

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.P. de Psicología



TESIS

**Ansiedad y Depresión en estudiantes de
la Universidad Peruana Unión
Filial Tarapoto, 2015.**

Presentado como requisito parcial para optar el título profesional de Psicólogo

Autores:

**Jhenny Marlith Becerra Cueva
Rosmery Pachamora Pinedo**

Asesor:

Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban

Tarapoto, noviembre de 2015

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestro Padre Celestial, a nuestros padres, a nuestros docentes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto y esperamos que éste sea un material de apoyo en el desarrollo profesional de muchos estudiantes.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primero lugar a Dios por permitir que nuestro sueño se haga realidad, por darnos todo lo necesario para culminar satisfactoriamente con este estudio. A nuestros padres y familiares por su apoyo moral y económico, los cuales facilitaron el cumplimiento de este propósito. Así mismo, agradecer a nuestros profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud, E.P. de Psicología, ya que sus aportes y motivación nos conllevaron a alcanzar esta meta; de una manera en especial al Mg. Renzo Felipe Carranza Esteban quien, con su asesoría, pudimos hacer de este proyecto una realidad. Gracias a todos nuestros amigos que estuvieron apoyándonos con sus buenos deseos y oraciones.

INTRODUCCIÓN

El bienestar mental es un componente fundamental para todo ser humano, permite que las personas sean auténticas y den lo mejor de sí en cada actividad que realizan. La Organización Mundial de la Salud (2013), menciona que la adecuada salud mental da posibilidad para que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajando de forma productiva y dando aportaciones a la comunidad.

En años recientes, el índice de enfermedades ha ido incrementándose cada vez más, ya que vivimos en un mundo globalizado, agitado y complejo, que día a día da origen a diversas enfermedades que afectan la salud mental tales como el estrés, la ansiedad, depresión, entre otras y que presentan un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, las familias y la sociedad; se calcula que un 20% de la población padecerá de algún trastorno afectivo que precisará de un tratamiento médico en algún momento de la vida (Aguirre, López y Flores, 2011).

Así mismo, se estima que a nivel mundial hay un 20,5% de personas que presentan ansiedad. La ansiedad es la sensación anticipada frente a cosas específicas que no llegan a acontecer; puede ser tener la sensación de no poder respirar, el no poder entrar a un ascensor por temor a que suceda algo, miedo a estar solo, intranquilidad frente a diversas personas, temor a hacer algo que dañe a alguien o a uno mismo (incluso viendo imágenes mentalmente muy claras de lo que podría suceder); y se acompaña de sensación de impotencia, sin saber qué hacer y cómo explicar a los demás lo que nos sucede (Burillo, 2014).

Por otro lado, la depresión pertenece a uno de los cuadros clínicos considerados como el más grave e importante a nivel mundial. Afecta hasta a un 20% de la

población, dañando al pensamiento, los sentimientos, el cuerpo y las relaciones sociales; en conclusión, perjudican la vida entera (Keck, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que la depresión a nivel mundial va en aumento, y que en la actualidad ocupa el cuarto lugar en la prevalencia de todas las enfermedades y, de acuerdo con las proyecciones, para el año dos mil veinte será la segunda enfermedad en el mundo, sólo será superada por las enfermedades cardiovasculares; asimismo, menciona que la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Se calcula que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres en el mundo, tendrán un episodio de depresión en cualquier año. Es por tal motivo que, la depresión se ha convertido en una enfermedad muy frecuente, debido a que existen grandes dificultades para contrarrestarla ya que no siempre se diagnostica adecuadamente.

Confirmando lo antes mencionado, Méndez, Muños y Sevilla, 2006; (citado por Borrego et al., 2009) refieren que el promedio de pacientes con enfermedades mentales en asistencia primaria en los países occidentales es elevado, entre el 10 y el 20%; el Perú no es ajeno a esta realidad, ya que el 80% de diagnósticos psicológicos en asistencia primaria están enmarcados por ansiedad y depresión.

Por otro lado, se puede mencionar que la causa de estos trastornos incluye una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales (Philip, 1997; citado por Aguirre, López y Flores, 2011). Considerando a su vez que, en la adolescencia se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal del adulto. Sin embargo, la carga de los trastornos emocionales en la adolescencia es sentida principalmente por las familias y los amigos de los afectados, y en menor intensidad por los mismos adolescentes (Zamora, 2000; citado por Acosta, Rodríguez y Lotero, 2008). Dicha es la razón por la que se puede inferir que los

jóvenes universitarios están predispuestos a padecer algún tipo de depresión, porque se encuentran inmersos en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, ya que frecuentemente están expuestos a constantes cargas de estrés generadas por las exigencias académicas, enseñanzas y estilos de aprendizaje de una forma más independiente que demandan mucho esfuerzo para adaptarse y continuar con el nuevo estilo de vida (Chichón y Sánchez, 2014). A dichas exigencias se involucra el resolver las preocupaciones financieras, de vivienda, transporte y los retos que surgen en este nuevo estilo, generando depresión en esta población (Pizá, 2010).

Por lo expuesto, se pone en manifiesto que la depresión y la ansiedad no hacen discriminación de edad, raza, color, nivel socioeconómico, religión, entre otros; y predisponen a los jóvenes y señoritas universitarias a adquirir alteraciones emocionales debido a los cambios y las exigencias académicas, económicas y socio-familiares a la que se ven expuestos durante el transcurso de su formación profesional. En tal sentido, conocer este fenómeno en la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, es de suma importancia, ya que aquí acuden jóvenes peruanos y extranjeros de diversas condiciones; deseosos de alcanzar con éxito una carrera profesional como parte de su proyecto de vida y de no tener un adecuado bienestar psicológico truncarán su cometido (Bartra y Guerra, 2013).

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I.....	10
EL PROBLEMA.....	10
1.1. Planteamiento del problema.	10
1.2. Formulación del Problema.....	14
1.3. Justificación.	15
1.4. Objetivo.....	16
1.4.1. Objetivo general.....	16
1.4.2. Objetivo específicos.....	16
1.5. Antecedentes de la investigación.....	16
1.6. Variables y operacionalización de las variables.....	24
1.6.1. Variables.....	24
a. Variable predictora.....	24
b. Variable criterio.....	25
1.6.2. Operacionalización de variables.....	25
1.7. Hipótesis.....	28
1.7.1. Hipótesis General.....	28
1.7.2. Hipótesis específicas.....	28
CAPITULO II.....	29
MARCO TEÓRICO	29
2.1. Marco filosófico cristiano	29
2.2. Marco teórico del estudio	34
2.2.1. Teorías psicológicas de la ansiedad.....	34
2.2.1.1. Enfoque médico.....	35
2.2.1.2. Enfoque psicodinámico.....	37
2.2.1.3. Enfoque existencialista.....	38
2.2.1.4. Modelo teórico de la ansiedad de Sandín y Chorot.....	39
2.2.1.5. Línea Psicométrica – Factorial.....	40
2.2.1.6. Línea Cognitivo – Conductual.....	41
2.2.1.7. Modelo tridimensional de la ansiedad.....	42
2.2.1.8. Modelo cognitivo de Aaron Beck.....	43
2.2.2. Teorías psicológicas de la depresión.....	44
2.2.2.1. Enfoque médico.....	44

A.	Episodios depresivos.....	45
2.2.2.2.	Modelo neuro – biológico.....	48
2.2.2.3.	Modelo cognitivo.....	49
A.	La triada cognitiva.....	49
B.	Estructura o esquema del pensamiento depresivo	49
C.	Errores en el proceso de la información.....	50
2.2.2.4.	Modelo Psicodinámico.....	53
2.2.2.5.	Modelo teórico de la depresión de Spielberger	54
2.2.2.6.	Modelo teórico de la depresión de Goldberg.....	55
2.2.3.	Ansiedad como antesala de la depresión.....	55
2.3.	Etimología	56
2.3.1.	Ansiedad.....	56
2.3.2.	Depresión	56
2.4.	Definición conceptual de términos.....	56
2.4.1.	Ansiedad.....	57
2.4.2.	Depresión	58
2.5.	Hipótesis de especificación de contenido.....	59
2.6.	Nuestra definición.....	60
2.6.1.	Ansiedad.....	60
2.6.2.	Depresión	60
CAPÍTULO III.....		61
DISEÑO METODOLÓGICO		61
3.1.	Método y diseño de investigación.....	61
3.2.	Población y muestra.....	61
3.2.1.	Definición de la población	61
3.2.2.	Muestra de estudio	61
3.3.	Instrumentos de recolección de datos.....	63
3.3.1.	Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP.....	63
3.4.	Proceso de recolección de datos.....	64
3.5.	Técnicas de procedimiento de análisis de datos	65
CAPÍTULO IV		66
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....		66
4.1.	Validez del inventario de ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP.....	66
4.1.1.	Validez del constructo mediante la técnica de análisis de subtest – test	66
4.1.2.	Análisis de confiabilidad	67

4.1.3.	Validez del inventario de depresión de Beck.....	67
4.1.4.	Análisis de confiabilidad	68
4.2.	Análisis descriptivo de las variables	68
4.2.1.	Nivel de ansiedad	68
4.2.2.	Nivel de ansiedad rasgo	69
4.2.3.	Nivel de ansiedad estado	70
4.2.4.	Nivel de depresión	70
4.3.	Análisis de correlación	78
4.3.1.	Correlación entre ansiedad y depresión	78
4.3.2.	Correlación entre las dimensiones de ansiedad y depresión	79
DISCUSIÓN.....		80
CONCLUSIONES.....		87
RECOMENDACIONES		87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA		90
ANEXOS.....		102
	INVENTARIO DE ANSIEDAD PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS "GAP"	102
	“INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – BDI”	104
	VALIDES DE CONTENIDO DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD PARA ESTUDIANTES	
	UNIVERSITARIOS MEDIANTE EL CRITERIO DE JUECES.....	107

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

El bienestar mental es un componente fundamental para todo ser humano, permite que las personas sean auténticas y den lo mejor de sí en cada actividad que realizan. La Organización Mundial de la Salud (2013), menciona que la adecuada salud mental da posibilidad para que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajando de forma productiva y dando aportaciones a la comunidad.

En años recientes, el índice de enfermedades ha ido incrementándose cada vez más, ya que vivimos en un mundo globalizado, agitado y complejo, que día a día da origen a diversas enfermedades que afectan la salud mental tales como el estrés, la ansiedad, depresión, entre otras y que presentan un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, las familias y la sociedad; se calcula que un 20% de la población padecerá de algún trastorno afectivo que precisará de un tratamiento médico en algún momento de la vida (Aguirre, López y Flores, 2011).

Así mismo, se estima que a nivel mundial hay un 20,5% de personas que presentan ansiedad. La ansiedad es la sensación anticipada frente a cosas específicas que no llegan a acontecer; puede ser tener la sensación de no poder respirar, el no poder entrar a un ascensor por temor a que suceda algo, miedo a estar solo, intranquilidad frente a diversas personas, temor a hacer

algo que dañe a alguien o a uno mismo (incluso viendo imágenes mentalmente muy claras de lo que podría suceder); y se acompaña de sensación de impotencia, sin saber qué hacer y cómo explicar a los demás lo que nos sucede (Burillo, 2014).

Por otro lado, la depresión pertenece a uno de los cuadros clínicos considerados como el más grave e importante a nivel mundial. Afecta hasta a un 20% de la población, dañando al pensamiento, los sentimientos, el cuerpo y las relaciones sociales; en conclusión, perjudican la vida entera (Keck, 2010).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que tiene como características principales la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o apetito, sensación de cansancio o falta de concentración; este trastorno puede hacerse crónico o recurrente, afectando sensiblemente el óptimo desempeño en el trabajo o la escuela y en la capacidad para hacer frente a las actividades de la vida diaria y, si no se toman alguna intervención frente a estos síntomas, el resultado final puede ser la muerte. Por lo tanto, la depresión, puede convertirse en un serio problema de salud, mucho más cuando es de larga duración o intensidad moderada o grave, si es de carácter moderado o grave se pueden intervenir mediante psicoterapia profesional o medicamentos y en el caso de ser leve, puede ser tratada sin medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (2012) refiere que la depresión a nivel mundial va en aumento, y que en la actualidad ocupa el cuarto lugar en la prevalencia de todas las enfermedades y, de acuerdo con las proyecciones, para el año dos mil veinte será la segunda enfermedad en el mundo, sólo será superada por las enfermedades cardiovasculares; asimismo, menciona que la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Se calcula que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres en el mundo, tendrán un episodio de depresión en cualquier año. Es por tal motivo que, la depresión se ha convertido en una enfermedad muy frecuente, debido a que existen grandes dificultades para contrarrestarla ya que no siempre se diagnostica adecuadamente.

Confirmando lo antes mencionado, Méndez, Muños y Sevilla, 2006; (citado por Borrego et al., 2009) refieren que el promedio de pacientes con enfermedades mentales en asistencia primaria en los países occidentales es elevado, entre el 10 y el 20%; el Perú no es ajeno a esta realidad, ya que el 80% de diagnósticos psicológicos en asistencia primaria están enmarcados por ansiedad y depresión.

Así también, Carranza (2012); en su investigación sobre la depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana encontró que el 23.2% presentan depresión severa, y un 24.1% depresión moderada, siendo el sexo femenino la población más vulnerable. Datos muy significativos y alarmantes, muestra también la investigación de Riveros, Hernández y Rivera (2007), realizada sólo con

estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, en la cual se encontró una prevalencia del 49,8% para depresión y un 58,1% para ansiedad. De la misma manera están los datos sobre la población universitaria en Trujillo, ya que el 39.14% presenta ansiedad moderada, 18.77% ansiedad significativa, el 51.21% presenta depresión moderada y el 15.28% depresión severa (Borrego, Cruz, Gonzales, Pando, Quevedo, Rodríguez, Solar y Villacorta, 2007).

Por otro lado, se puede mencionar que la causa de estos trastornos incluye una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales (Philip, 1997; citado por Aguirre, López y Flores, 2011). Considerando a su vez que, en la adolescencia se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal del adulto. Sin embargo, la carga de los trastornos emocionales en la adolescencia es sentida principalmente por las familias y los amigos de los afectados, y en menor intensidad por los mismos adolescentes (Zamora, 2000; citado por Acosta, Rodríguez y Lotero, 2008). Dicha es la razón por la que se puede inferir que los jóvenes universitarios están predispuestos a padecer algún tipo de depresión, porque se encuentran inmersos en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, ya que frecuentemente están expuestos a constantes cargas de estrés generadas por las exigencias académicas, enseñanzas y estilos de aprendizaje de una forma más independiente que demandan mucho esfuerzo para adaptarse y continuar con el nuevo estilo de vida (Chichón y Sánchez, 2014). A dichas exigencias se involucra el resolver las preocupaciones

financieras, de vivienda, transporte y los retos que surgen en este nuevo estilo, generando depresión en esta población (Pizá, 2010).

Por lo expuesto, se pone en manifiesto que la depresión y la ansiedad no hacen discriminación de edad, raza, color, nivel socioeconómico, religión, entre otros; y predisponen a los jóvenes y señoritas universitarias a adquirir alteraciones emocionales debido a los cambios y las exigencias académicas, económicas y socio-familiares a la que se ven expuestos durante el transcurso de su formación profesional. En tal sentido, conocer este fenómeno en la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, es de suma importancia, ya que aquí acuden jóvenes peruanos y extranjeros de diversas condiciones; deseosos de alcanzar con éxito una carrera profesional como parte de su proyecto de vida y de no tener un adecuado bienestar psicológico truncarán su cometido (Bartra y Guerra, 2013).

1.2. Formulación del Problema

Frente a lo descrito, surge la siguiente interrogante: ¿Existe relación significativa entre ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015?

Problemas específicos

- ¿Existe relación significativa entre ansiedad estado y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015?
- ¿Existe relación significativa entre ansiedad rasgo y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015?

1.3. Justificación.

Conocer las competencias del estudiante universitario y su quehacer diario, es de suma importancia para todos quienes estamos involucrados en la relación enseñanza-aprendizaje, con la finalidad de contribuir en el desarrollo personal y académico de quienes son el futuro de nuestro país.

Es así que, el presente estudio es relevante ya que nos permite conocer la relación entre la ansiedad y la depresión de los universitarios de la Universidad Peruana Unión, puesto que en los últimos años, la sociedad contemporánea ha experimentado el aumento de distintos fenómenos en el dominio de los problemas emocionales y las enfermedades mentales.

Esta investigación proporcionará datos importantes para realizar un diagnóstico de las variables en estudio, facilitando la detección temprana de posibles trastornos emocionales el cual puede manifestarse en la conducta que proyecta en el ámbito universitario y que puede interferir en el desarrollo personal y profesional de la persona. Así mismo, permitirá promover el uso de herramientas precisas para la respectiva intervención mediante la realización de Talleres y programas orientados a optimizar el desarrollo y progreso en los estudiantes.

Lo que se espera, mediante esta investigación, es favorecer a estudiantes, docentes, personal administrativo y personas afines que muestren interés en crear nuevas políticas y estrategias de estudio que faciliten una adecuada

incorporación de programas correctivos y de prevención frente a la ansiedad y depresión, todo con el propósito de fortalecer la vida universitaria.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015.

1.4.2. Objetivo específicos

- Determinar si existe relación significativa entre ansiedad estado y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015.
- Determinar si existe relación significativa entre ansiedad rasgo y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015.

1.5. Antecedentes de la investigación

Balanza, Morales y Guerrero (2009), realizaron una investigación en la Universidad Católica de San Antonio de Murcia – España, titulada prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados, la muestra lo conformaron 700 alumnos, aplicaron la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) detectando así que el 65.9% de los estudiantes sufren de un trastorno de ansiedad y/o depresión; analizando los resultados de forma independiente se encontraron datos alarmantes ya que el 47,1% de estudiantes sufrían

trastornos de ansiedad y el 55,6% depresión. En el análisis multivariante, el sexo femenino presenta mayor riesgo de ansiedad y depresión, siendo estos los estudiantes que tienen otras obligaciones extra académicas.

En la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá - Colombia, Guavita y Sanabria (2006) realizaron un estudio descriptivo transversal, con una muestra no aleatoria de 295 estudiantes de la facultad de medicina entre los 17 y 28 años. Se administró la Escala Auto-aplicada de Zung para depresión, con la finalidad de encontrar la prevalencia de sintomatología depresiva; los resultados indicaron que la sintomatología leve fue de 26.1%, moderada 21.7% y severa 5.4%, con una prevalencia global de 53,2%. Por otro lado se observó que el género femenino tenía mayor prevalencia de sintomatología depresiva ($p=0,028$), también un 68,9% de estudiantes que tenía un nivel bajo de rendimiento en el semestre presentaron un grado de sintomatología también bajo ($p=0,004$). No se halló relación significativa entre edad y la presencia de síntomas depresivos, determinada mediante análisis de correlación de Spearman ($r=0,01$, $p=0,79$)

Bohórquez (2007), realizó un estudio de corte transversal, descriptivo en los estudiantes de 1° a 10° semestre de la Universidad Pontificia Javeriana de Bogotá, sobre la prevalencia de depresión y de ansiedad, además evaluó la asociación con el desempeño académico; para lo cual utilizó las escalas de Zung para depresión y ansiedad, incluyendo la aplicación de la escala CAGE para alcoholismo y la obtención del promedio al final del semestre; llegando a la conclusión que existe una elevada prevalencia de depresión y ansiedad

entre los estudiantes participantes, teniendo la primera una asociación de gran significancia con el desempeño académico regular.

Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008), también llevaron a cabo un estudio en Colombia titulado: “Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios”. La muestra lo conformaron 259 estudiantes de primero a séptimo semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga entre los 16-26 años de edad; utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Depresión de Estado – Rasgo (ST/DEP) de Agudelo y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spilberger. Los resultados con el STAI para la ansiedad rasgo se presentó una media de 19.34% y para la ansiedad estado de 17.26%; en la escala depresión rasgo del ST/DEP se presentó una media de 15.71% y estado de 16.52%; por otro lado en el BDI se obtuvo una media de 8,77 con una desviación típica de 6,88. Se encontró que la población femenina presenta mayor vulnerabilidad frente a los trastornos de ansiedad y depresión. Concluyendo así que estos trastornos afectan en gran medida a los estudiantes llevándolos a adoptar conductas poco adaptativas que repercuten en su desempeño en general.

Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rodas, y Salazar, (2010), en un estudio que tuvo la finalidad de ver la prevalencia de depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico, para la cual la población conformada fue de 1344 estudiantes colombianos, entre 16 y 37 años, el instrumento utilizado fue la escala de depresión de Zung. Las

estadísticas arrojaron que el 52,8%, no presentaba depresión, el 29,9% tenía depresión leve, el 14,2% depresión moderada y un 3,2% depresión severa. Este análisis dejó claramente establecido que existe una relación entre el estrés académico y la presencia de depresión en los estudiantes, así también permitió establecer que, el incremento en los niveles de estrés para cada estresor académico, genera mayor vulnerabilidad ante la depresión, siendo la competitividad entre compañeros, las expectativas sobre el futuro y las decisiones relacionadas con la promoción del estudiante, los estresores académicos que generan niveles severos de estrés.

En la Universidad Nacional de Colombia, Díaz (2012) estudió la depresión y los factores asociados, contó con una muestra de 1010 estudiantes de pregrado de todas las facultades, con edad promedio de 22,6 años, utilizó la Escala de Zung. En los resultados se observó que el 13,6% de estudiantes no presentaron depresión, el 56,9% presentaron depresión leve, el 25,9% depresión moderada y depresión grave el 3,6%. Llegando a la conclusión de que, lo que predispone a la presencia de depresión fue el auto reporte de haber presentado depresión o ansiedad antes (OR=4,59, 95% IC: 3,27-6,44, $p < ,00$) y el hecho de compartir habitación (OR=1,61, 95% IC: 1,16-2,24, $p < ,005$); las variables que son factores protectores de la ocurrencia de depresión, son: compartir tiempo libre con la familia (OR=0,56, 95% IC: 0,41-0,80, $p < ,001$), pertenecer a algún grupo (OR=0,53, 95% IC: 0,36-0,79, $p < ,002$), satisfacción con la carrera (OR=0,48, 95% IC: 0,33-0,72, $p < ,000$), y percibir un buen estado de salud (OR=0,31, 95% IC: 0,22-0,41, $p < ,000$). El

modelo presentó un buen nivel de ajuste (prueba de Hosmer y Lemeshow, $X^2=4,41$, $p=,62$; NS), con un R^2 de Nagelkerke de 0,32.

Así mismo, Arrieta, Díaz y Gonzáles (2014), estudiaron los síntomas de depresión y ansiedad con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores relacionados a los mismos, la muestra los conformaron 973 estudiantes de la Universidad Pública de Cartagena, Colombia. En dicho estudio encontraron que la prevalencia de ansiedad y depresión fue del 76,2% y 74,4% respectivamente, los factores asociados con los síntomas ansiosos fueron las dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol; los relacionados con los síntomas depresivos fueron los problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad y depresión.

Santander, Romero, Hitschfeld y Zamora (2011) realizaron una investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de síntomas y patologías ansiosa y/o depresiva en una muestra de 569 estudiantes, así mismo ver la relación de estos con otras variables psicosociales; utilizaron diversos cuestionarios dentro de ellos el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12). En los resultados se encontró que la ansiedad y la depresión se relacionan altamente entre sí, con un coeficiente de correlación de 0,882 ($p<0,00001$), el 25 % presenta depresión (BDI positivo) con un máximo de 35% en primer año descendiendo

linealmente hasta un mínimo de 8% en último año ($p < 0,003$). También existe mayor prevalencia de depresión en mujeres (31%) que en hombres (21%) ($p < 0,004$); el 39% presenta ansiedad (GHQ-12 positivo) con máximo de 52% en primer año y con un mínimo de 14% en quinto año ($p < 0,0001$), un 44% de las mujeres y un 34% de los hombres tuvo ansiedad (GHQ-12 positivo) con asociación significativa ($p < 0,02$). Se encontró también que no había asociación de depresión y/o ansiedad con el financiamiento y la ciudad de origen, pero si con haber sufrido algún acontecimiento vital o personal importante.

Con similares propósitos Serrano, Rojas y Ruggero (2013), realizaron una investigación en México sobre ansiedad, depresión y rendimiento académico en estudiantes universitarios, se trabajó con 218 alumnos de la Universidad Autónoma del Estado de México, con edades que oscilan entre los 19 y 25 años, para lo cual utilizaron el Inventory of Depresión and Anxiety Symptoms (IDAS). Los resultados fueron que el 57% de indicadores de depresión correlacionaron con rendimiento académico, mientras que el 16.6% de la ansiedad con el rendimiento académico; concluyendo así que la depresión es la causa del bajo rendimiento académico, ya que los síntomas interfieren en la actividad intelectual y en otros casos sería el bajo rendimiento académico lo que conduce a una depresión.

Continuando con el mismo interés, en el Perú Borrego, Cruz, Gonzales, Pando, Quevedo, Rodríguez, Solar y Villacorta (2007), realizaron un estudio descriptivo sobre la ansiedad, depresión y factores demográficos en

estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo, la muestra estuvo constituida por 373 estudiantes que asistían regularmente al periodo 2007-I, los ciclos a los que pertenecían los estudiantes fueron: I, III, V, VII y IX. Los resultados encontrados fueron: 39.14% presenta ansiedad moderada y un 18.77% presentan ansiedad significativa, por otro lado el 51.21% de estudiantes presenta depresión moderada y el 15.28% depresión significativa. Concluyendo así que la facultad de ingeniería presenta mayor nivel de ansiedad significativa y la facultad de medicina mayor nivel de depresión moderada; también que los universitarios procedentes de provincias presentan mayores porcentajes de ansiedad y depresión, en comparación con sus pares trujillanos.

Así también Riveros, Hernández y Rivera (2008), realizaron una investigación concerniente a los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, tomando como muestra a 500 alumnos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, distribuidos por géneros y por bloques académicos. Los resultados muestran que el 9.70% presentan depresión leve, el 2.80% depresión moderada y un 0.05% depresión severa; así mismo un 9.11% presenta ansiedad social. También se llegó a la conclusión de que la depresión se manifiesta con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones: 15.35% depresión leve y 2.30% depresión moderada en la mujeres, frente a un 5.30% depresión leve y un 2.30% depresión moderada de los varones; por otro lado la ansiedad también es mayor en mujeres que en varones, con una media de 9.25 frente a 8.97.

Con el mismo interés, estudios sobre la prevalencia y factores asociados con la depresión en universitarios, realizados por Pereyra, Ocampo, Silva, Vélez, Da Costa, Toro (2010), en una Universidad de privada de Lima, concluyeron que existe una alta prevalencia de síntomas depresivos (31,2%) en la población estudiada, especialmente en la carrera de medicina, siendo la incomodidad con el rendimiento académico, con su nivel económico y vivir con un familiar externo a la familia nuclear.

Rosas, Yampufé, López, Carlos y Sotil (2011), en su estudio transversal - descriptivo sobre los niveles de depresión en estudiantes de tecnología médica, utilizaron una muestra conformada por 119 estudiantes universitarios de la Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina Humana de la UNMSM, siendo 58 mujeres y 61 varones, emplearon el Inventario de Depresión (BDI); concluyendo así que un 38.7% presentaron algún nivel de depresión y un 61% no presentó; teniendo en cuenta la edad fue: entre los 15 y 19 años, 45,7%; entre los 20 y 25, 52,2%; mayores de 25 años, 2,2%. El 39,1 % presento depresión leve, depresión moderada 32,6% y depresión moderada en 28,3%; es decir 4 de cada 10 estudiantes presenta este trastorno y entre los 20 y 25 años, una de cada dos también presenta algún nivel de depresión. Recomendado la urgente necesidad de realizar programas más intensivos de prevención.

En el mismo sentido, Carranza (2012), realizó una investigación descriptiva con diseño no-experimental de carácter transversal en estudiantes y líderes universitarios, la muestra estuvo conformada por 2005 estudiantes de las

diversas universidades de Lima Metropolitana, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión, para ello utilizó el inventario de depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) por él mismo en el año 2009; los resultados son alarmantes ya que muestran la existencia de depresión, el 23.2% presentan un nivel severo y el 24.1% un nivel moderado, así también se encontró que los jóvenes entre los 16 a 22 años presentan depresión severa a diferencia de los que oscilan entre los 30 y 36 años, siendo el sexo femenino la población más vulnerable.

1.6. Variables y operacionalización de las variables

1.6.1. Variables

a. Variable predictora

➤ Ansiedad:

• Ansiedad estado:

Estado emocional transitorio, modificable con el transcurso del tiempo, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión, hiperactividad del sistema nervioso autónomo, pensamientos molestos y preocupaciones; a las que se han adherido algunos cambios fisiológicos (Spilberger, Gorsuch y Lushene, 1999). Respuesta natural innata del organismo ante una situación amenazante o estresante (Alaba, Guerrero y Pachamora, 2012).

- **Ansiedad Rasgo:**

Propensión ansiosa relativamente estable, siendo estas una disposición, tendencia o rasgo, caracterizada por los individuos con predisposición a percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger, Gorsuch y Lushene 1999). No es manifiesta directamente en la conducta y se consume de acuerdo a la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad (Spielberger, 1972; citado por Ries, Castañeda, Campos, y Del Castillo. 2012).

Término para caracterizar al individuo con disposiciones y tendencias psicológicas, las que han sido influenciados por estímulos o factores tanto biológicos como aprendidos (Alaba, Guerrero y Pachamora, 2012).

b. Variable criterio

➤ **Depresión**

1.6.2. Operacionalización de variables

A continuación la tabla 1 muestra la operacionalización de las variables de estudio.

Tabla 1.
Matriz de operacionalización de la variable Ansiedad y Depresión

Variable Predictora	Dimensiones o subvariables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Ansiedad	Rasgo	Término para caracterizar al individuo desde el punto de vista de sus disposiciones y tendencias psicológicas. Así mismo son influencias de factores biológicos como aprendidos.	Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad para Estudiantes Universitarios "GAP"	1. Persona nerviosa. 2. Desesperación 3. Morderse uñas y/o labios. 4. Impulsividad al comer. 5. Tensión de músculos. 6. Sudoración 8. Nervios y sequedad en la boca. 9. Micción o defecación. 12. Intranquilidad. 18 Mareos y ganas de vomitar. 19. Dolores de cuerpo y debilidad. 20. Agitación, temblores y desvanecimiento. 21. Aceleración del corazón, falta de aire y sensación de muerte.
	Estado	Es aquella respuesta natural del cuerpo frente a una situación amenazante u estresante.		7. Nervios y olvido de las cosas. 10. Excesiva preocupación. 11. Irritabilidad. 13. Palpitaciones fuertes. 14. Aislamiento. 15. Insomnio

Variable de
Criterio

Depresión

La depresión son
desordenes del
pensamiento que
conlleva al ser
humano a tener
cambios
emocionales,
manifestándose en
signos y síntomas.
(Beck, 1976)

Puntajes obtenidos en el
inventario de Depresión de
Beck Adaptado (BDI – IIA)

16. Obsesión y compulsión.
17. Preocupación y Exigencia

1. Tristeza
 2. Pesimismo
 3. Fracaso
 4. Perdida del placer
 5. Sentimientos de culpa
 6. Sentimiento de castigo
 7. Disconformidad
 8. Autocrítica
 9. Pensamiento
 10. Llanto
 11. Agitación
 12. Perdida de interés
 13. Indecisión
 14. Desvaloración
 15. Capacidad laboral
 16. Hábitos de sueño
 17. Irritabilidad
 18. Pérdida de apetito
 19. Dificultad de concentración
 20. Cansancio
 21. Apetito sexual
-

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015.

1.7.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre ansiedad estado y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015.

- Existe relación significativa entre ansiedad rasgo y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión filial Tarapoto, 2015.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico cristiano

El ser humano no es fruto de la casualidad, fue creado a imagen y semejanza de Dios con un propósito, como el poder disfrutar de la compañía y bendiciones de su Creador; por tal motivo, Dios le proveyó todo lo necesario para que tenga una vida plena en comunión con Él. Cuando el ser humano comprende este hecho, conoce y acepta el verdadero concepto sobre la estima propia y cuál es su valor real, lo que le conlleva dejar a un lado los sentimientos de inferioridad. De hecho, el ser humano tiene un lugar único en la creación, con el privilegio especial de mantener comunicación constante con el Creador, y la oportunidad de parecerse cada vez más a Él (Asociación Ministerial de la Asociación General de los Adventistas del Séptimo Día, 2007).

Con la entrada del pecado en el mundo, el enemigo de nuestro Creador se encargó de distorsionar los pensamientos, las emociones, los sentimientos y el comportamiento del ser humano. Sin embargo, el remedio para el pesimismo, la soledad y una vida sin sentido, es recordar que, en vez de llegar a la existencia por evolución ciega, Dios creó al ser humano con un propósito elevado. La raza humana fue destinada a deleitarse de una relación estrecha y eterna con su Creador. Al comprender que somos creados con una razón específica, damos un sentido a la vida, llenándola de riqueza y significado; desvaneciendo así el doloroso vacío y

descontento que tantos seres humanos expresan, siendo todo esto reemplazado por el amor incondicional e infinito de Dios (Asociación Ministerial de la Asociación General de los Adventistas del Séptimo Día, 2007).

Por tal motivo, White, quien no fue ajena a temas relacionados a la salud mental, ya que ella misma luchó con la depresión en su proceso de conversión, como consejera espiritual, a menudo abordaba temas relacionadas con la mente. Frecuentemente escribió y habló a las personas afectadas por dificultades emocionales y mentales. Siempre les brindaba esperanza y los guiaba a un amante Padre Celestial y a un tierno Salvador que puede sanar y librar a aquellos que están heridos y quebrantados por el pecado y las adversidades de la vida (Burt, 2008).

Así mismo, White (1978) menciona dos puntos importantes sobre este tema. Primero, resaltó la vital importancia de la salud mental: “La mente rige a todo el hombre. Todos nuestros hechos, buenos o malos, tienen su origen en la mente. Es ella la que adora a Dios y nos une con los seres celestiales”. Segundo, ella reconoció el efecto de la salud física sobre la mente: “Todos los órganos físicos son los siervos de la mente y los nervios los mensajeros que transmiten sus órdenes a cada parte del cuerpo guiando los movimientos de la maquinaria viviente”. Por tal motivo, podemos inferir que nuestra mente y cuerpo físico están íntimamente relacionados, así como el reconocer que el malestar, ya sea de unas de estas partes, afecta a ambos, provocando así un deterioro general de nuestro ser y un rendimiento deficiente en nuestras actividades diarias. La ansiedad y depresión son

problemas mentales que, como es de esperarse, tienen síntomas físicos, esta es la razón por la que necesitamos explorar cómo está afectando a la comunidad universitaria, es decir, a la juventud que Dios desea que gocen de vigor y esperanza.

El fundamento de lo expuesto anteriormente, está en la Biblia, que es considerada la Palabra de Dios, en ella se nos muestra los esfuerzos del Todopoderoso por lograr que sus hijos, su creación, tengan una vida sana tanto física, espiritual y mental. Por tal motivo, cuando la persona vive dentro de los principios divinos expresados en este libro sagrado, no solo tendrá paz en su corazón sino que le llevará a disfrutar de una vida feliz. Estas son algunas de las promesas que forman el círculo de la paz:

- “Amado, yo deseo que seas prosperado en todas las cosas y que tengas salud, así como prospera tu alma” (3 Jn. 2, RV 1960).
- “Estas cosas os he hablado, para que en mí tengáis paz. En el mundo tendréis aflicción; pero confiad, yo he vencido al mundo” (S. Juan 16:33, RV 1960).
- “En paz me acostaré, y asimismo dormiré; porque solo tú, Jehová, me haces vivir confiado” (Salmo 4:8, RV 1960).
- “Mucha paz tienen los que aman tu ley, y no hay para ellos tropiezo” (Salmo 119:165, RV 1960).

- “Y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, guardará vuestros corazones y vuestros pensamientos en Cristo Jesús” (Filipenses 4:7, RV 1960).
- “Porque sólo un instante dura su enojo, pero toda una vida su bondad. Si por la noche hay llanto, por la mañana habrá gritos de alegría.” (Salmo 30:5, NVI)
- “Muchas son las angustias del justo, pero el Señor lo libraré de todas ellas; le protegerá todos los huesos, y ni uno solo le quebrarán.” (Salmo 34:19- 20, NVI)
- “El Señor lo confortará cuando esté enfermo; lo alentará en el lecho del dolor.” (Salmo 41:3, NVI)
- “Invócame en el día de la angustia; yo te libraré y tú me honrarás.” (Salmo 50:15, NVI)
- “Él me invocará, y yo le responderé; estaré con él en momentos de angustia; lo libraré y lo llenaré de honores. “ (Salmo 91:15, NVI)
- “El Señor no rechazará a su pueblo; no dejará a su herencia en el abandono.” (Salmo 94:14, NVI)
- “Él fortalece al cansado y acrecienta las fuerzas del débil. Aun los jóvenes se cansan, se fatigan, y los muchachos tropiezan y caen; pero los que confían en el Señor renovarán sus fuerzas; volarán como las águilas: correrán y no se fatigarán, caminarán y no se cansarán.” (Isaías 40:29-31, NVI)

- “Así que no temas, porque yo estoy contigo; no te angusties, porque yo soy tu Dios. Te fortaleceré y te ayudaré; te sostendré con mi diestra victoriosa” (Isaías 41:10, NVI)
- “Porque yo soy el Señor, tu Dios, que sostiene tu mano derecha; yo soy quien te dice: No temas, yo te ayudaré.” (Isaías 41:13, NVI)
- “Cuando cruces las aguas, yo estaré contigo; cuando cruces los ríos, no te cubrirán sus aguas; cuando camines por el fuego, no te quemarás ni te abrasarán las llamas.” (Isaías 43:2, NVI)
- “Como madre que consuela a su hijo, así yo los consolaré a ustedes; en Jerusalén serán consolados.” (Isaías 66:13, NVI)
- “Si puedes hacer algo, ten compasión de nosotros y ayúdanos. [Jesús respondió] ¿Cómo que si puedo? Para el que cree, todo es posible.” (Marcos 9:22-23, NVI)
- “Por eso les digo: Crean que ya han recibido todo lo que estén pidiendo en oración, y lo obtendrán.” (Marcos 11:24, NVI)
- “No se angustien. Confíen en Dios, y confíen también en mí. En el hogar de mi Padre hay muchas viviendas; si no fuera así, ya se lo habría dicho a ustedes. Voy a prepararles un lugar. Y si me voy y se lo preparo, vendré para llevármelos conmigo. Así ustedes estarán donde yo esté.” (Juan 14:1-3, NVI)
- “La paz les dejo; mi paz les doy. Yo no se la doy a ustedes como la da el mundo. No se angustien ni se acobarden.” (Juan 14:27, NVI)

- “Ahora bien, sabemos que Dios dispone todas las cosas para el bien de quienes lo aman, los que han sido llamados de acuerdo con su propósito.”
(Romanos 8:28, NVI)

Después de tantas evidencias del amor de Dios y el propósito para con su creación, podemos deducir que nos ha dejado un legado de esperanza, amor y poder para enfrentar a las diferentes circunstancias que atenten contra nuestra salud física, espiritual y mental.

2.2. Marco teórico del estudio

La ansiedad y la depresión representan un problema de salud pública, no solo en la actualidad, desde tiempos pasados los síntomas existían en parte de la población; por tal motivo, muchos filósofos, médicos e incluso los primeros psicólogos iniciaron el estudio de las causas y consecuencias, de la sintomatología de dichas enfermedades y de otras que alteraban la salud mental de la población. Es así, que se presentaron diferentes teorías y postulados del por qué algunas personas manifestaban uno u otro síntoma, con el propósito de comprender sus causas y de poder encontrar instrumentos que ayuden a tener un diagnóstico correcto y por consiguiente el tratamiento respectivo. Es tal sentido, necesitamos conocer las respectivas teorías de las variables en la que esta investigación se está enfocando: ansiedad y depresión.

2.2.1. Teorías psicológicas de la ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Se debe diferenciar entre miedo (cuando el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que lo amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (donde el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada en relación con el estímulo desencadenante (APA, 1995; citado por Virues, 2005).

A continuación se presentará diversos enfoques y modelos teóricos que tratan de explicar este fenómeno.

2.2.1.1. Enfoque médico

Según el CIE 10, la ansiedad está considerada dentro de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, en los cuales son frecuentes las mezclas de síntomas (en particular la coexistencia de ansiedad y depresión), pero para el diagnóstico, generalmente, es mejor intentar decidir cuál es el síntoma predominante. Sin embargo, se ha provisto una nueva categoría, la cual se denomina como trastorno mixto ansioso y depresivo, para aquellos casos en que ningún tipo de síntomas alcance significación diagnóstica en sentido propio y para aquellos casos en que resulta artificioso forzar una decisión entre los dos trastornos.

Así mismo, el DSM IV describe diferentes tipos de trastornos de ansiedad, en los cuales existen sintomatologías generales y específicas, llevándoles a dar un diagnóstico diferencial. A continuación exponemos las sintomatologías de la ansiedad en general.

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento y hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

Estos síntomas, entre otros, permiten especificar los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica,

fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (DSM IV, 2000).

2.2.1.2. Enfoque psicodinámico

El principal representante de este enfoque, Freud, preocupado por explicar los fenómenos surgidos en la práctica de la Psicología Clínica, elabora su compleja Teoría de la Personalidad, en la cual consideró el concepto de ansiedad como posición central. Así, en su libro “El Problema de la Ansiedad” (1936), la ansiedad aparece como un estado emocional o condición caracterizada por una dimensión motora acompañada de una sensación de malestar percibida por el individuo; tal estado se produce por la incapacidad del “yo” (persona consciente) para reprimir impulsos que por su naturaleza le resultan impropias. Induciendo luego que la ansiedad no es más que una señal de peligro para el organismo (Ansorena, Cobo y Romero. 1983).

En su obra, Freud, considera que el término ansiedad es utilizado como estímulo, respuesta, constructo y como fuerza motivacional global, provocando así una concepción muy confusa y difícil de concretar con exactitud el significado directo de este término (Ibíd.).

2.2.1.3. Enfoque existencialista

Según este enfoque, existe una relación entre la libertad de elección y la ansiedad. Por consiguiente, un máximo pensamiento de esta corriente es que los humanos eligen la naturaleza de su propia existencia. Es esta capacidad de elección o libre albedrío la que nos responsabiliza de nuestra propia vida y más aún; a lo que Heidegger lo denomina fuente de culpa en el caso de no ejercitarla (Tobías y García, 2009).

Por tal motivo, la ansiedad desde el punto de vista de Heidegger, es una parte necesaria de la vida auténtica. Por lo que considera que la angustia se concibe realmente como el fenómeno originario. Es decir, una de las razones de esta ansiedad es que las personas auténticas (aquellas que no viven conforme dicta la sociedad y que no dejan su libertad en mano de otros) están siempre experimentando con la vida, compitiendo y logrando objetivos. Ya que entrar en lo desconocido causa parte de la ansiedad asociada a la vida auténtica. Otra de las razones que utiliza Heidegger para argumentar que ejercitar la libertad causa ansiedad es que le hace a uno responsable de las consecuencias de elegir una vida auténtica. Por lo que el individuo libre no puede culpar ni a Dios, ni a los padres, ni a los genes, ni a la sociedad, ni a ninguna otra cosa por lo que ha llegado a ser (Ibíd.).

La perspectiva de la angustia de Heidegger deriva del concepto planteado por Kierkegaard, el cual menciona que podemos ejercitar nuestra libertad y

experimentar ansiedad o no ejercitarla y sentirnos culpables. Por otro lado, May, propone que la ansiedad neurótica sería aquella que no conduce al desarrollo personal porque es el resultado del miedo a la libertad, pues la persona vive su vida de tal modo que reduce o elimina su capacidad de elección y libertad personal; a esta situación neurótica, Kierkegaard lo llamó encerramiento (Ibíd.).

2.2.1.4. Modelo teórico de la ansiedad de Sandín y Chorot

La ansiedad es la respuesta del organismo, desencadenado frente a una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuya finalidad es dotar al organismo de energía para anular o hacer frente al peligro por medio de una respuesta que puede ser una conducta de huida o de agresión. Este mecanismo funciona de manera adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta frente estímulos o sucesos que son potencialmente agresores o amenazantes (Sandín y Chorot, 1995; citado por Piqueras, Martines, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008).

Por tanto, la ansiedad se torna en un problema clínico cuando está relacionada con las siguientes situaciones:

- Cuando frente a un estímulo inofensivo, las respuestas son complejas y alarmantes.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando los parámetros adaptativos y persisten los niveles de alerta.

- Cuando los niveles de alerta y ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

2.2.1.5. Línea Psicométrica – Factorial

En el primer intento sistemático para medir e identificar el constructo ansiedad, tenemos a Raimond Cattell, quien mediante sus muchos trabajos expuestos, destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Por lo que denomina al factor ansiedad estado cuando se encuentra caracterizado por la aparición de una serie de respuestas altamente correlacionadas y que se produce en un momento del tiempo. Sin embargo, cuando el estado ansiedad se hace consistente a lo largo del tiempo, conforma lo que Cattell denomina, “ansiedad rasgo” y se constituye en uno de los factores integrantes de la personalidad del sujeto. Ambos pueden ser medidos a través de cuestionarios (Ansorena, Cobo y Romero. 1983).

El segundo gran modelo conceptual es el de C. H. Spielberger, quien rescató los trabajos de Cattell y de Lazarus y establece los pilares principales de su teoría del “estado-rasgo-proceso”, mediante la presentación de algunos trabajos elaborados por él, en los que se encuentra el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo – “STAI”. Sin embargo, Spielberger insiste en la necesidad de clarificar las relaciones existentes entre estos tres conceptos: primero, la ansiedad como estado; segundo, la ansiedad como un estado complejo que incluye el miedo y el “estrés”, y tercero, la ansiedad como un rasgo de

personalidad. Analizó cada uno de estos tres conceptos y llegó a la conclusión de que la ansiedad es un proceso, es decir, una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales evocada por algunas formas de estrés (Ansorena, Cobo y Romero. 1983).

2.2.1.6. Línea Cognitivo – Conductual

En paralelo con los trabajos de Spielberger, se encuentran los trabajos de Lazarus realizados en los años de 1966, 1967, 1969, 1970 y 1972, en los cuales resalta una preocupación por el concepto y el proceso de enfrentamiento del “estrés”. En su primera aproximación, Lazarus describe al estrés como estímulo y como respuesta, ya que es considerado como una circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias o inusuales y, por otro lado, puede darse cuatro tipos de reacciones como: autoinformes de emociones disfóricas (miedo, ansiedad, ira, etc.), conductas motoras, cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo y cambios fisiológicos. Por consiguiente, las investigaciones de Lazarus, y teniendo como perspectiva los resultados y la teoría de Spielberger, se planteó la duda si la dicotomía entre “persona” (rasgo y variable disposicionales) y “situación” (estado, variables situacionales) es válida (Ansorena, Cobo y Romero. 1983).

Por otro lado, Endler y Hunt, proponen su modelo de ansiedad de interacción “persona x situación”. Ya que se encontraron en la necesidad de especificar la interacción entre los rasgos personales y las situaciones específicas en que tal

ansiedad se manifiesta en orden a predecir y modificar determinada conducta. Por tal motivo, Endler, Hunt y Rosenstein construyeron el SRIA (Inventario de Ansiedad Estímulo-Respuesta), cuestionario que pretende medir el rasgo – multidimensional – ansiedad integrado por tres componentes: ansiedad interpersonal, ansiedad ante el peligro físico y ansiedad en situaciones ambiguas. Por consiguiente, la investigación de Endler y Hunt, así como otras posteriores, han demostrado que, ante una situación ansiógena, es la interacción de la persona con la situación la que explica mayor parte de la varianza de la ansiedad total que la situación en sí o las diferencias individuales (Ibíd.).

2.2.1.7. Modelo tridimensional de la ansiedad

El modelo tridimensional de la ansiedad y el miedo fue propuesto inicialmente por Peter Lang en 1968 y desde entonces ha sido ampliamente aceptado no sólo como un modo de objetivizar el estudio empírico de las respuestas de ansiedad, sino también, como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos. Por lo que, la propuesta de Lang del triple sistema, la que consistía en relacionar las medidas del miedo subjetivo, medidas conductuales y medidas fisiológicas, se basó en observaciones realizadas durante sus investigaciones sobre la técnica de desensibilización sistemática como procedimiento terapéutico de la ansiedad fóbica. De los cuales, Lang indicaba que lo habitual era observar discordancia y desincronía entre las diferentes medidas de miedo, es decir, que los

componentes fisiológicos que son los que determinan principales trastornos de ansiedad no corresponden con los cambios fisiológicos reales registrados, sino que son subjetivos (Cuthbert y Melamed, 1993; citado por Viedma, 2008).

2.2.1.8. Modelo cognitivo de Aaron Beck

La premisa básica del modelo cognitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existen una distorsión o sesgo sistemático en el procedimiento de la información. Por lo que, en la ansiedad, la percepción del peligro acompañado de la valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, aparecen sesgadas en la dirección de una sobrestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y, una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (Beck, 1988; citado por Sans, 1993)

Por lo tanto, los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos ansiosos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. Es decir, los esquemas disfuncionales en cuanto al contenido, contienen reglas, creencias tácitas o actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo; los cuales son de carácter disfuncional y poco realistas, y a menudo están conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias. Es por eso que en los trastornos de ansiedad las reglas son generalmente condicionales: “Si ocurre un suceso específico, puede tener resultados adversos”. Sin embargo, los esquemas activados pueden

variar de una situación a otra, pero todos ellos tienen en común un contenido relacionado con un exagerado sentido de vulnerabilidad y, por tanto, están focalizados en el procesamiento de cualquier estímulo que indique un posible peligro o amenaza para el sujeto ignorando cualquier señal de seguridad (Ibíd.).

2.2.2. Teorías psicológicas de la depresión

La depresión es uno de los problemas individuales que atrofia nuestra actividad diaria, puesto que es un trastorno mental que tiene como característica principal sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda (American Psychiatric Association, 1987; citado por Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega, 2007).

Las concepciones que presentan diversos enfoques han dado aportes muy valiosos e importantes a través del tiempo, las cuales se esbozan a continuación:

2.2.2.1. Enfoque médico

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su capítulo 10, concernientes al diagnóstico de las enfermedades mentales de la OMS (CIE-10) y el Manual de Diagnóstico y Estadísticas en su cuarta versión de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), considera a la depresión como parte de un grupo de trastornos afectivos o del estado de ánimo.

Por tal motivo, el DSM-IV refiere que la depresión es un trastorno mental que afecta las actividades diarias, divide a los trastornos del estado de ánimo en dos grandes grupos: trastornos depresivos (depresión unipolar) y los trastornos bipolares. Considera aún a dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a la enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares porque no tienen historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco; contrariamente los trastornos bipolares implican la presencia de estos (historia de episodios maniacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos) normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores, aunque también hay episodios depresivos menores.

Por otro lado, el CIE-10 considera a la depresión como un cambio de humor, que suele interferir a nivel general en las actividades cotidianas; la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, es decir, presentarse periódicamente y el inicio de un episodio en particular puede a menudo estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo, en algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz puede predominar sobre la depresión.

A. Episodios depresivos

Según el CIE 10, los episodios depresivos son frecuentes y por ende los pacientes que la padecen presentan un estado de ánimo bajo, disminución de la energía y la actividad, alteración del sueño, disminución del apetito, pérdida de la capacidad de interés y disfrute de actividades, declinación del nivel de vitalidad y cansancio exagerado que está presente incluso tras un esfuerzo mínimo. Por otro lado, la autoestima y la confianza en sí mismo usualmente está disminuida, a menudo presentan ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a circunstancias externas y está propensa a acompañarse de sintomatologías somáticas (ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional, pérdida marcada de apetito, notorio enlentecimiento psicomotor o agitación, etc.). El episodio depresivo, con las características presentadas, debe durar al menos dos semanas.

Por tal motivo, el CIE 10 clasifica a los episodios depresivos de la siguiente manera:

a.1. Episodio depresivo leve

En este episodio los síntomas generalmente suelen manifestarse afectando la capacidad de llevar a cabo la actividad laboral y social, aunque es probable que no las interfiera por completo. La presencia de síntomas somáticos es mínima.

a.2. Episodio depresivo moderado

Para este episodio, los síntomas somáticos probablemente están presentes en un grado más intenso, durando al menos dos semanas, suele generar grandes dificultades para conciliar el sueño, continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica y, hay notorios cambios en el apetito (aumento o disminución).

a.3. Episodio depresivo grave

Durante este episodio, suele presentarse una considerable angustia o agitación, es típica la pérdida de estimación de sí mismo y los sentimientos de inutilidad o culpa; además existe un riesgo de suicidio. Se manifiesta la incapacidad de continuar con las actividades laborales, sociales o domésticas más allá de un grado muy limitado. Los síntomas somáticos casi siempre están presentes. Este episodio debe durar normalmente dos semanas.

2.2.2.2. Modelo neuro – biológico

El neurotransmisor 5-HT, es el que está relacionado con la depresión, ya que muchos hallazgos mencionan que su disminución, hace vulnerables a esta enfermedad. Esto se da cuando existe una reducción de los transportadores de 5-HT, los cuales son moléculas encargadas de efectuar la recaptación de este neurotransmisor desde la sinapsis hacia la neurona presináptica, dicho mecanismo favorece la reutilización del neurotransmisor optimizando su actividad. Por tal motivo, al disminuir el número de transportadores de la 5-HT, aproximadamente el 75% de la actividad serotoninérgica en el espacio sináptico se inactiva por la falta de recaptación, reduciendo la actividad serotoninérgica a nivel central, dando esto como resultado la deficiencia funcional de la 5 – HT presináptica y la incapacidad de este para realizar la neurotransmisión (Vara, 2006).

Sin embargo actualmente la hipótesis que un sólo neurotransmisor es el responsable de la sintomatología depresiva está quedando ajena al tema, y se plantea la presencia de varios cambios simultáneos en múltiples neurotransmisores y neuro-receptores, los que serían responsables de que una determinada alteración induce una cascada de alteraciones o cambios, quizá responsables de la enfermedad depresiva (Ibíd.).

2.2.2.3. Modelo cognitivo

Surgió como resultado de las observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales realizadas por Aaron Beck. Este modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: triada cognitiva, organización estructural del pensamiento depresivo y errores en el procesamiento de la información (Sanz, 1993).

A. La triada cognitiva

Se le conoce así, debido a que el paciente presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, su entorno y su futuro. Es decir, en la visión negativa de sí mismo, la persona deprimida tiende a subestimarse, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada, resaltando sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí; con relación a su entorno, la persona interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones (Rivadeneira, Dahab y Minici. 2013).

B. Estructura o esquema del pensamiento depresivo

Beck formula una hipótesis, dice que el sujeto depresivo tiene un esquema central tácito o inconsciente que a su vez sostiene una organización de significados personales que lo hacen vulnerable a determinados acontecimientos (Rivadeneira, et al. 2013).

Con relación al término esquema, se refiere que es el conjunto de estándares cognitivos idiosincráticos relativamente estables, que constituyen la base de la precisión sobre las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, puede estar inactivo durante mucho tiempo y ser activado en situaciones específicas, logrando así que el sujeto procese erróneamente la información y penetre en su conciencia un abanico de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos que son creídos por el mismo; haciéndolo percibir erradamente sus propias capacidades, las circunstancias y el desarrollo de los sucesos futuros (Vara, 2006).

Así mismo, existen eslabones que conforman estos esquemas, teniendo en el primer eslabón las experiencias negativas vividas a temprana edad, tales como: las críticas y rechazo por parte de los padres, las que generarían los esquemas y actitudes disfuncionales de la persona. El segundo está referido a estos esquemas y experiencias tempranas que son las causas más distantes que muestran que la adversidad en la infancias, y en especial la depresión materna, son factores de riesgo depresivos. Del mismo modo, el tercer eslabón que está conformado por los acontecimientos críticos que activan los esquemas disfuncionales, los cuales son causas próximas y fruto de ello aparecen los sesgos de procesamiento. (Vásquez, Hernagómez y Hervás, 2009).

C. Errores en el proceso de la información

Los errores en el procesamiento de la información se dan cuando el deprimido mantiene y da validez real a sus pensamientos, conceptos y creencias negativas, incluso a pesar de la existencia de evidencias contrarias. Vara (2006) menciona que Beck identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

➤ **Inferencias arbitrarias**

Alude al proceso de respuestas o anticiparse a conceptos y conclusiones negativas en ausencia de evidencia suficiente que apoye lo contrario a la conclusión manifestada por la persona.

➤ **Abstracción selectiva**

Se relaciona con el acto de que la persona se centra en un detalle fuera de contexto, evadiendo así aspectos de situaciones que podrían ser la solución.

➤ **Generalización excesiva**

Consiste en sacar una conclusión o un patrón general tomados desde uno o varios acontecimientos aislados y ejecutarlo a sucesos particulares que difieren o no están relacionados entre sí.

➤ **Maximización y minimización**

Trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales, desconsiderando los aciertos y habilidades personales, dando lugar a una desvalorización personal.

➤ **Personalización**

Describe la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (usualmente evaluados como negativos) como referentes o relacionados a él mismo sin que existiera la suficiente evidencia para ello.

➤ **Pensamiento dicotómico.**

Se refiere a la tendencia de clasificar las experiencias en términos extremos y opuestos, sin considerar la evidencia de categorías intermedias. El sujeto suele clasificarse en los extremos negativos (“incapaz frente a capaz”).

La depresión, según Beck básicamente se caracteriza por la existencia de errores cognitivos que conllevan al deprimido a percibir e interpretar la realidad de una manera negativa, el paciente forma paradigmas frente algún suceso, existiendo así dificultades al interpretar y procesar la información. Es decir, la depresión es el resultado de un distorcionamiento negativo de la información (Ortiz, 1997; citado por Serrano; Rojas y Ruggero, 2013).

2.2.2.4. Modelo Psicodinámico

A principios del siglo XX, Abraham y Freud, inician el esbozo de las hipótesis psicodinámicas, en la que postulan que la depresión en la adultez es una reactualización de una experiencia dolorosa de duelo vivida a temprana edad, que lo conlleva al sujeto a ser vulnerable frente a pérdidas posteriores, los cuales pueden desencadenar un cuadro depresivo. Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, fue uno de los primeros investigadores de la naturaleza psicológica de la depresión, por lo que presentó su trabajo “Duelo y Melancolía” escrito en 1915, siendo éste el referente central del estudio psicoanalítico de la depresión; se puede encontrar importantes hipótesis sobre la génesis, desarrollo y las sintomatologías depresivas (Vara, 2006).

En dicho trabajo, Freud establece los criterios diagnósticos diferenciales entre duelo y melancolía, menciona así al primero como una reacción a la pérdida de una persona amada, es decir, el anhelo de algo perdido. Por otro lado la melancolía (autorreproches) es en cambio, un sentimiento de pesadumbre, presente en algunas personas, asumiendo los mismos orígenes que tiene el duelo y en quienes por consiguiente debemos sospechar una predisposición patológica, siendo los rasgos distinguibles un abatimiento profundo y doloroso, pérdida de interés por las actividades de la vida cotidiana, disminución de la capacidad de amar, caída de la autoestima llegando al extremo de insultarse y culminado con la expectativa delirante de un castigo,

es decir, pérdida en la vida instintiva del propio sujeto (Freud, 1917; citado por Posadas, 2004).

La depresión es asociada a la melancolía a través de diferentes términos: duelo, pérdida libidinal, inhibición psíquica y dolor. Por lo que Freud considera la depresión como un síntoma propio de diferentes cuadros que están presentes de forma exacerbada en la melancolía (Vara, 2006).

2.2.2.5. Modelo teórico de la depresión de Spielberger

En este modelo, se resalta a la depresión como estado y/o rasgo; se enfoca que la depresión se puede distinguir como un mecanismo constante en el tiempo, sin embargo, en el rasgo es fluctuante y transitorio. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que entre los anteriores factores no necesariamente existe incompatibilidad, puesto que puede existir un rasgo de personalidad depresiva con fluctuación en el tiempo, representándose como un estado en respuesta a la percepción de las apariencias que vive la persona (Bula y Dávila, 2013).

Así mismo, Spielberger enfatiza la diferenciación entre el estado actual de la persona y su forma habitual de comportarse; rescatando así el componente afectivo de la depresión y plantea reactivos con respuestas ordenadas según su intensidad (estado) y frecuencia (rasgo) de las conductas planteadas. Del mismo modo, hay una diferenciación entre la frecuencia de aparición de los

síntomas (rasgo) y la afectación a la que está expuesta la persona de acuerdo a dicha sintomatología (estado). Permitiéndole comprender cómo la presencia de rasgos depresivos aumenta la propiedad de vulnerabilidad a episodios depresivos (Sotelo, Sotelo, Domínguez, Poma, Cueto, Alarcón, Barboza y Padilla, 2012).

2.2.2.6. Modelo teórico de la depresión de Goldberg

Goldberg expresa que la depresión se caracteriza, por un estado de ánimo dominado por la tristeza y el desánimo, el individuo se siente desesperanzado, desanimado, apesadumbrado, incapaz de poder disfrutar de las cosas que lo rodean; pierde el interés por el entorno y le es difícil concentrarse; en ocasiones es más predominante la irritabilidad, el aburrimiento, o la incapacidad para reaccionar afectivamente, más no la tristeza (Vara, 2006)

2.2.3. Ansiedad como antesala de la depresión

Dado que la ansiedad psíquica y somática es el tercer síntoma por orden de frecuencia en la depresión, no debe sorprendernos que sea también la causa de dificultad diagnóstica en edades en las que ansiedad y depresión puedan eventualmente coexistir” (Vallejo y Gastó, 1990).

Así mismo, en algunos casos la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, sin embargo, frecuentemente se solapan, de tal forma que en la práctica no es extraño observar depresiones con alta sintomatología ansiosa o cuadros de

angustia empañados con la sintomatología depresiva. Por lo que, concretamente según Hamilton, el 95% de depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad, y 85% aquejan síntomas somáticos, contrariamente el 80% de ansiosos refieren humor depresivo (Vallejo y Gastó, 1990).

2.3. Etimología

2.3.1. Ansiedad

Según la Real Academia Española (2006), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

2.3.2. Depresión

De la misma manera, la Real Academia Española (2006), menciona que la palabra depresión viene exactamente del latín *depressio*, *depressionis* (hundimiento, zona de terreno hundida o hundimiento en sentido moral) y el verbo *premere* (presionar, apretar y también apresurar).

2.4. Definición conceptual de términos

2.4.1. Ansiedad

Según Sandín y Chorot, 1995, la ansiedad es una respuesta del organismo, desencadenado ante una situación de amenaza o peligro, así mismo, es una respuesta emocional como consecuencia del miedo; en efecto el miedo “es la valoración del peligro, la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo. Por lo que se menciona que el miedo es un constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. De la misma manera, se ha considerado también al miedo como una advertencia inminente de la necesidad de una acción defensiva, sin embargo el miedo también puede ser maladaptativo cuando se presenta una situación neutral o amenaza que se malinterpreta como sinónimo de peligro o amenaza potencial (Piqueras et al, 2008).

Así mismo, la premisa fundamental de la teoría de Beck es que los trastornos emocionales son el resultado de la distorsión o sesgo de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades para hacer frente a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgados y direccionados hacia la sobrestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Es entonces que frente a un fracaso o pérdida, la alternativa de sobrevivencia es la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía (Sanz, 1993).

Por otro lado, la ansiedad se manifiesta cuando hay un desajuste perceptual, esto ocurre cuando se está frente a algo novedoso, frente a la presencia de determinados elementos de la realidad, que de una forma simbólica se halla siempre presente, dudando y sufriendo de manera continua; entonces se sintetiza la amenaza vital de la que deben defenderse activamente (Luengo, 2004; citado por Serrano, et al.).

2.4.2. Depresión

La depresión como término, es acuñada tardíamente en el campo de los estrados de aflicción y tristeza. Proviene del latín “*de-premere*”; “*de*” es una preposición de ablación la cual denota relación de lugar – tiempo – procedencia u origen que significa “de arriba abajo”, como un decaimiento; “*premere*”, es transitivo y significa afectar – estrechar, oprimir. Puede tener varios sentidos, tales como: ocultar, agobiar, hundir, estrechar, etc. Correspondiendo entonces a una sensación de estado de ánimo decaído (Vara, 2006).

Beck menciona que la depresión es el sesgo en el procesamiento de los sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando pues lo que se conoce como triada cognitiva negativa: la visión negativa del yo, del mundo y del futuro. El sesgo en el procesamiento cognitivo conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a la depresión (Sanz, 1993).

Ortiz (1997), define a la depresión en un sentido más popular como un síntoma anímico. Sin embargo, también puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo; los síntomas frecuentes que lo acompañan son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etc., y en un sentido más restrictivo, lo que se entiende como trastorno depresivo no es sólo un síndrome depresivo sino un cuadro clínico completo con una determinada duración, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico.

Así mismo, Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2003, mencionan que en los estudiantes universitarios existen variables individuales relacionadas con la depresión, tales como los antecedentes familiares y personales de depresión, inestabilidad económica, dificultades académicas, diagnóstico de una enfermedad grave, defunción de un ser querido, consumo de alcohol, separación de los padres, planeación y/o intento de suicidio.

2.5. Hipótesis de especificación de contenido

Considera a la depresión como un problema que tienen mucho que ver con los aspectos cognitivos, mientras que la ansiedad se presenta más de forma conductual y por medio de síntomas físicos, por lo tanto, ambos problemas pueden presentarse a lo largo de la vida, por lo que es importante prevenir este problema a una temprana edad como lo es en la etapa del término de la adolescencia y desarrollo de la juventud.

2.6. Nuestra definición

2.6.1. Ansiedad

Son las respuestas del organismo, ya sea aprendidas, espontáneas o biológicas frente a situaciones de peligro, amenazante, riesgo o estresantes; que produce en la persona un estado de intranquilidad e incomodidad.

2.6.2. Depresión

Es el hundimiento del estado de ánimo de una persona frente a factores y/o estímulos intrínsecos o extrínsecos, el cual repercute de manera negativa en sus actitudes, perjudicando la relación con otros y el cumplimiento normal de sus actividades diarias.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Método y diseño de investigación

Para la presente investigación, se ha empleado un diseño no experimental, de corte transversal, ya que las variables no fueron manipuladas y porque los datos fueron recogidos en un momento dado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El tipo de investigación es descriptivo correlacional, porque describimos y relacionamos las variables ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Definición de la población

La población está conformada por los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.

3.2.2. Muestra de estudio

La investigación está dirigida a los 1078 alumnos de la Universidad Peruana Unión, Filial Tarapoto. Se realizó un muestreo probabilístico, de tipo estratificado, con la finalidad de tener un mínimo de estudiantes encuestados y así garantizar la efectividad de la investigación. Se efectuó la ecuación correspondiente al muestreo probabilístico de tipo estratificado y después de desarrollar la ecuación

correspondiente al muestreo probabilístico por estrato, presentamos en la Tabla N° 2 y la cantidad de alumnos como mínimo y por Carreras Profesionales, 56 (19,12%) de Psicología, 58 (19,94%) de Contabilidad, 60 (20,41%) de Marketing, 28 (9,74%) de Administración, 14 (4,92%) de Asistencia Gerencial, 34 (11,60%) de Ingeniería de Sistemas y 42 (14,37%) de Ingeniería Ambiental. La cantidad de alumnos que se tomaron como muestra fue 292 de ambos sexos, en las edades correspondientes de 16 y 25 años.

Tabla 2
Muestra por Escuela Profesional de las tres facultades de la Universidad Peruana Unión, Filial Tarapoto.

Facultad	Escuela Profesional	Población	Muestra	Porcentaje
FACISAL	Psicología	205	56	19,12%
FCE	Contabilidad	215	58	19,94%
	Administración	220	28	20,41%
	Marketing	215	60	19,94%
	Asistencia Gerencial	105	14	9,74%
	FIA	Ingeniería de Sistemas	53	34
	Ingeniería Ambiental	125	42	11,60%
	TOTAL	1138	292	100,00%

a. Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en el semestre académico 2015 – I, de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.
- Estudiantes mayores de 16 años y menores de 25 años de edad.

b. Criterios de exclusión

- No estar en tratamiento psicológico.
- Estudiantes mayores de 25 años.
- Ser estudiante de otras universidades.

3.3. Instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP

El Inventario de Ansiedad en Estudiante Universitarios GAP, fue diseñado el 2012 para ser aplicados tanto a varones como a mujeres, que tengan entre los 17 y 25 años de edad. Este inventario evalúa e identifica el tipo de ansiedad (rasgo o estado) y su nivel correspondiente (Alava, Guerrero y Pachamora, 2012).

Dicho inventario consta de 21 ítems, la aplicación tiene una duración aproximada de 15 minutos. Concerniente a las propiedades psicométricas se realizó un análisis minucioso mediante la validez de contenido ($V = 1$ y $p < 0.01$), el Análisis Factorial ($KMO > 0.75$) y Alpha de Cronbach (0.844), en el cual se muestra la validez y la confiabilidad del Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP (Alava et al., 2012).

3.3.2. Inventario de Beck adaptado (BDI - IIA)

EL Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) fue estandarizado en la ciudad de Lima, en el año 2009, por Carranza mediante un estudio a 2005 estudiantes de diversas universidades. La manera de aplicación es auto administrado, y consta de 21 ítems, los cuales miden los niveles de depresión a mayores de 16 años, el tiempo de administración dura aproximadamente 10 minutos; cada ítem se califica teniendo en cuenta una escala de 4 puntos que va desde 0 hasta 3, al finalizar se suman todos los ítems puntuando entre 0 y 63.

Concerniente a las propiedades psicométricas se realizó un análisis minucioso mediante la validez de contenido ($V = 1$ y $p < 0.01$), el Análisis factorial ($KMO > 0.75$) y Alpha de Cronbach (0.878), en el cual se muestra la validez y la confiabilidad del Inventario de Depresión Beck adaptado por Carranza (BDI-IIA).

3.4. Proceso de recolección de datos

Para la aplicación de los Inventarios de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) y el Inventario de Ansiedad de GAP, se ingresó a las respectivas aulas de las diferentes escuelas profesionales y ciclos académicos, se entregaron los respectivos inventarios a los estudiantes presentes y se les designó el tiempo necesario para su desarrollo y culminación.

3.5. Técnicas de procedimiento de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 2.0. Se realizó el análisis descriptivo de los parámetros de estudio tomando los valores de las frecuencias y su intervalo de confianza al 95%. Para el análisis bivariado utilizamos la prueba Chi cuadrada de Pearson y como medida de asociación el alfa de Crombach, con su intervalo de confianza del 95%. Una vez medidas las variables a contrastar en escala utilizamos la T de Studen para muestras independientes.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Después de concluir la aplicación de los instrumentos en el presente estudio, se procede a presentar de manera detallada los siguientes resultados.

4.1. Validez del inventario de ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP

4.1.1. Validez del constructo mediante la técnica de análisis de subtest – test

En la Tabla 3 se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de subtest – test.

Tabla 3
Correlaciones sub test- test para el Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP

Sub test	Test r	P
Ansiedad rasgo	0.921**	0.000
Ansiedad Estado	0.854**	0.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

La relación entre un subtest y el test puede expresarse por coeficientes de correlación. Como se observa en la Tabla 3 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que el Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP presenta validez de

constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los componentes del mismo y el constructo en su globalidad son entre moderados y fuertes, además de ser altamente significativos.

4.1.2. Análisis de confiabilidad

Fiabilidad mediante la técnica de Alpha de Crombach.

Se observa en la Tabla 04 las estimaciones de la confiabilidad para cada ítem del Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP. El coeficiente Alpha supera los valores del punto de corte propicio para los instrumentos de medición (0.870), mostrando consistencia interna.

Tabla 4

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente de Alpha para el Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios GAP

Número de Ítem	Alfa de Cronbach	N
21	,839	150

4.1.3. Validez del inventario de depresión de Beck

Validez del constructo mediante la técnica de análisis factorial.

En la Tabla N° 05 se observa que el índice de KMO es 0,934; indicando de esta manera que el instrumento presenta validez.

Tabla 5

Estimaciones de validez mediante el coeficiente de KMO prueba Bartlett para el Inventario de Depresión de Beck Adaptado

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,934
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2651,825
	Gl	210
	Sig.	,000

4.1.4. Análisis de confiabilidad

Fiabilidad mediante la técnica de Alpha de Cronbach

Se aprecia en la tabla 06 el índice de Alpha (0,888), indica que el instrumento presenta confiabilidad.

Tabla 6

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck Adaptado

Número de Ítem	Alfa de Cronbach	N
21	,888	150

4.2. Análisis descriptivo de las variables

4.2.1. Nivel de ansiedad

En la Tabla 7 se aprecia, respecto a la ansiedad; que un 26,8% del total de la muestra (estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto) presentan

un nivel moderado, un 22,5% un nivel severo en contraste con un 50,0% normal leve.

Tabla 7

Nivel de ansiedad de los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	102	25,8
Leve	99	25,0
Moderado	106	26,8
Severo	89	22,5
Total	396	100,0

4.2.2. Nivel de ansiedad rasgo

Con respecto a la ansiedad rasgo, la tabla 8 indica que un 51,5% presenta un nivel moderado, seguido por un 28,3% en un nivel leve y el 20,2% presenta un nivel normal.

Tabla 8

Nivel de ansiedad rasgo de los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	80	20,2
Leve	112	28,3
Moderado	204	51,5
Total	396	100,0

4.2.3. Nivel de ansiedad estado

Se observa en la tabla 9 que el 38,1% de universitarios presenta un nivel severo de ansiedad estado, un 35,9% nivel moderado, 17,4% nivel leve y solo un 8,6% se encuentra en el nivel normal.

Tabla 9

Nivel de ansiedad estado de los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	34	8,6
Leve	69	17,4
Moderado	142	35,9
Severo	151	38,1
Total	396	100,0

4.2.4. Nivel de depresión

La Tabla 10, muestra datos relativos a los niveles de depresión; se observa que el 26,8% se ubica en un nivel severo, seguido por un 27,3% en el nivel moderado, asimismo se aprecia que un 23,7% se ubica en un nivel leve y un 22,2% se encuentra en el nivel normal.

Tabla 10
Nivel de depresión de los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	88	22,2
Leve	94	23,7
Moderado	108	27,3
Severo	106	26,8
Total	396	100,0

Se percibe en la Tabla 11 que un 55.1% de la población de estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, pertenece al género femenino, mientras que el 44,9% al género masculino; de otro lado, se aprecia que un 51.8% de estudiantes universitarios se ubican entre las edades de 19 y 21 años de edad siendo estos quienes presentan mayores niveles de ansiedad; asimismo, el 48.7% de la muestra es de la Facultad de Ciencias Empresariales, respecto al credo religioso se aprecia que en todos existe niveles de ansiedad.

Tabla 11
Niveles de ansiedad por características demográficas

		Ansiedad								Total	
		Normal		Leve		Moderado		Severo			
Sexo	Masculino	57	14,4%	43	10,9%	46	11,6%	32	8,1%	178	44,9%
	Femenino	45	11,4%	56	14,1%	60	15,2%	57	14,4%	218	55,1%
Edad	16 – 18	19	4,8%	22	5,6%	22	5,6%	10	2,5%	73	18,4%
	19 – 21	54	13,6%	50	12,6%	50	12,6%	51	12,9%	205	51,8%
	22 – 25	29	7,3%	27	6,8%	34	8,6%	28	7,1%	118	29,8%
Facultad											

	Facultad de Ciencias de la Salud	33	8,3%	15	3,8%	6	1,5%	14	3,5%	68	17,2%
	Facultad de Ingeniería y arquitectura	32	8,1%	34	8,6%	43	10,9%	26	6,6%	135	34,1%
	Facultad de Ciencias Empresariales	37	9,3%	50	12,6%	57	14,4%	49	12,4%	193	48,7%
Ciclo académico											
	I	15	3,8%	15	3,8%	16	4,0%	9	2,3%	55	13,9%
	III	13	3,3%	21	5,3%	19	4,8%	14	3,5%	67	16,9%
	V	19	4,8%	5	1,3%	11	2,8%	7	1,8%	42	10,6%
	VII	36	9,1%	40	10,1%	33	8,3%	34	8,6%	143	36,1%
	IX	19	4,8%	18	4,5%	27	6,8%	25	6,3%	89	22,5%
Estado Civil											
	Soltero	97	24,5%	95	24,0%	99	25,0%	86	21,7%	377	95,2%
	Casado	4	1,0%	4	1,0%	6	1,5%	3	0,8%	17	4,3%
	Conviviente	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	2	0,5%
	Otro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Religión											
	Adventista	72	18,2%	73	18,4%	82	20,7%	62	15,7%	289	73,0%
	Evangélico	5	1,3%	8	2,0%	5	1,3%	5	1,3%	23	5,8%
	Católico	18	4,5%	17	4,3%	14	3,5%	17	4,3%	66	16,7%
	Otro	7	1,8%	1	0,3%	5	1,3%	5	1,3%	18	4,5%
Lugar de Precedencia											
	Costa	21	5,3%	8	2,0%	12	3,0%	6	1,5%	47	11,9%
	Sierra	23	5,8%	20	5,1%	22	5,6%	19	4,8%	84	21,2%
	Selva	57	14,4%	68	17,2%	70	17,7%	62	15,7%	257	64,9%
	Extranjero	1	0,3%	3	0,8%	2	0,5%	2	0,5%	8	2,0%
	Total	102	25,8%	99	25,0%	106	26,8%	89	22,5%	396	100,0%

En la Tabla 12 se aprecia que el 31,3% del sexo femenino presentan un nivel moderado de ansiedad rasgo, asimismo los estudiantes que se ubican entre las edades de 19 y 21 años. Respecto al ciclo académico, se percibe que los estudiantes del VII y IX ciclo presentan niveles moderados de ansiedad rasgo (18,4 y 14,6% respectivamente), así también, se observa que el 34,6% de estudiantes proceden de la selva del Perú y que presentan un nivel moderado de ansiedad.

Tabla 12
Niveles de ansiedad rasgo por características demográficas

	Ansiedad rasgo									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
Sexo										
Masculino	44	11,1%	54	13,6%	80	20,2%	0	0,0%	178	44,9%
Femenino	36	9,1%	58	14,6%	124	31,3%	0	0,0%	218	55,1%
Edad										
16 – 18	20	5,1%	24	6,1%	29	7,3%	0	0,0%	73	18,4%
19 – 21	38	9,6%	63	15,9%	104	26,3%	0	0,0%	205	51,8%
22 – 25	22	5,6%	25	6,3%	71	17,9%	0	0,0%	118	29,8%
Facultad										
Facultad de Ciencias de la Salud	28	7,1%	15	3,8%	25	6,3%	0	0,0%	68	17,2%
Facultad de Ingeniería y arquitectura	28	7,1%	41	10,4%	66	16,7%	0	0,0%	135	34,1%

	Facultad de Ciencias Empresariales	24	6,1%	56	14,1%	113	28,5%	0	0,0%	193	48,7%
Ciclo académico											
	I	16	4,0%	15	3,8%	24	6,1%	0	0,0%	55	13,9%
	III	14	3,5%	23	5,8%	30	7,6%	0	0,0%	67	16,9%
	V	16	4,0%	7	1,8%	19	4,8%	0	0,0%	42	10,6%
	VII	23	5,8%	47	11,9%	73	18,4%	0	0,0%	143	36,1%
	IX	11	2,8%	20	5,1%	58	14,6%	0	0,0%	89	22,5%
Estado Civil											
	Soltero	77	19,4%	107	27,0%	193	48,7%	0	0,0%	377	95,2%
	Casado	3	0,8%	4	1,0%	10	2,5%	0	0,0%	17	4,3%
	Conviviente	0	0,0%	1	0,3%	1	0,3%	0	0,0%	2	0,5%
	Otro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Religión											
	Adventista	56	14,1%	82	20,7%	151	38,1%	0	0,0%	289	73,0%
	Evangélico	3	0,8%	10	2,5%	10	2,5%	0	0,0%	23	5,8%
	Católico	16	4,0%	16	4,0%	34	8,6%	0	0,0%	66	16,7%
	Otro	5	1,3%	4	1,0%	9	2,3%	0	0,0%	18	4,5%
Lugar de Precedencia											
	Costa	16	4,0%	12	3,0%	19	4,8%	0	0,0%	47	11,9%
	Sierra	15	3,8%	26	6,6%	43	10,9%	0	0,0%	84	21,2%

Selva	49	12,4%	71	17,9%	137	34,6%	0	0,0%	257	64,9%
Extranjero	0	0,0%	3	0,8%	5	1,3%	0	0,0%	8	2,0%
Total	80	20,2%	112	28,3%	204	51,5%	0	0,0%	396	100,0%

El 22% del sexo femenino presentan un nivel moderado de ansiedad estado, asimismo los estudiantes universitarios que se ubican entre las edades de 19 y 21 años (20,2%). Respecto a las facultades, llama la atención que los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Ingeniería y Arquitectura y Ciencias Empresariales presentan niveles altos de ansiedad estado (4,8%, 14,4% y 16,7%). En cuanto al ciclo académico, se percibe que los estudiantes del VII y IX ciclo presentan niveles moderados de ansiedad rasgo (18,4 y 14,6% respectivamente), así también, se observa que el 34,6% de estudiantes proceden de la selva del Perú y que presentan un nivel moderado de ansiedad. (Tabla 13).

Tabla 13
Niveles de ansiedad estado por características demográficas

		Ansiedad estado									
		Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
Sexo	Masculino	21	5,3%	35	8,8%	58	14,6%	64	16,2%	178	44,9%
	Femenino	13	3,3%	34	8,6%	84	21,2%	87	22,0%	218	55,1%
Edad	16 – 18	4	1,0%	16	4,0%	28	7,1%	25	6,3%	73	18,4%
	19 – 21	18	4,5%	35	8,8%	72	18,2%	80	20,2%	205	51,8%
	22 – 25	12	3,0%	18	4,5%	42	10,6%	46	11,6%	118	29,8%
Facultad											

	Facultad de Ciencias de la Salud	16	4,0%	15	3,8%	19	4,8%	18	4,5%	68	17,2%
	Facultad de Ingeniería y arquitectura	5	1,3%	23	5,8%	57	14,4%	50	12,6%	135	34,1%
	Facultad de Ciencias Empresariales	13	3,3%	31	7,8%	66	16,7%	83	21,0%	193	48,7%
Ciclo académico											
	I	3	0,8%	10	2,5%	21	5,3%	21	5,3%	55	13,9%
	III	3	0,8%	8	2,0%	28	7,1%	28	7,1%	67	16,9%
	V	8	2,0%	9	2,3%	10	2,5%	15	3,8%	42	10,6%
	VII	16	4,0%	23	5,8%	47	11,9%	57	14,4%	143	36,1%
	IX	4	1,0%	19	4,8%	36	9,1%	30	7,6%	89	22,5%
Estado Civil											
	Soltero	34	8,6%	62	15,7%	136	34,3%	145	36,6%	377	95,2%
	Casado	0	0,0%	6	1,5%	5	1,3%	6	1,5%	17	4,3%
	Conviviente	0	0,0%	1	0,3%	1	0,3%	0	0,0%	2	0,5%
	Otro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Religión											
	Adventista	27	6,8%	48	12,1%	105	26,5%	109	27,5%	289	73,0%
	Evangélico	1	0,3%	4	1,0%	8	2,0%	10	2,5%	23	5,8%
	Católico	2	0,5%	13	3,3%	26	6,6%	25	6,3%	66	16,7%
	Otro	4	1,0%	4	1,0%	3	0,8%	7	1,8%	18	4,5%
	Total	34	8,6%	69	17,4%	142	35,9%	151	38,1%	396	100,0%

Se analiza en la Tabla 14 que el 10.9% de varones y 16.4% de mujeres presentan un nivel moderado de depresión; de otro lado se aprecia que un 49% de estudiantes universitarios se ubican entre las edades de 19 y 21 años de edad y quienes presentan mayores niveles de depresión; asimismo, claro está que la depresión no distingue lugar de procedencia ni credo religioso.

Tabla 14
Niveles de depresión por características demográficas

		Depresión									
		Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
Sexo	Masculino	48	12,1%	47	11,9%	43	10,9%	40	10,1%	178	44,9%
	Femenino	40	10,1%	47	11,9%	65	16,4%	66	16,7%	218	55,1%
Edad	16 – 18	13	3,3%	14	3,5%	19	4,8%	27	6,8%	73	18,4%
	19 – 21	51	12,9%	47	11,9%	57	14,4%	50	12,6%	205	51,8%
	22 – 25	24	6,1%	33	8,3%	32	8,1%	29	7,3%	118	29,8%
Facultad	Facultad de Ciencias de la Salud	25	6,3%	17	4,3%	21	5,3%	5	1,3%	68	17,2%
	Facultad de Ingeniería y arquitectura	28	7,1%	37	9,3%	35	8,8%	35	8,8%	135	34,1%
	Facultad de Ciencias Empresariales	35	8,8%	40	10,1%	52	13,1%	66	16,7%	193	48,7%
Ciclo académico	I	9	2,3%	14	3,5%	13	3,3%	19	4,8%	55	13,9%
	III	10	2,5%	12	3,0%	21	5,3%	24	6,1%	67	16,9%
	V	8	2,0%	12	3,0%	14	3,5%	8	2,0%	42	10,6%
	VII	38	9,6%	32	8,1%	36	9,1%	37	9,3%	143	36,1%
	IX	23	5,8%	24	6,1%	24	6,1%	18	4,5%	89	22,5%
Estado Civil	Soltero	84	21,2%	89	22,5%	107	27,0%	97	24,5%	377	95,2%
	Casado	3	0,8%	5	1,3%	1	0,3%	8	2,0%	17	4,3%
	Conviviente	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	2	0,5%
	Otro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Religión											

	Adventista	58	14,6%	67	16,9%	79	19,9%	85	21,5%	289	73,0%
	Evangélico	6	1,5%	6	1,5%	8	2,0%	3	0,8%	23	5,8%
	Católico	18	4,5%	14	3,5%	19	4,8%	15	3,8%	66	16,7%
	Otro	6	1,5%	7	1,8%	2	0,5%	3	0,8%	18	4,5%
Lugar de Precedencia	Costa	11	2,8%	11	2,8%	13	3,3%	12	3,0%	47	11,9%
	Sierra	23	5,8%	20	5,1%	14	3,5%	27	6,8%	84	21,2%
	Selva	53	13,4%	61	15,4%	76	19,2%	67	16,9%	257	64,9%
	Extranjero	1	0,3%	2	0,5%	5	1,3%	0	0,0%	8	2,0%
	Total	88	22,2%	94	23,7%	108	27,3%	106	26,8%	396	100,0%

4.3. Análisis de correlación

4.3.1. Correlación entre ansiedad y depresión

El coeficiente de correlación de Pearson, indica que existe una relación directa y altamente significativa entre ansiedad y depresión ($r = ,330$; $p < 0.01$). Los valores mostrados indican que cuanto mayor sea la ansiedad mayor será la depresión (Tabla 15).

Tabla 15
Coefficiente de Correlación de Pearson entre ansiedad y depresión

	Depresión	
	r	P
Ansiedad	.330**	,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.3.2. Correlación entre las dimensiones de ansiedad y depresión

La Tabla 16 muestra que existe una correlación directa y altamente significativa entre las dimensiones de ansiedad y depresión; ansiedad rasgo ($r = -,321^{**}$; $p = 0,00$), ansiedad estado ($r = -,263^{**}$; $p = 0,00$), lo quiere decir que cuanto mayor sea la ansiedad, mayor será la depresión.

Tabla 16
Correlación entre las dimensiones de ansiedad y depresión

Dimensiones de ansiedad	Depresión	
	r	p
Ansiedad rasgo	,321**	,000
Ansiedad estado	,263**	,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

DISCUSIÓN

La importancia de este trabajo radica en el aporte a la salud mental en la población universitaria. Se planteó con el propósito de determinar si existe relación significativa entre la ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, filial Tarapoto. Este estudio logró reunir importante información sobre la salud mental de la comunidad universitaria.

En estos últimos años la incidencia de los trastorno de ansiedad y depresión son más frecuentes en los adolescentes y jóvenes, por lo que, mediante este estudio hemos podido confirmar que la población más vulnerable a estos trastornos son los que oscilan entre los 19 y 21 años. Según Gutiérrez, et al. (2010) se debe a que los universitarios de pre grado están atravesando la adolescencia tardía y es justamente allí, que se acentúan ciertos problemas de salud mental que no se experimentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos de estado de ánimo; también menciona que en el ámbito universitario el principal detonante de la depresión y el responsable de que persista la enfermedad, es el estrés académico generado por la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas, la sobrecarga académica, la realización de exámenes, las exposiciones, la realización de trabajos y tareas obligatorias. Este dato es corroborado por Serrano (2014) ya que él enfatiza que estas patologías entran en auge entre los 20 y 30 años.

Los hallazgos de esta investigación muestran que existe una relación directa y altamente significativa entre ansiedad y depresión ($r = ,330$; $p < 0.01$). Los valores mostrados indican que cuanto mayor sea la ansiedad mayor será la depresión. Estos

datos coinciden con lo que menciona Arrieta, Díaz y Gonzáles (2014), que existen síntomas compartidos entre estos dos trastornos; afirma también que, en cuanto al síndrome clínico completo, la mitad de los pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión, presentan comorbilidad de ambos casos; por otro lado se menciona que en las bases fisiológicas comunes de las mismas se ha encontrado que las respuestas de ambas enfermedades comparten características funcionales como la hiperactividad de la amígdala y un déficit de control del córtex pre frontal; los neurotransmisores implicados y los antidepresivos utilizados en el tratamiento parecen dar las mismas respuestas. Sin embargo, habría otro componente específico de la ansiedad, que se refiere a la activación fisiológica y un componente específico para la depresión, en base a la baja afectividad positiva (Agudelo, 2007).

De la misma manera Balanza, Morales y Guerrero (2009) en su trabajo de investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión, demostraron la alta incidencia de ansiedad y depresión (47,1 % y 55,6 % respectivamente), concluyendo también que las mujeres son la población más vulnerable a padecer estos trastornos, así como también los que realizan largos desplazamientos para acudir diariamente a la universidad, los que tienen responsabilidades extraacadémicas (ya sea familiares o laborales) , la existencia de asignaturas pendientes también son factores que influye en la presencia de estos trastornos. Los estudiantes de Ciencias de la Salud resultan ser los más propensos de sufrir ansiedad y depresión, ya que el realizar prácticas curriculares extrauniversitarias podría se exponen a una situación estresante. Así mismo, existen estudios como los de Pereyra, et al. (2010), cuya investigación fue centrada en poblaciones universitarias relacionadas con la salud, siendo la población de la carrera de

Medicina Humana una de las más estudiadas, debido a las exigencias que esta carrera trae consigo, sin embargo con esta nueva investigación podemos decir que carreras relacionadas con la Facultad de Ciencias Empresariales también presentan mayor incidencia de ansiedad, con un 48.7% del total de la muestra.

Por otro lado más específico, se encontró que el 51.5% de universitarios presentan un nivel moderado de ansiedad rasgo y un 38,1% presentaba ansiedad estado; datos semejantes se aprecian en el estudio de Agudelo (2008) quien encontró en una muestra de universitarios colombianos que el 19.34% presentaba ansiedad rasgo y 17,26% ansiedad estado. Los individuos que presentan mayor intensidad de ansiedad rasgo están propensos a percibir las situaciones amenazantes con mayor facilidad y a padecer ansiedad estado con mayor intensidad; sin embargo, los niveles altos en ansiedad estado les generan ira, tanto así que les es un tanto difícil poder manejar el estrés. Esto sería una de las causas por las cuales al ver que no pueden hacer frente a la ansiedad puede complicarse al entrar en cuadros depresivos. (Spielberger, 1972; citado por Ries, Castañeda, Campos, y Del Castillo. 2012).

Por otro lado, los niveles de depresión son alarmantes, el 26,8% tiene depresión severa y 27,3% moderado. No existe tanta diferencia entre un dato y el otro, podemos decir entonces que los estudiantes están atravesando por serios problemas depresivos que afecta en gran medida su óptimo desarrollo.

Por tal motivo, los datos obtenidos, en cierto modo, difieren con lo encontrado por Díaz (2012), en su investigación ejecutada en la Universidad Nacional de Colombia, ya que sólo un 3,6% de la población presentó depresión grave, el 25,9% depresión moderada y el 56,9% manifestó leve depresión. Es importante destacar que el 75,6 %

de la población evaluada vivía con sus padres o hermanos, el 75,2% reportó que en situaciones problemáticas acudían principalmente a su familia y el tiempo libre lo compartían primordialmente con los amigos y la familia (79,5% y 72% respectivamente), esta información es sumamente importante ya que nos muestra la importancia de la adecuada convivencia familiar y social, durante la etapa universitaria. Del mismo modo, Pereyra, et al. (2010), dice también que los jóvenes que residen en el domicilio familiar presentan menor incidencia. Es así que se llega a la conclusión: compartir tiempo libre con la familia es de gran ayuda para hacer frente a la depresión; así mismo, pertenecer a algún grupo y estar satisfecho con la carrera ayuda a tener una buena salud mental.

Es cierto que no se investigaron los factores relacionados a la depresión, pero es posible que uno de los desencadenantes sea las exigencias académicas a las que tienen que enfrentarse los universitarios. Así como lo expresa Arrivillaga, et al. (2003), la depresión estaría relacionada con las dificultades académicas, siendo esta la consecuencia del desinterés y/o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico. Otro factor importante a destacar es el consumo de alcohol, ya que sería una forma de automedicación de relativa protección psicológica en contra de la misma.

De igual forma, los resultados en la investigación de Arrieta, et al. (2014), sobre los síntomas de depresión y ansiedad en universitarios: prevalencia y factores asociados; apoyan a los datos sobre la gravedad en la prevalencia de ansiedad y depresión encontrados en nuestro estudio, la prevalencia fue de 76 % y 74,4 % respectivamente. Se menciona que los síntomas ansiosos están muy relacionados con los problemas económicos, problemas familiares y consumo de alcohol; así mismo, antecedentes

familiares de ansiedad y depresión, problemas familiares, problemas económicos y ansiedad, están relacionados con los síntomas depresivos, es decir la ansiedad sería considerada como la antesala para la depresión.

Podemos deducir entonces que la depresión trae consigo muchos desequilibrios que afecta muchos aspectos de la vida. En la investigación de Serrano, et al (2013), se encontró que la depresión está asociada al bajo rendimiento académico en más de la mitad de la muestra, obteniendo así dos suposiciones. En la primera, indica que la depresión podría ser la causa del bajo rendimiento, ya que los síntomas depresivos (desánimo, anhedonia) interfieren en la actividad intelectual generando el fracaso académico, en tales casos la depresión inhibe el deseo del individuo. Por otro lado, en la segunda suposición, ante la imposibilidad de rendir académicamente como los demás, es decir, el bajo rendimiento académico provocaría baja autoestima y cogniciones pesimistas que pueden conducir a la depresión. Lo alarmante aquí es que la depresión dificulta la memoria y la concentración, interfiriendo así en el aprestamiento académico; un deprimido sin energía, que no encuentra motivación por nada, estará imposibilitado para entender y captar las lecciones impartidas por el docente.

Los estudiantes del VII y IX ciclo presentan niveles moderados de ansiedad rasgo (18,4 y 14,6% respectivamente), debido a que la adaptación a las exigencias de la vida universitaria trae consigo estrés y ansiedad, que van superándose con el transcurso del tiempo; sin embargo las expectativas sobre el futuro y las decisiones relacionadas con la promoción del estudiante, son lo que incrementa el riesgo para la ansiedad y depresión. Por otro lado, las exigencias académicas en la etapa superior son reconocidas por los

estudiantes como uno de los factores que generan mayores niveles de depresión (Gutiérrez, et al. 2010).

Asimismo, los altos índices de ansiedad y depresión suelen ir acompañados de procesos de desadaptación al entorno más cercano, en tal sentido, los factores relacionados al entorno suelen ser considerados como predisponentes. Como la existencia de un factor del entorno académico, que aún no está confirmada, el cual sería tener asignaturas pendientes de otros años. Existen muchos factores de diversa índole los que ejercen mayor influencia en el riesgo (Balanza, 2009).

Las estadísticas muestran que la población femenina presenta mayores índices de depresión moderada y ansiedad rasgo (16,4 %; 31,3%, respectivamente), afirmando así que las mujeres son más vulnerables a padecer de estos trastornos; datos similares a otras investigaciones como la de Agudelo, et al. (2008), Arrieta, et al. (2014), Díaz (2012) que afirman que las diferencias de sexo en las incidencias de estos trastornos se debe a factores psicobiológicos, ya que son muchas las causas que intervienen para que las mujeres estén más propensas y/o padecer de estos trastornos; por tal motivo, es de suma importancia reconocer qué factores son de naturaleza biológica, cuáles son de naturaleza social y cuáles son o no inmutables.

En nuestro país existe mucha facilidad para poder continuar los estudios superiores, ya que existen universidades privadas las que permiten a los adolescentes estudiar una profesión sin disipar tanto tiempo preparándose en academias o esperar hasta lograr un ingreso a una universidad nacional. Es por tal motivo que, las edades en nuestra muestra oscilan entre los 17 y 25 años, ya que es importante destacar que durante el período de aprendizaje, desde los grados preuniversitarios hasta la educación universitaria y

posgrado se experimenta mucha tensión. Sin embargo, podemos expresar que los trastornos de ansiedad y depresión, afecta a toda la población sin excepción de raza, cultura y/o religión.

CONCLUSIONES

En la vida de todo ser humano, existe una realidad irrefutable y es su existencia física y corporal. Su individualidad, personalidad y su ser están determinadas por su cuerpo; nada existe separado de su cuerpo; entonces el concepto de enfermedad mental es una ilusión. No existe perturbación mental que a la vez no sea física (Lowen, 2010). De esta manera, el estudio de los síntomas corporales que genera la ansiedad y la depresión son de gran importancia, ya que el pensamiento emana de la interacción de una carne subjetiva que se dice “el yo” y el mundo que la contiene, los cuales están sumergidos en un gran juego de pasiones corporales, el cual implica fuertes relaciones conflictivas.

Después de haber realizado los requerimientos necesarios para la investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad Peruana Unión filial Tarapoto, podemos decir que:

- Respecto al objetivo general, se encuentra que la ansiedad se relaciona significativamente con la depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, filial Tarapoto, es decir a mayor nivel de ansiedad mayor nivel de depresión.
- Respecto al primer objetivo específico, se encuentra que la ansiedad rasgo se relaciona significativamente con la depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, filial Tarapoto.
- Respecto al segundo objetivo específico, se encuentra que la ansiedad estado se relaciona significativamente con la depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, filial Tarapoto.

RECOMENDACIONES

Siendo que los estudiantes reconocen estar frente a exigencias que les producen cierto malestar, pero que no lo manifiestan abiertamente, es importante implementar estrategias que le faciliten la identificación de la enfermedad y se pueda tomar acciones inmediatas que conlleve a supervisarlas; nos permitimos efectuar las siguientes recomendaciones:

- Réplica de la presente investigación en grupos de estudiantes de otras universidades ya sean estatales o privadas.
- Ampliación del tamaño de la muestra.
- Diseñar programas preventivos para los estudiantes de los primeros ciclos, con la finalidad de fortalecer la autoestima y el adecuado uso del tiempo, para sí poder hacer frente a las sintomatologías ansiosas y/o depresivas.
- La universidad debe establecer un consultorio psicológico con un profesional permanente que tenga acceso a los estudiantes y miembros de la comunidad universitaria.
- Implantar servicios de asesoramientos académicos, sociales y familiares que permitan mantener y ampliar las redes sociales del estudiante y oriente a los mismos sobre las competencias en el campo laboral y social, para que el temor de graduarse sea tenue, así como facilitar su participación e integración en el medio familiar y así resistir a las sintomatologías ansiosas y depresivas.
- Fomentar el arte teatral, actividades sociales y deportivas organizadas en base a talleres sostenibles en el tiempo, como parte del área de formación para la vida.

- Motivar a los estudiantes a investigar aspectos que corresponden a su formación profesional, personal y espiritual, para así tener conocimiento de aspectos no considerados que pueden ser indispensable para mantener una buena salud mental, físico, intelectual y espiritual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Aguleo, D., Buela G. y Donald, Ch. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41. doi: 0185-3325.
- Agudelo, D. Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39. doi: 2011-7922.
- Alava, J., Guerrero, K. y Pachamora, R. (2012). Manual del Inventario de Ansiedad en Estudiantes Universitarios – GAP. *Asignatura de Construcción de Pruebas*.
- Amézquita, M., Gonzales, R. y Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 16.
- Arrieta, K., Díaz, Sh. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam*, 7(1), 14-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J. y Lozano, T. (2003). Características de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, 3, 17-26.

- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187. doi: 1130-5274.
- Barradas, M. (2014). *Depresión en estudiantes universitarios: una realidad indeseable*. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=SHWTAwAAQBAJ&hl=es&source=gbs_slicer_cls_metadata_0_mylibrary
- Bringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la asociación de psicoterapia*, 4(2), 1-9. doi: ISSN 2314-2685.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. [Versión de Desclée de Brouwer, 1983] doi: 9788433006264
- Beck, A. y Clark, D. (1985). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: DDB.
- Bohórquez, A. (2007). *Prevalencia de depresión y de ansiedad en estudiantes de medicina*. (Tesis de maestría. Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/442/1/med3.pdf>
- Borrego, C., Cruz, J. Gonzales, R. Panduro, L. Quevedo, P., Rodríguez, M., Solar, D. y Villacorta, A. (2009). Ansiedad, Depresión y Factores demográficos en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo. *Revista Psicológica*, 11(1), 97-109. doi: 1990-6757.

- Burillo, S. (2014). *Ansiedad ¡Que alguien me ayude!* Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=LFksBQAAQBAJ&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Bartra, A y Guerra, E. (2013). *Autoconcepto y depresión en los alumnos de la Universidad Peruana Unión*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Tarapoto
- Burt, M. (2008). Elena White y los tratamientos para la salud mental. *Dialogo Universitario*, 21(1). 12-15.
- Burt, M. (2009). Elena White y la salud mental. *Diálogo universitario*, 20 (3), 11-14.
- Bula, M. y Dávila, S. (2013). Depresión, Ansiedad e Ira Presentes en un grupo de personas de la ciudad de Medellín- Colombia, diagnosticadas con síndrome de intestino irritable. (Tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado de :
<http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1112/1/Depresi%C3%B3n%20Ansiedad%20e%20Ira%20Presentes%20en%20un%20Grupo%20de%20Personas%20de%20la%20Ciudad%20de%20Medell%C3%ADn-%20Colombia%20Diagnosticadas%20con%20S%C3%ADndrome%20de%20Intestino%20Irritable.pdf>
- Campo, G. y Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud – UNIVALLE. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30(4), 351-358. doi: 0034-7450.

- Carranza, R. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana. *Apuntes universitarios*, 2(2), 79-90. doi:2225-7136.
- Celis, J., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. y Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes Universitarios de Medicina Humana del Primer y Sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30. doi:1025-5583.
- Cetina, S. (2012). Confirmar si las teorías Psicodinámicas de Freud y Abraham explican los trastornos depresivos mayores (melancolía). *Psimonart*, 4(1-2), 37-54.
- Chicchon, J. y Sánchez, C. (2014). Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en Lambayeque durante el 2012. (Tesis de maestría). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/191/1/TL_ChicchonPeraltaJorge_SanchezMarinCesar.pdf
- Copeland, J. y Franciosi, P. (2009). Salud mental en atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Federación Mundial para la Salud Mental. Recuperado de: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>
- Cordiza, W. (2009). El peso de lo que se espera: ser estudiante en la Universidad de Colombia. *Revista colombiana de sociología*, 33(1), 193-210. doi: 0120-159X.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifrttu, A., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007). Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112. doi: 0718-4808.

- Chimoy, P. y Cruz, J. (2007). Ansiedad y Depresión en el rendimiento académico universitario. *UMBRAL. Revista Semestral de Educación, Cultura y Sociedad*, 13-14, 120-129.
- Czernik, G., Almirón, L., Jiménez, S. y Mora, M. (2005). Resultados de una encuesta de evaluación de ansiedad en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Nordeste en el año 2004.(Resumen:M-117). Universidad Nacional del nordeste - Argentina.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*. 1 (3), 1-5.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2007). La relación terapéutica en terapia cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*. 1(12), 1-6
- Díaz, N. (2012). *Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. (Tesis de maestría) .Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>
- Dyrbye, L., Thomas, M. y Shanafelt, T. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81 (4), 354-373. doi: MN55906.
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E. y Hefner J. (2007). Prevalence and Correlates of depression, anxiety and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.534.

- Faga, S. (2010). Dinámica de la depresión en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana. (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102405.pdf>
- Ferrel, R., Celis, A. y Hernández, O. (2011). Depresión y factores demográficos en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 27(1), 40-60, doi: 0123-427X.
- Festorazzi, A. y Rodríguez, A. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y Depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 1(184), 4-9.
- Flores, R., Jimenes, S., Pérez, S., Ramírez, P. y Vega, C. (2007). Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2(10), 94-105.
- Gonzales, M., Landero, R. y García, J. (2009). Relación entre la Depresión y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*, 25(2), 141-145.
- Guavita, P. y Sanabri, P. (2006). Prevalencia de sintomatología en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(2), 76-87.

- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rodas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*. 24(1),7-17.
- Gutiérrez, J. y Portillo, C. (2013). La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 533-557.
- Hernández, R., López, J y Flores, R. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 8(1), 28-33 doi: 2007-0713.
- Keck, M. (2010, 31 de mayo). La depression: ¿Cómo surge? ¿Cómo se trata? ¿Cuál es su relación con el estrés? *Lundbeck*. Recuperado: [www.Depression.ch>depressionen_es_neu](http://www.Depression.ch/depressionen_es_neu)
- Kritchmann, M. y Strous, R. (2011). Religiosity, Anxiety and Depression among Israeli Medical Students. *IMAJ*, 13(10), 613-618.
- Barradas, M. (2014). Depresión en estudiantes universitarios: Una realidad indeseable.
- Lowen, A. (2010). *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza.
- Mikolajczyk, R., Maxwell, A., El Ansari, W., Stock, C., Ilieva, S., Dudziak, U. y Nagyova, I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(1), 105-112. doi: 10.1007/s00127-007-0282-0.

Organización Mundial de la Salud. La depresión, 2012. Resolución WHA65.4 de la Asamblea de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la salud. La depresión, 2012 Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de los trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Informe de secretaria, 2011. Consejo Ejecutivo 130ª reunión, punto 6.2 del orden del día provisional. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/26444#sthash.4YhoqMcz.dpuf>

Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega, M. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatr*, 73(1), 15-19.

Ortiz, M. (1997). *Trastornos psicológicos*. Madrid: Aljibe.

Piqueras, J., Martínez, A. y Linares, V. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicológica*, 15(1), 43-73. doi: 0121-4381.

Rahola, J. y Micó, A. (2002). *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula médica.

Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. y Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad rasgo y ansiedad estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*. 12(2)

- Risos, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualizaciones del caso clínico*. Lima: Norma.
- Rivareneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1-6.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-110. doi:1560-909x.
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M. y Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62. doi: 1405-0943.
- Rodríguez, D., Dallos, C., Sánchez, Z., Díaz, L., Rueda, G. y Campo, A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5), 1402-1407.
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G. y Sotil, A. (2011). Niveles de Depresión en Estudiantes de Tecnología Médica, Perú. *AN FAC med*, 72(3), 183-186. doi: 1025-5583.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9 (2), 133-170. doi: 0212-9728.

- Sánchez, M., Díaz, L. y Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159-168. doi: 0034-7450.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. *Manual de psicopatologías*, 2(1), 53-80.
- Santander, J., Romero, M., Hitschfeld, M. y Zamora, V. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista chilena de neur.psiquiatria*, 49(1), 47-55. doi: 0717-9227.
- Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, Ansiedad y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60. doi: 0187-7690.
- Sotelo, L., Sotelo, L., Domínguez, S., Poma, I., Cueto, E., Alarcón, D., Barboza, M. y Padilla, O. (2012). Propiedades Psicométricas del Inventario de depresión estado-rasgo (IDER) en adultos de Lima, *Unife*, 20 (2), 50-68.
- Spilberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA. (Trabajo original publicado en 1970).
- Tobías, C. y García, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 19 (104), 437-453.
- Tomoda, A., Mori, Katsuaki., Kimura, M., Takahashi, T. y Kitamura, T. (2000). One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in

- Japan: Apreliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(1), 583-588.
doi: 272-0827.
- Valdivia, M. (2007). *Creencias de la iglesia adventista*. Florida: Casa Editora Sudamericana.
- Vallejo, J., Gastó, F. (1990). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Madrid: Salvat.
- Vara, A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión Empírica*. Lima: Asociación por las defensas de la minoría.
- Vásquez, C. y Ríos, J. (2009). Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de postgrado. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 7-12.
- Vázquez, C., Hermangómez, L. y Hervás, G. (2007). Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. (*Tesis de maestría. Universidad Complutense de Madrid*). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/Modelos%20Cognitivos%20+%20Graficas%20_C.%20Vazquez_.pdf
- Viedma, M. (2008). Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas. *España: Editorial de la Universidad de Granada*.
- Virues, R. (2005) *Estudio sobre la ansiedad*. *Revista Psicología Científica.com*
- White, E. (1978). *Conducción del niño*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLE	TIPO	DISEÑO
¿Existe relación significativa entre ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015?	¿Existe relación significativa entre ansiedad estado y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015? ¿Existe relación significativa entre ansiedad rasgo y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015?	Determinar si existe relación significativa entre ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015	Determinar si existe relación significativa entre ansiedad estado y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015 Determinar si existe relación significativa entre ansiedad rasgo y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015	Existe relación significativa entre la ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015	Existe relación significativa entre ansiedad estado y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015 existe relación significativa entre ansiedad rasgo y depresión en los estudiantes universitarios de Tarapoto, 2015	Variable Independiente: Ansiedad Variable Dependiente: Depresión	Correlacional	No experimental

ANEXOS

INVENTARIO DE ANSIEDAD PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS "GAP"

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

CENTRO DE ESTUDIOS:

UPeU	UCV	UAP	UNSM
------	-----	-----	------

AÑO DE ESTUDIOS: _____ CICLO: _____ FECHA: _____

INDICACIONES: Presentamos a continuación una serie de enunciados que describen el modo en el que usted se siente hoy se ha sentido las 2 últimas semanas al enfrentar las situaciones de ansiedad en la época de de estudios. Responda cada uno de los enunciados de una manera rápida y consciente, marcando con una "X" en el cuadro de "Nunca", "A veces" o "Siempre" según sea su caso.

N	: Nunca
AV	: A veces
S	: Siempre

N°	ENUNCIADO	N	AV	S
1	Siento que soy una persona nerviosa.			
2	Cuando tengo trabajos, exposiciones y exámenes finales, me desespero demasiado			
3	Cada vez que estoy nervioso me muerdo la uñas y/o alrededor de los labios			
4	Tengo deseos impulsivos de querer comer más de lo debido.			
5	Cuando me preocupo, se me tensionan los músculos.			
6	Cada vez que tengo que exponer me sudan las manos.			
7	Al momento de rendir un examen me pongo tan nervioso que olvido lo que estudié.			
8	En exposiciones y/o exámenes orales me pongo nervioso y siento que se me seca la boca.			

9	Quando estoy nervioso me da ganas de miccionar.			
10	Tengo excesiva preocupación por mi desempeño académico.			
11	Frente a la acumulación de trabajos, me siento irritable, todo me incomoda y no puedo estar tranquilo.			
12	Me siento intranquilo(a) cuando estoy mucho tiempo sentado			
13	Siento fuertes palpitaciones cada vez que estoy en exámenes finales y exposiciones.			
14	Quando estoy preocupado(a) y nervioso(a), prefiero alejarme de los demás			
15	Me preocupa tanto mi rendimiento académico que a veces no puedo dormir tranquilo.			
16	Realizo mis trabajos y exposiciones teniendo en cuenta el mínimo detalle para que sea perfecto.			
17	Me preocupa mucho no solo aprobar los cursos, sino tener las mejores calificaciones.			
18	Quando estoy preocupado(a), me viene una sensación de mareos y ganas de querer vomitar.			
19	Quando estoy saturado(a) con las labores académica, comienzo a sentir dolores de cuerpo y me siento débil.			
20	Quando voy a exponer me agito, tiemblan mis piernas y a veces siento que voy a desvanecer.			
21	Quando tengo temor se me acelera el corazón, me falta aire, y siento que voy a morir.			

“INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – BDI”

Este inventario consta de 21 grupos de enunciados. Lea cada uno de ellos y luego elija el enunciado que mejor señale el modo como ha sentido en las últimas semanas hasta hoy. Marque o encierre el número correspondiente al enunciado elegido.

1. TRISTEZA.

1. No me siento triste.
2. Me siento triste gran parte del tiempo.
3. Estoy triste todo el tiempo.
4. Estoy tan triste o tan infeliz que no

2. PESIMISMO.

1. No estoy triste.
2. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
3. No espero que las cosas funcionen para mí.
4. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puedo empeorar

3. FRACASO.

1. No me considero un fracasado.
2. He fracasado más de lo que hubiera debido.
3. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
4. Siento que como persona soy un fracasado.

4. PERDIDA DEL PLACER.

1. Obtengo tanto placer como siempre, por las cosas de las que disfruto.
2. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
3. Obtengo muy poco placer de las cosas, de las que solía disfrutar.
4. No puedo obtener ningún placer de las cosas, de las que solía disfrutar.

5. SENTIMIENTOS DE CULPA.

1. No me siento particularmente culpable.
2. Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
3. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
4. Me siento culpable todo el tiempo.

6. SENTIMIENTOS DE CASTIGO.

1. No siento que estoy siendo castigado.
2. Siento que tal vez pueda ser castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Siento que estoy siendo castigado.

7. DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO.

1. Siento acerca de mí lo mismo que siempre
2. He perdido la confianza de mí mismo.
3. Estoy decepcionado conmigo mismo.
4. No me gusto a mí mismo.

8. AUTOCRÍTICA.

1. No critico ni me culpo más de lo habitual.
2. Estoy más crítico conmigo mismo, de lo que solía estarlo.
3. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
4. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS.

1. No tengo ningún pensamiento suicida
2. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
3. Quería matarme.
4. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. LLANTO.

1. No lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro más de lo que solía hacerlo.
3. Lloro por cualquier pequeñez.
4. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. AGITACIÓN.

1. No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.
2. Me siento más inquieto o tenso de lo habitual.
3. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
4. Estoy tan inquieto o agitado que, tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. PÉRDIDA DE INTERÉS.

1. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
2. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
3. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
4. Me es difícil interesarme por algo

13. INDECISION.

1. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
2. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
3. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

4. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. DESVALORIZACIÓN.

1. No siento que yo no sea valioso.
2. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
3. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
4. Siento que no valgo nada.

15. CAPACIDAD LABORAL

1. Tengo tanta energía como siempre.
2. Tengo menos energía que la que solía tener.
3. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
4. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. CAMBIOS EN LOS HABITOS DE SUEÑOS

1. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª Duermo un poco más que lo habitual
1b Duermo un poco menos que lo habitual
2ª Duermo mucho más que lo habitual
2b Duermo mucho menos que lo habitual.
3ª Duermo la mayor parte del día
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. IRRITABILIDAD

1. No estoy más irritable que lo habitual
2. Estoy más irritable que lo habitual.
3. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
4. Estoy irritable todo el tiempo.

18. PERDIDA DE APETITO

1. No he experimentado ningún cambio de mi apetito.
- 1^a Mi apetito es muy poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es muy poco mayor que lo habitual
- 2^a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a No tengo apetito en lo absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo

19. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

1. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
2. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
4. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. CANSANCIO O FATIGA.

1. No estoy preocupado por mi salud.
2. Me preocupa los problemas físicos como dolores, malestares de estómago, catarros, etc.
3. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
4. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO

1. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
2. Estoy menos interesado en el sexo de los que solía estarlo.
3. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
4. He perdido completamente el interés por el sexo

**VALIDES DE CONTENIDO DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD PARA ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS MEDIANTE EL CRITERIO DE JUECES**

En la Tabla 16 se puede estimar que todos los ítems alcanzan niveles adecuados de significación estadística, concerniente a la claridad de los reactivos, como: la precisión y sencillez. De igual manera; las respuestas de los jueces fueron calificadas con valor de 1 si estaban de acuerdo y 0 si estaban en desacuerdo. Conforme a los resultados obtenidos concluimos que el instrumento presenta validez de contenido.

Tabla 16
Índice de Jueces para validez de contenido de los ítems

ITEMS	No existe dificultad para entender la pregunta		No existen palabras difíciles de entender		Suficientemente detallado la pregunta		Dominio del constructo	
	V de Aiken	p	V de Aiken	p	V de Aiken	p	V de Aiken	p
1								
2	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
3	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
4	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
5	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
6	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
7	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
8	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
9	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
10	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
11	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
12	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
13	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
14	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
15	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
16	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
17	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
18	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
19	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016

20	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016
21	1	0.016	1	0.016	1	0.016	1	0.016

La estimación de la confiabilidad no garantiza la validez del instrumento, pues como narra Cortada de Kohan (1999) un instrumento “... *puede ser confiable sin ser necesariamente válido*” (p.37). En tal sentido, a continuación presentamos diversos análisis de validez, así como indica Elosua (2003) el proceso de validación agrupa un conjunto de estudios direccionados a evidenciar evidencia que presentan una base científica a la interpretaciones del uso correcto del instrumento.