.pe/modPublicaciones/descarga/serie7\\_educacionsuperior.pdf](https://www.pronabec.gob.pe/modPublicaciones/descarga/serie7_educacionsuperior.pdf)
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *BECA 18. Premio al talento*. MIMP. [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/dvpb/ponencias-intercambio-sbp/Beca\\_18\\_13nov2013.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/dvpb/ponencias-intercambio-sbp/Beca_18_13nov2013.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015). *Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad en adolescentes*. Lima: Ministerio de Salud. <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20051-2016%20DG.pdf>
- Ministerio de Salud. (24 de Diciembre de 2022). *Sala situacional COVID-19 Perú*. Sala situacional COVID-19 Perú: [https://COVID19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://COVID19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Ministerio de Salud. (2008). Guías de práctica clínica en salud y psiquiatría. Guía de práctica clínica en depresión y guía de práctica clínica en conductas suicidas. *Ministerio de Salud*, 1-54. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de las crisis de ansiedad en emergencia. *Instituto Nacional de salud mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"*, 1-14. <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2014/RD-123-2014-DGINSMHDHN.pdf>

- Ministerio de Salud. (2015). Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad en adolescentes. *MINSA*, 1-36.  
<http://www.inism.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20051-2016%20DG.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú*. Lima: Gobierno del Perú.  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/582567/Prevencio%CC%81n\\_Diagno%CC%81stico\\_y\\_Tratamiento\\_de\\_personas\\_afectadas\\_por\\_COVID-19\\_en\\_el\\_Peru%CC%81\\_.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/582567/Prevencio%CC%81n_Diagno%CC%81stico_y_Tratamiento_de_personas_afectadas_por_COVID-19_en_el_Peru%CC%81_.PDF)
- Ministerio de Salud. (05 de Mayo de 2021). *Sala Situacional COVID-19 Perú*.  
[https://COVID19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://COVID19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). Enfermedad por coronavirus, COVID-19. *Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias*, 1-111.  
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2021). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Madrid: Gobierno de España.  
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- Muntané, J. (2010). Introducción a la investigación básica. *RAPD Online*, 33(3), 221-227. <https://www.sapd.es/revista/2010/33/3/03>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.  
<https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- National Geographic. (10 de octubre de 2022). Cómo la COVID-19 afectó a la salud mental en Latinoamérica. *National Geographic*.
- National Institutes of Health. (2009). Anxiety Disorders [Trastornos de ansiedad]. (9).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Navas, W., & Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26(2), 19-35.  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- Ordoñez, A., Espinosa, L., García, L., & Muela, J. (2013). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia Psicológica*, 31(3), 355-362. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art10.pdf>
- Ordoñez, A., Lourdes, E., García, L., & Muela, J. (2013). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad. *Terapia Psicológica*, 31(3).  
<https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art10.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (2020). (8 de abril de 2021). *Organización Internacional para las Migraciones (2020)*. Organización Internacional para las Migraciones (2020): <https://www.iom.int/es/news/el-primer-analisis-mundial-integral-de-las-restricciones-los-viajes-y-cierres-de-fronteras-impuestos-por-la-COVID-19-dimensiona-los-futuros-impactos-sobre-la-movilidad>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales: <https://www.un.org/es/desa/las-muertes-por-COVID-19-sumar%C3%ADan-15-millones-entre-2020-y-2021>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de Marzo de 2022). *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. OMS: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-COVID-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Virtual press conference on COVID-19-11 March 2020 [Rueda de prensa virtual sobre COVID-19-11 de marzo de 2020]. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2)
- Organización Mundial de la Salud. (5 de Junio de 2021). *Pneumonia of unknown cause, China, Disease outbreak news* [Neumonía de causa desconocida, China, noticias sobre el brote de una enfermedad]. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Décima ed.). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Organización Panamericana de la Salud*, 1-24. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Palacios, M., Santos, E., Velázquez, & León, M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 222(1), 1-7. <https://medicinainterna.net.pe/sites/default/files/COVID-19%20Emergencia%20Publica%20Mundial.pdf>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano* (Undécima ed.). México D.F.
- Peralta, M. (2021). *Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de educación superior en tiempos del COVID-19*. Tesis para obtener el grado de licenciada en psicología. Repositorio UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/13635/PSpeduma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev. Biomed.*(28), 89-115. <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>

- Pérez, M. G. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n2/1729-519X-rhcm-19-02-e3254.pdf>
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pineda, B., De Alvarado, E., & De Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación para el desarrollo del personal de salud* (Segunda ed.). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>
- Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo. (2013). *Comité de validación descentralizado de BECA 18: Garantizando la transparencia*.  
<http://www.pronabec.gob.pe/inicio/publicaciones/documentos/cvd.pdf>
- Puga, A., Fernández, R., Flores, L., Hernández, D., & Cibrián, T. (2020). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: una visión multidisciplinaria. En *Trastornos Neurofuncionales: Perspectivas Neurobiológicas y de Atención* (pp. 84-115). Veracruz: Universidad de Xalapa.  
[https://www.researchgate.net/publication/342991629\\_Trastornos\\_relacionados\\_con\\_traumas\\_y\\_factores\\_de\\_estres\\_una\\_vision\\_multidisciplinaria](https://www.researchgate.net/publication/342991629_Trastornos_relacionados_con_traumas_y_factores_de_estres_una_vision_multidisciplinaria)
- Quezada, M. (2020). Factores asociados a la presencia de somnolencia en estudiantes de Medicina Humana de una universidad peruana privada año 2019. Tesis para obtener el grado de licenciado en medicina. *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma*, 1-61.  
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2882/MQUEZADA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodrigo, J., Máiquez, L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210. <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>
- Román, F., Vinet, E., & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>
- Rosas, M., & Trucios, J. G. (2022). Efectos psicosociales del COVID-19 en universitarios de la facultad Trabajo Social-Universidad Nacional del Centro del Perú. *PH Pro Hominum-Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 4(1), 109-131. doi:<https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0096>
- Roselli, D. (2020). Epidemiología de las pandemias. *Medicina*, 42(2), 167-174.  
<https://press.ispor.org/LatinAmerica/wp-content/uploads/2020/07/Pandemias.pdf>
- Saientz, D. (2013). Las experiencias de los estudiantes universitarios becados en la provincia de Tucumán. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias*

*Sociales-Universidad Nacional de Jujuy*(43), 141-162.  
<https://www.redalyc.org/pdf/185/18532163009.pdf>

- Sánchez, H., Yarlequé, L., Javier, L., Nuñez, E., Arenas, C., Matalinares, M., Fernandez, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*, 21(2), 346-353. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000200346&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000200346&script=sci_arttext)
- Sarai, A., & Quispe, C. (2021). Esquema de manejo de COVID-19 en adultos. *Horizonte médico*, 21(1), 1-9.  
 doi:<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.11>
- Saravia, M., & Cazorla, P. C. (2020). Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de COVID-19. *Rev. Fac. Med. Hum. URP*, 20(4), 1-6.  
<http://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1233&context=rfmh>
- Sedano, F., Rojas, C., & Vela, J. (2020). COVID-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*, 20(3), 494-501.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-494.pdf>
- Serrano, C., Rojas, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.  
<https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetivade*, 3(1), 10-59.  
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Silva, Cristiane, Rosa, C., & Iracema, D. L. (2021). Social Distancing: Prevalence of Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms Among Brazilian Students During the COVID-19 Pandemic [Prevalencia de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés entre estudiantes brasileños durante la pandemia de COVID-19. *Public Mental Health*, 8, 1-5. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589966>
- Silva, M. (2011). El primer año universitario. Un tramo crítico para el éxito académico. *Perfiles Educativos*, 23, 102-114.  
<http://www.iisue.unam.mx/perfiles/articulo/2011-e-el-primer-ano-universitario-un-tramo-critico-para-el-exito-academico.pdf>
- Skrlec, I., Talapko, J., Pustijanac, E., & Mestrovic, T. (2021). Depression, Anxiety, Stress and Physical Activity in Health Related University Students during COVID 19 [Depresión, ansiedad, estrés y actividad física en estudiantes universitarios relacionados con la Salud durante el COVID-19]. *Healthcare*, 9(7), 1-15. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/7/801>
- Statista. (16 de Diciembre de 2022). *Statista*. Recuperado el 2022, de Statista: <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>

- Taboada, A., Ezpeleta, L. D., & Nuria. (1998). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: Una revisión. *16*(1 y 2), 47-72. [https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132327/apupsi\\_a1998v16n1\\_2p47.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132327/apupsi_a1998v16n1_2p47.pdf)
- Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales de la investigación. *Semestre Económico*, *4*(7), 1-14. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1542>
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. México D.F.: Limusa Noriega Editores. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El\\_proceso\\_\\_de\\_la\\_investigaci\\_n\\_cient\\_fica\\_Mario\\_Tamayo.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso__de_la_investigaci_n_cient_fica_Mario_Tamayo.pdf)
- Téllez, J., López, J., Boix, C., Villena, A., Párraga, I., & Morena, S. (2007). Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Revista Clínica del Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad*, *2*(2), 76-83. <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169618261007.pdf>
- Tortella, M. (2014). Los Trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de psicología*, *62*(110), 62-69. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Universidad Mayor de San Andrés. (2022). *Información importante del Departamento de Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional*. <https://drici.umsa.bo/faq#:~:text=Beca%3A,o%20realizar%20una%20obra%20art%C3%ADstica>.
- Uriarte, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *3*(1), 145-160. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832310013.pdf>
- Valero, J., Vélez, M., Durán, Á., & Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, *5*(4), 63-70. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913/858>
- Vásquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, *17*(3), 1-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, *8*(3), 417-449. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez\\_8-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf)
- Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A., & Leo, G. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, *10*(15), 523-528. <https://core.ac.uk/reader/236413540>
- Villanueva, L., & Ugarte, A. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Av. psicol.*, *25*(2), 153-169. [https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017\\_2/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD.pdf](https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017_2/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD.pdf)
- Wang, C., Horby, P., Hayden, F., & Gao, G. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern [Un nuevo brote de coronavirus que preocupa a la salud mundial]. *The Lancet*, *35*(10223). doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9

Zapata, L. (2003). Stress. Evolución, fisiología y enfermedad. *Psicología desde El Caribe*(11), 24-44. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301103.pdf>

Zuñiga, A. (2021). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *Espíritu Emprendedor TES*, 5(3), 45-61. <http://espirituemprendedores.com/index.php/revista/article/view/263/330>

# ANEXOS

## Anexo 1. Acta de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Humanidades

Huancayo, 03 de julio del 2021

OFICIO N° 053-2021-CE-FH-UC

Señor:

OMAR ALEX CASTILLO HUAMÁN

Presente-

EXP. 053-2021

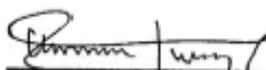
Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: "DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEBIDO AL ESTADO DE EMERGENCIA POR EL COVID-19"

Ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,

  
 **Eliana Mery Araníez**  
Comité de Ética en Investigación  
Facultad de Derecho  
Presidenta  
Universidad Continental

## Anexo 2. Acta de aprobación de cambio de título del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Humanidades

Huancayo, 04 de julio del 2022

OFICIO N° 053-2022-CE-FH-UC

Señor:

OMAR ALEX CASTILLO HUAMÁN

Presente-

EXP. 053-2021

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: "Depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del covid-19 - 2021" Ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,



**Claudia Rios Cataño**  
Comité de Ética en Investigación  
Facultad de Derecho  
Presidenta  
Universidad Continental

**Anexo 3. Consentimiento informado para Participar en Estudio de Investigación**

**Título del estudio:** “DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN BECARIOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19-2021”

**Investigador:** OMAR ALEX CASTILLO HUAMAN

**Institución:** Universidad Continental

**Declaración del investigador**

Se le invita a participar en un estudio que busca determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión debido a las restricciones por el nuevo coronavirus. Este es un estudio desarrollado para poder obtener mi grado de licenciado y solo es con fines académicos.

A un año y nueve meses de las medidas restrictivas implementadas por el gobierno del expresidente Martín Vizcarra, es fundamental identificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, ya que muchas de las restricciones inciden en diversas actividades de su vida cotidiana, como, por ejemplo, el no poder acudir a clases presenciales, las restricciones para la realización de actividades grupales, las restricciones a la libertad de libre tránsito, entre otras.

La información que le estoy proporcionando le permitirá decidir de manera informada si desea participar o no.

**Procedimientos**

Si usted decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se aplicará la Escala DASS-21, que tiene como objetivo medir los niveles de estrés, ansiedad y depresión experimentados durante la última semana y una ficha sociodemográfica.
2. Debido al contexto actual, dicho cuestionario se aplicará a través de un formulario en Google Forms.

**Riesgos**

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

**Beneficios**

Se informará de manera confidencial los resultados que se obtengan de la investigación a la facultad a la cual usted pertenece y así poder tomar decisiones respecto a si es necesario la aplicación de talleres que tengan como objetivo instruir técnicas para poder disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión y así afrontar de mejor forma el tiempo que reste hasta que la situación por la pandemia mejore en el país.

**Costos y compensación**

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad**

Se le garantiza que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona tendrá acceso, excepto el investigador, que manejará la información obtenida para la calificación de los cuestionarios y su posterior interpretación.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuáles se responderá gustosamente. Si después de haber decidido participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

**Derechos del participante**

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor llame a OMAR ALEX CASTILLO HUAMAN, al celular 977329819.

**Declaración y/o consentimiento**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades que realizaré si decido participar en el estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos:

---

---

Firma del participante

**Anexo 4. Autorización del director de la institución donde se recolectó los datos****Oscar Jacinto Navarro Ramos**

sáb, 29 may 8:25

para Jorge, Jesús, mí ▾

Estimado Omar,

Queda autorizado su solicitud de investigación conforme a la carta adjunta que me hizo llegar

Cordialmente



--

**Oscar Navarro Ramos**

Director de Becas - Huancayo

Universidad Continental

964646413 | RPM: #291049

064-481430 Anexo: 7890

**Anexo 5. Carta de presentación dirigida al director de la institución donde se recolectó los datos por parte del director de la EAP de Psicología de la UC**



Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Huancayo, 27 de mayo de 2021

**Ing. Oscar Navarro**  
**Director de Becas**  
**Universidad Continental**

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo cordial, y a la vez presentar al Bachillero perteneciente a la carrera profesional de Psicología de la Universidad Continental:

**1. CASTILLO HUAMÁN, OMAR ALEX**

La presente es para solicitar a su despacho la autorización para poder realizar el siguiente trabajo de investigación según detalle:

Nombre del proyecto de tesis: **"Depresión, Ansiedad y Estrés en estudiantes universitarios debido al estado de emergencia por el COVID-19"**

Instrumentos a aplicar: **Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)**

Población donde se aplicará el instrumento: **Estudiantes de BECA 18**

Finalmente, comunicar que los estudiantes se comprometen a cumplir con las buenas prácticas de investigación y de ética.

Agradecido por la atención a la presente para su aprobación.

Atte.

**Director de la EAP de Psicología de la Universidad Continental**  
**Ma. Jorge Salcedo Chuquimantari**

Cc.

- Estudiantes
- Archivo
- Instituto Continental
- Decanatura

## Anexo 6. Instrumento de recolección de datos

### Protocolo de la Escala DASS-21

*Protocolo de las Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Versión peruana traducida y adaptada para estudiantes universitarios por R. Polo, Chimbote, 2017.*

#### DASS-21

La escala de calificación es la siguiente:

0	No me aplicó, NUNCA
1	Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo, A VECES
2	Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo, CON FRECUENCIA
3	Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo, CASI SIEMPRE

N.º	ÍTEM	N	AV	CF	CS
1	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15	Sentí que estaba a punto del pánico	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar con nada	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

## Anexo 7. Matriz de Consistencia

Título preliminar: "DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN BECARIOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 - 2021"			
Problema (preguntas de investigación)		Objetivos de la investigación	
<p>Problema general: ¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>a) ¿Cuáles son los niveles de depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?</p> <p>b) ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?</p> <p>c) ¿Cuáles son los niveles de estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?</p> <p>d) ¿Existen diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021?</p>		<p>Objetivo general: Describir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Detallar los niveles de depresión en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.</p> <p>b) Identificar los niveles de ansiedad en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.</p> <p>c) Indicar los niveles de estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.</p> <p>d) Establecer si existe diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y los niveles de depresión, ansiedad y estrés en becarios de una universidad privada de Huancayo en el contexto del COVID-19 - 2021.</p>	
Diseño metodológico			
Muestra	Técnica o tipo de muestro	Técnicas de recolección de datos	Instrumentos de recolección de datos
Becarios de la Universidad Continental	Muestreo por conveniencia, debido a la facilidad de acceso por parte del investigador.	Encuesta a través de formulario de Google Forms	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)
Hipótesis y Variables		Dimensiones/Indicadores	
Al ser descriptiva, la presente investigación no requiere de hipótesis. Como menciona Hernández et al. (2014), a nivel descriptivo solo se plantean hipótesis si es que la investigación busca predecir algún fenómeno o hecho.		<p>a) Depresión (Sentir que nada es positivo, dificultad para motivarse, no tener algún motivo para vivir, sentirse triste y deprimido, incapaz de entusiasmarse, sentirse poco valioso como persona, sentir que la vida no tiene sentido). b) Ansiedad (Sequedad en la boca, dificultad para respirar, temblor de las extremidades superiores, preocupación por sentir pánico, proximidad de ataque de pánico, sentir latidos sin hacer esfuerzo, sentir miedo sin saber la causa). c) Estrés (Dificultad para calmarse, descontrol en</p>	

	situaciones, nerviosismo, sensación de intranquilidad, dificultad para relajarse, intolerancia a aceptar interrupciones, irritabilidad.
Bibliografía de sustento de la justificación y delimitación del problema (en formato APA)	Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico (en formato APA)
<p>Apaza, C., Seminario, R., &amp; Santa Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el COVID-19-Perú. <i>Revista Venezolana de Gerencia</i>, 25(90), 1-10. Recuperado el 28 de enero de 2021, de <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022</a></p> <p>Gonzales, J. (2020). Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado al confinamiento social. Universidad Católica de Santa María. Recuperado el 5 de noviembre de 2020, de <a href="http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10219">http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10219</a></p> <p>Lorenzo, A., Díaz, K., &amp; Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. <i>Ciencias Sociales y humanísticas</i>, 10(2), 1-8. Recuperado el 28 de abril de 2021, de <a href="http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/839/856">http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/839/856</a></p> <p>Melgarejo, V. (25 de enero de 2021). Gestión.pe. Recuperado el 27 de enero de 2021, de Gestión.pe: <a href="https://gestion.pe/peru/ya-hay-mas-de-5600-los-fallecidos-en-enero-por-COVID-19-segun-el-cdc-noticia/">https://gestion.pe/peru/ya-hay-mas-de-5600-los-fallecidos-en-enero-por-COVID-19-segun-el-cdc-noticia/</a></p> <p>MINSA. (27 de enero de 2021). Sala Situacional COVID-19 Perú. <a href="https://COVID19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp">https://COVID19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp</a></p>	<p>Agudelo, G., Aginaren, M., &amp; Ruiz, J. (2010). Experimental y no experimental. La sociología en sus escenarios. <i>CEO</i> (18), 1-46. Recuperado el 8 de marzo de 2021, de <a href="https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/articloe/view/6545/5996">https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/articloe/view/6545/5996</a></p> <p>Cabezas, E., Andrade, D., &amp; Torres, J. (2018). Introducción a la metodología de la investigación científica. Sangolquí: ESPE. Recuperado el 8 de marzo de 2021, de <a href="http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf">http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf</a></p> <p>Cauas, D. (2015). Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. Bogotá: Biblioteca Electrónica de la Universidad Nacional de Colombia.</p> <p>Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales de la investigación. <i>Semestre Económico</i>, 4(7), 1-14. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <a href="https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1542">https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1542</a></p> <p>Vargas, Z. (2009). La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. <i>Revista Educación</i>, 33(1), 155-165. Recuperado el 8 de marzo de 2021, de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf</a></p> <p>Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A., &amp; Leo, G. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. <i>European Scientific Journal</i>, 10(15), 523-528. Recuperado el 4 de marzo de 2021, de <a href="https://core.ac.uk/reader/236413540">https://core.ac.uk/reader/236413540</a></p>

### Anexo 8. Ficha de validación por criterio de jueces-Lic. Luisa María Martínez

#### III. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

**Instrucciones:** A partir del constructo y dimensiones, califique cada uno de los ítems en la parte de “SÍ” y “NO”, si Usted considera que es pertinente o no, según corresponda. Además, de ser necesario, añada sus recomendaciones y el modo en el que considera debería ser redactado el ítem. Se agradece su gentil colaboración.

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	N°	ÍTEM	SÍ	NO	RECOMENDACIONES
<b>Depresión</b> “Es un estado caracterizado por una pérdida de autoestima y de incentivo, y asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Falta de interés/envolvimiento	3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	✓		
	Inercia	5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	✓		
	Falta de placer por la vida	10	Sentí que no tenía nada por qué vivir	✓		
	Perturbación provocada por ansiedad	13	Me sentí triste y deprimido	✓		
	Desánimo	16	No me pude entusiasmar con nada	✓		
	Falta de aprecio por sí mismo	17	Sentí que valía muy poco como persona	✓		
	Desvalorización de la vida	21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	✓		
<b>Ansiedad</b> Los autores refieren que es probable que la ansiedad se manifieste en situaciones en las que “el individuo enfrenta exigencias, que pueden ser autoimpuestas, que prueban y son de significado crítico para su autoestima, cuando percibe que la probabilidad de fracaso es alta y cuando tienen un umbral bajo	Excitación del sistema nervioso autónomo	2	Me di cuenta que tenía la boca seca	✓		
		4	Se me hizo difícil respirar	✓		
		19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico			SENTÍ LOS LATIDOS DE MI CORAZÓN ACCELERADOS A PESAR DE NO HABER HECHO NINGÚN ESFUERZO FÍSICO
	Efectos músculo-esqueléticos	7	Sentí que mis manos temblaban	✓		
	Ansiedad situacional	9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	✓		

de activación de la respuesta de miedo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Experiencias subjetivas de ansiedad	15	Sentí que estaba al punto de pánico	/		
		20	Tuve miedo sin razón	/		
<b>Estrés</b> Para los autores es “un estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Dificultad para relajarse	1	Me costó mucho relajarme	/		
	Reacción exagerada	6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	/		
	Excitación nerviosa	8	Sentí que tenía muchos nervios	/		
	Fácil agitación	11	Noté que me agitaba	/		
	Fácil perturbación	12	Se me hizo difícil relajarme			ES LO MISMO QUE EL SENTIR A SUERGENCIA. ME SIENTO TENIR LA MATEIA DEL TIEMPO
	Impaciencia	14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	/		
	Irritabilidad	18	Sentí que estaba muy irritable	/		

**IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO**

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de la investigación.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	✓		SUGIERO QUE LAS PREGUNTAS SE DEN EN TIEMPO PRESENTE A MENOS QUE SE APlique SUPLENDO LA FAMILIA
4	La secuencia presentada facilita el desarrollo.	✓		
5	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
6	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

**OPINIÓN DE APLICACIÓN**

Aplicable ( )

Aplicable después de corregir (✓)

No aplicable ( )

Huancayo, 15 de octubre de 2021

  
 Lc. Lyza L. María Martínez  
 C.P. 19125  
 POLICLINICO METROPOLITANO HUANCAYO  
 HUCE-Sa

Firma y sello del juez / experto

### Anexo 9. Ficha de validación por criterio de jueces-juez 2-Dra. Leda Javier Alva

#### III. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

**Instrucciones:** A partir del constructo y dimensiones, califique cada uno de los ítems en la parte de “SÍ” y “NO”, si Usted considera que es pertinente o no, según corresponda. Además, de ser necesario, añada sus recomendaciones y el modo en el que considera debería ser redactado el ítem. Se agradece su gentil colaboración.

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	N°	ÍTEM	SÍ	NO	RECOMENDACIONES
<b>Depresión</b> “Es un estado caracterizado por una pérdida de autoestima y de incentivo, y asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Falta de interés/envolvimiento	3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	✓		
	Inercia	5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	✓		
	Falta de placer por la vida	10	Sentí que no tenía nada por qué vivir	✓		
	Perturbación provocada por ansiedad	13	Me sentí triste y deprimido	✓		
	Desánimo	16	No me pude entusiasmar con nada	✓		
	Falta de aprecio por sí mismo	17	Sentí que valía muy poco como persona	✓		
	Desvalorización de la vida	21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	✓		
<b>Ansiedad</b> Los autores refieren que es probable que la ansiedad se manifieste en situaciones en las que “el individuo enfrenta exigencias, que pueden ser autoimpuestas, que prueban y son de significado crítico para su autoestima, cuando percibe que la probabilidad de fracaso es alta y cuando tienen un umbral bajo	Excitación del sistema nervioso autónomo	2	Me di cuenta que tenía la boca seca	✓		
		4	Se me hizo difícil respirar	✓		
		19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	✓		
	Efectos músculo-esqueléticos	7	Sentí que mis manos temblaban	✓		
	Ansiedad situacional	9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	✓		

de activación de la respuesta de miedo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Experiencias subjetivas de ansiedad	15	Sentí que estaba al punto de pánico	✓		
		20	Tuve miedo sin razón	✓		
<b>Estrés</b> Para los autores es “un estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Dificultad para relajarse	1	Me costó mucho relajarme	✓		
	Reacción exagerada	6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	✓		
	Excitación nerviosa	8	Sentí que tenía muchos nervios	✓		
	Fácil agitación	11	Noté que me agitaba	✓		
	Fácil perturbación	12	Se me hizo difícil relajarme	✓		MODIFICAR ETH. ES PARECIDO AL N°1
	Impaciencia	14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	✓		
	Irritabilidad	18	Sentí que estaba muy irritable	✓		

**IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO**

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de la investigación.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4	La secuencia presentada facilita el desarrollo.	✓		
5	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
6	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

**OPINIÓN DE APLICACIÓN**

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir ( )

No aplicable ( )

Huancayo, 17 de octubre de 2021

  
 Dra. Leda Javier Alva  
 PSICÓLOGA  
 5004538  
 50092823

Firma y sello del juez / experto

### Anexo 10. Ficha de validación por criterio de jueces-juez 3-Dr. Luis Yarlequé Javier

#### III. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

**Instrucciones:** A partir del constructo y dimensiones, califique cada uno de los ítems en la parte de "SI" y "NO", si Usted considera que es pertinente o no, según corresponda. Además, de ser necesario, añada sus recomendaciones y el modo en el que considera debería ser redactado el ítem. Se agradece su gentil colaboración.

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	N°	ÍTEM	SÍ	NO	RECOMENDACIONES
<b>Depresión</b> "Es un estado caracterizado por una pérdida de autoestima y de incentivo, y asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo" Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Falta de interés/envolvimiento	3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	X		Colocar las opciones más breves (Nunca, a veces, con frecuencia, casi siempre).
	Inercia	5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	X		
	Falta de placer por la vida	10	Sentí que no tenía nada por qué vivir	X		
	Perturbación provocada por ansiedad	13	Me sentí triste y deprimido	X		
	Desánimo	16	No me pude entusiasmar con nada	X		
	Falta de aprecio por sí mismo	17	Sentí que valía muy poco como persona	X		
	Desvalorización de la vida	21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	X		
<b>Ansiedad</b> Los autores refieren que es probable que la ansiedad se manifieste en situaciones en las que "el individuo enfrenta exigencias, que pueden ser autoimpuestas, que prueban y son de significado crítico para su	Excitación del sistema nervioso autónomo	2	Me di cuenta que tenía la boca seca	X		
		4	Se me hizo difícil respirar	X		
		19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	X		
	Efectos músculo-esqueléticos	7	Sentí que mis manos temblaban	X		

autoestima, cuando percibe que la probabilidad de fracaso es alta y cuando tienen un umbral bajo de activación de la respuesta de miedo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Ansiedad situacional	9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	X		
	Experiencias subjetivas de ansiedad	15	Sentí que estaba al punto de pánico	X		
		20	Tuve miedo sin razón	X		
<b>Estrés</b> Para los autores es “un estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Dificultad para relajarse	1	Me costó mucho relajarme	X		
	Reacción exagerada	6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	X		
	Excitación nerviosa	8	Sentí que tenía muchos nervios	X		
	Fácil agitación	11	Noté que me agitaba	X		
	Fácil perturbación	12	Se me hizo difícil relajarme	X		
	Impaciencia	14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo		X	Modificar ítem: No toleré nada y no pude continuar con lo que estaba haciendo / No tuve tolerancia y no pude continuar con lo que estaba haciendo.
	Irritabilidad	18	Sentí que estaba muy irritable	X		

**IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO**

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de la investigación.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		Cambio de alternativas/opciones
4	La secuencia presentada facilita el desarrollo.	X		
5	Los ítems son claros y entendibles.	X		Modificar el ítem N°14
6	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**OPINIÓN DE APLICACIÓN**

Aplicable ( )

Aplicable después de corregir (x)

No aplicable ( )

Huancayo, 17 de octubre de 2021

  
Firma y sello del juez / experto

COG. 2383  
DNI: 07662442

### Anexo 11. Ficha de validación por criterio de jueces-juez 4-Lic. Enma Quispe Yabar

#### III. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

**Instrucciones:** A partir del constructo y dimensiones, califique cada uno de los ítems en la parte de “SÍ” y “NO”, si Usted considera que es pertinente o no, según corresponda. Además, de ser necesario, añada sus recomendaciones y el modo en el que considera debería ser redactado el ítem. Se agradece su gentil colaboración.

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	N°	ÍTEM	SÍ	NO	RECOMENDACIONES
<b>Depresión</b> “Es un estado caracterizado por una pérdida de autoestima y de incentivo, y asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Falta de interés/envolvimiento	3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	x		Podría ir me era difícil tener sentimientos positivos
	Inercia	5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	x		
	Falta de placer por la vida	10	Sentí que no tenía nada por qué vivir	x		
	Perturbación provocada por ansiedad	13	Me sentí triste y deprimido	x		
	Desánimo	16	No me pude entusiasmar con nada	x		Me era difícil entusiasmarme
	Falta de aprecio por sí mismo	17	Sentí que valía muy poco como persona	x		
	Desvalorización de la vida	21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	x		
<b>Ansiedad</b> Los autores refieren que es probable que la ansiedad se manifieste en situaciones en las que “el individuo enfrenta exigencias, que pueden ser autoimpuestas, que prueban y son de significado crítico para su	Excitación del sistema nervioso autónomo	2	Me di cuenta que tenía la boca seca	x		
		4	Se me hizo difícil respirar	x		
		19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	x		
	Efectos músculo-esqueléticos	7	Sentí que mis manos temblaban	x		

autoestima, cuando percibe que la probabilidad de fracaso es alta y cuando tienen un umbral bajo de activación de la respuesta de miedo” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Ansiedad situacional	9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	x		
	Experiencias subjetivas de ansiedad	15	Sentí que estaba al punto de pánico	x		
		20	Tuve miedo sin razón	x		
<b>Estrés</b> Para los autores es “un estado persistente de sobre activación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración” Lovibond & Lovibond (1995, como se citó en Román et al., 2014).	Dificultad para relajarse	1	Me costó mucho relajarme	x		
	Reacción exagerada	6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	x		
	Excitación nerviosa	8	Sentí que tenía muchos nervios	x		
	Fácil agitación	11	Noté que me agitaba	x		
	Fácil perturbación	12	Se me hizo difícil relajarme	x		
	Impaciencia	14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	x		
	Irritabilidad	18	Sentí que estaba muy irritable	x		

**IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO**

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	x		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de la investigación.	x		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	x		
4	La secuencia presentada facilita el desarrollo.	x		
5	Los ítems son claros y entendibles.	x		
6	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	x		

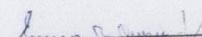
**OPINIÓN DE APLICACIÓN**

Aplicable ( )

Aplicable después de corregir ( x )

No aplicable ( )

Huancayo, 17 de octubre de 2021



Ps. Ennio R. Quispe Yabar  
Coordinadora de Orientación Vocacional  
Universidad Continental

Firma y sello de juez/experto





