

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**Factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansiedad en
mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región
Lambayeque**

Presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Investigadoras: Callao Samillán, Maryhori Jazmín

Muro Ordinola, Patricia Alejandra

Asesor: Vallejos Valdivia Claudia Dora

**Lambayeque - Perú
2021**

**Factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansiedad en
mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región
Lambayeque**

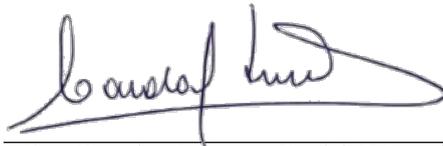
Tesis presentada para obtener el Título Profesional de Licenciadas en
Psicología



Bach. Maryhori Jazmín Callao Samillán
Investigadora



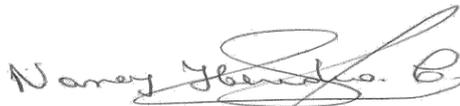
Bach. Patricia Alejandra Muro Ordinola
Investigadora



M. Sc. Carola Amparo Smith Magüña
Presidente



M. Sc. Milagros del Pilar Cabezas Martínez
Secretario



Dra. Nancy Liliana Heredia Carhuapoma
Vocal



M. Sc. Claudia Dora Vallejos Valdivia
Asesora



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N° 0303-VIRTUAL

Siendo las **09:00 horas**, del día **Martes 24 de mayo de 2022**; se reunieron **vía online mediante la plataforma virtual Google Meet**, <https://meet.google.com/wee-traz-hhn>, los miembros del jurado designados mediante **Resolución N° 0510-2021-V-D-NG-FACHSE**, de fecha **04 de junio de 2021**, integrado por:

- | | |
|------------|--|
| Presidente | : M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña. |
| Secretario | : M. Sc. Milagros del Pilar Cabezas Martínez |
| Vocal | : Dra. Nancy Liliana Heredia Carhuapoma |
| Asesor | : M. Sc. Claudia Dora Vallejos Valdivia |



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: **“FACTORES ASOCIADOS A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ESTRÉS Y ANSIEDAD EN MAYORES DE EDAD DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA COVID-19 EN LA REGIÓN LAMBAYEQUE”**; presentada por las bachilleres **CALLAO SAMILLÁN MARYHORI JAZMÍN y MURO ORDINOLA PATRICIA ALEJANDRA** para obtener el Título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con el Reglamento General de Investigación (aprobado con Resolución N° 620-2021-CU de fecha 30 de diciembre de 2021); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(os) sustentante(s), quien(es) procedió(eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de **(18) (DIECIOCHO)** en la escala vigesimal, que equivale a la mención de **MUY BUENO**

Siendo las **10:00 horas** del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña
PRESIDENTE

M. Sc. Milagros del Pilar Cabezas Martínez
SECRETARIO

Dra. Nancy Liliana Heredia Carhuapoma
VOCAL

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....

El presente acto académico se sustenta en los artículos del 39 al 41 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2019-CU de fecha 4 de setiembre del 2019); la Resolución N° 407-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 004-2020-VIRTUAL-VRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la tramitación virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 0372-2020-V-D-NG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-NG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

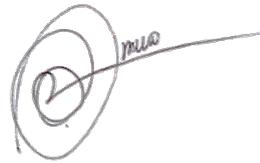
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, Callao Samillán Maryhori Jazmín y Muro Ordinola Patricia Alejandra investigadoras principales, y Vallejos Valdivia Claudia Dora asesora del trabajo de investigación “Factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansiedad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 23 de Enero del 2022



Bach. Callao Samillán Maryhori Jazmín
Investigadora principal



Bach. Muro Ordinola Patricia Alejandra
Investigadora principal



M. Sc. Vallejos Valdivia Claudia Dora
Asesora

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

Dios, por ser la fuente inspiradora de nuestras metas y brindarnos en todo momento la fortaleza para luchar por nuestros sueños.

Nuestros padres, pilares fundamentales que con su amor, trabajo y sacrificio hicieron de nosotras grandes seres humanos, que con valores sólidos enfrentaremos las adversidades de la vida.

Nuestros hermanos, por su apoyo moral, de aliento constante para seguir creyendo en nuestras capacidades y realzar todas nuestras potencialidades.

Todas aquellas personas que han sido parte de este proyecto, apoyándonos y compartiendo sus conocimientos, brindando sus experiencias para que este trabajo se realice con éxito.

Maryhori Jazmín Callao Samillán

Patricia Alejandra Muro Ordinola

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos con salud, guiar cada uno de nuestros pasos y decisiones, siendo apoyo leal en momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a nuestros padres, por confiar y creer en nuestras capacidades, siendo los principales promotores de nuestros sueños, por los consejos, valores, principios sólidos que nos han inculcado y hecho de nosotras seres de bien y bondad.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la UNPRG, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de nuestra formación profesional, de manera especial, a la M. Sc. Claudia Dora Vallejos Valdivia, asesora de nuestra tesis, quien ha guiado con sus enseñanzas, dirección y colaboración el desarrollo de este trabajo.

Maryhori Jazmín Callao Samillán

Patricia Alejandra Muro Ordinola

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	18
Antecedentes	18
<i>Internacionales.....</i>	<i>18</i>
<i>Nacionales</i>	<i>20</i>
Bases teóricas.....	22
<i>Depresión.....</i>	<i>22</i>
Definición.....	22
Epidemiología	23
Clasificación.....	23
<i>Estrés</i>	<i>25</i>
Definición.....	25
Epidemiología.....	26
Clasificación.....	26
<i>Ansiedad</i>	<i>27</i>
Definición.....	27
Epidemiología.....	28
Clasificación.....	29
<i>Teorías.....</i>	<i>31</i>
Modelo Cognitivo – Conductual de la depresión de Aaron Beck.)	31
Modelo Cognitivo – Conductual de la ansiedad de Beck.....	33
Modelo de los dos factores de Watson y Tellegen.....	36
Modelo tripartito de la afectividad negativa de Clark y Watson.....	37
<i>Factores asociados</i>	<i>39</i>
Edad	39
Sexo.....	40

Ocupación.....	41
Pérdida de un familiar.....	42
<i>Confinamiento</i>	42
Definición y operacionalización de las variables.....	44
CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES.....	46
Diseño metodológico.....	46
<i>Diseño del Estudio</i>	46
<i>Población</i>	46
<i>Muestra</i>	46
Criterios de selección	47
Técnicas, instrumentos, equipos y materiales	47
<i>Método de recolección de datos</i>	47
<i>Instrumentos</i>	48
Gestión de datos	49
Análisis estadístico	49
Consideraciones éticas	49
Limitaciones.....	50
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
Resultados.....	51
Discusión	56
CAPITULO IV. CONCLUSIONES.....	61
CAPITULO V: RECOMENDACIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	64
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Operacionalización de variables</i>	44
Tabla 2	<i>Características sociodemográficas de adultos encuestados</i>	52
Tabla 3	<i>Variable depresión en los adultos encuestados</i>	52
Tabla 4	<i>Variable estrés en los adultos encuestados</i>	53
Tabla 5	<i>Variable ansiedad en los adultos encuestados</i>	53
Tabla 6	<i>Depresión por variables</i>	54
Tabla 7	<i>Estrés por variables</i>	55
Tabla 8	<i>Ansiedad por variables</i>	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Flujograma de selección de personas mayores de edad que cumplieron con los criterios de selección</i>	47
---	----

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque, para lograrlo se realizó un estudio de tipo transversal correlacional con enfoque cuantitativo. Se utilizó el muestreo de tipo no probabilístico denominado bola de nieve, obteniendo así una muestra de 1028 participantes. Para la recolección de datos se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés denominada DASS-21 de los autores Peter Lovibond y Sidney Harold Lovibond. Los datos obtenidos se analizaron utilizando el programa STATA v16.0, para el análisis univariado de la variable cuantitativa se encontró la medida de tendencia central y dispersión, para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias y los porcentajes; en el análisis bivariado se empleó la prueba estadística chi-cuadrado. Dentro del resultado se obtuvo que el 55.35% fueron mujeres, el 47.37% eran estudiantes y el 30.16% perdió un familiar; además, el 42.41%, 41.25% y 49.12% del total presenta algún nivel de depresión, estrés y ansiedad respectivamente; en el análisis bivariado se obtuvo que el 49.55%, 50.09% y 57.47% de mujeres presenta algún nivel de depresión, estrés y ansiedad respectivamente, los intervalos de edades de 20-25, 21-25 y 20-22 tienen algún nivel de depresión, estrés y ansiedad respectivamente, además, el 56.06%, 50.1% y 57.08% de los estudiantes presentan depresión, estrés y ansiedad respectivamente; por último, el 56.45% de las personas que perdieron a un familiar presentan algún nivel de ansiedad. En conclusión, los factores asociados a la depresión, estrés y ansiedad son sexo, edad y ocupación ($p < 0.001$), encontrándose como predominantes al sexo femenino, las edades comprendidas entre 20 – 27 y la ocupación de estudiante. Además, el factor fallecimiento de un familiar tiene una asociación estadística con la ansiedad ($p 0.021$).

Palabras clave: depresión, estrés, ansiedad, sexo, edad, ocupación, familiar
fallecido, confinamiento.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the factors associated with levels of depression, stress and anxiety in adults during lockdown by COVID-19 in the Lambayeque region, to achieve this, a cross-sectional correlational study with a quantitative approach was conducted. Non-probabilistic sampling called snowball was used, thus obtaining a sample of 1028 participants. For data collection, the scale of depression, anxiety and stress called DASS-21 by the authors Peter Lovibond and Sidney Harold Lovibond was used. The data obtained were analyzed using the STATA v16.0 program, for the univariate analysis of the quantitative variable the measure of central tendency and dispersion was found, for the qualitative variables the frequencies and percentages were determined; in the bivariate analysis, the chi-square statistical test was used. Within the result, it was obtained that 55.35% were women, the mean age was 23 years, 47.37% were students and 30.16% lost a relative; in addition, 42.41%, 41.25% and 49.12% of the total presented a level of depression, stress and anxiety respectively. In the bivariate analysis it was obtained that 49.55%, 50.09% y 57.47% of women present a level of depression, stress and anxiety respectively; the ages ranges of 20-25, 21-25 y 20-22 have a level of depression, stress and anxiety respectively; additionally, 56.06%, 50.1% y 57.08% of the students present depression, stress and anxiety respectively; Finally, 56-45% of people who lost a relative, present a level of anxiety. In conclusion, the factors associated with depression, stress and anxiety are sex, age and occupation ($p < 0.001$), with the female sex, ages between 20-27 and students occupation being predominant. Furthermore, the death of a relative has a statistical association with anxiety.

Key words: depression, stress, anxiety, sex, age, occupation, death of a relative, lockdown.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, un aproximado de 972 millones de personas padecen de algún trastorno de salud mental a nivel mundial (Our World in Data, 2019). Siendo los trastornos depresivos, los que poseen una prevalencia más alta, afectando a una cantidad muy elevada de personas la cual oscila entre los 300 millones. (OMS, 2017). Dentro de los trastornos de ansiedad se estima que el 20% de la población durante el transcurso de su vida padecerá una crisis ansiosa; y más del 9% será diagnosticada con trastorno de pánico. Además, el grupo etario de 18 a 34 años tienen niveles más elevados de trastornos ansiosos. (OMS, 2017). Por otro lado, el estrés es un estado frecuente en el día a día de las personas debido a las exigencias en los diferentes ámbitos de desarrollo, sin embargo, el exponerse a niveles altos de estrés repercute en la salud de las personas, siendo así la base para desarrollar enfermedades como la depresión, ansiedad, patologías cardíacas y cardiovasculares, entre otros; es por ello que la OMS considera al estrés como una epidemia global. (BBC, 2021).

En América Latina, los trastornos mentales han tenido una creciente en la última década, sobre todo los casos de desórdenes depresivos han aumentado de manera progresiva, reportándose en Brasil que 11 548 577 personas padecen este trastorno, lo cual se traduce en 5.8% de la población. En Paraguay existen 332 628 de personas afectadas, representando al 5.2% de su población. En Chile se evidenciaron 844 253 casos, que significan el 5.0% del total de habitantes. En Uruguay, se informó la existencia de 158 005 personas afectadas, quienes son un 5.0% del total poblacional. (OMS,2017). En el Perú, el Ministerio de Salud atendió más de un 1.2 millones de casos de salud mental durante el año 2019, de los cuales 300 mil fueron trastornos de ansiedad y 250 mil trastornos depresivos. (MINSa, 2019). Durante el año 2017, en nuestra región el número de atenciones en salud mental era de 6491; en el año 2018 se incrementó a 9056; y hasta finales de octubre del 2019 las atenciones

fueron de 13654, existiendo una mayor incidencia de atenciones en casos de ansiedad y trastornos depresivos. (GERESA LAMBAYEQUE, 2019).

Actualmente, nos encontramos viviendo una pandemia debido a la infección de tipo viral SARS-COV-2, identificada como COVID-19. Debido a ella, a nivel mundial se establecieron diversas medidas preventivas de salud pública para contener la expansión de la enfermedad, siendo el aislamiento domiciliario obligatorio una de las medidas más utilizadas por la gran mayoría de los gobiernos. Es indiscutible el hecho de que existen riesgos médicos debido al aumento acelerado de casos positivos y decesos, sin embargo, dado que este acontecimiento es insólito, es muy difícil pronosticar y estimar de forma exacta cuáles son las repercusiones psicológicas y emocionales de la COVID-19. Los recientes estudios desarrollados en China, concluyen que la incertidumbre y el miedo a lo desconocido pueden generar trastornos mentales que desequilibran la salud mental, tenemos el estrés, ansiedad, depresión, somatización, entre otras (Shigemura. 2020), tanto en la población general como en el personal médico. (Liu, 2020).

Además, en la región Lambayeque, no existen datos de investigaciones realizadas en el marco del confinamiento, sin embargo, el gerente de Salud, el señor Jorge Ordemar Vásquez, confirmó que el confinamiento afecta de forma negativa la salud de las personas. Por lo manifestado anteriormente el propósito de la presente investigación es el proporcionar una visión del impacto psicológico durante el confinamiento en la población Lambayecana asociada a la pandemia por COVID-19.

Esta investigación, pretende brindar información importante la cual en el futuro podrá proporcionar datos valiosos que servirán para generar métodos de afrontamiento e intervención enfocados en la población, sobre todo dirigido a los grupos más afectados por esta crisis generada por la pandemia. En base a todo lo mencionado anteriormente se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a los niveles de

depresión, estrés y ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque?

Para dar respuesta al problema de investigación, se tiene como objetivo general determinar los factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque. Para desarrollar este objetivo, se plantean los siguientes objetivos específicos: describir las características sociodemográficas y la característica demográfica defunción en mayores de edad durante el

confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque; determinar los niveles de depresión en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque; determinar los niveles de estrés en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque; determinar los niveles de ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque. Además, de los objetivos se deslindan tres hipótesis, las cuales son: el sexo y la muerte de un familiar están asociados a un mayor nivel de depresión en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque; el sexo y ocupación están asociados a un mayor nivel de estrés en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque; la edad y ocupación están asociados a un mayor nivel de ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque.

Para el adecuado desarrollo de la presente investigación es necesario abordarla de forma ordenada y secuenciada, dividiendo así su contenido en los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se aborda en diseño teórico, el cual contiene los antecedentes seleccionados para la presente investigación, las bases teóricas que validan a las variables estudiadas y al instrumento seleccionado, y se detalla la operacionalización de dichas variables.

En el Capítulo II se explica sobre los métodos y materiales, exponiéndose de forma detallada el diseño metodológico en el cual se profundiza sobre el diseño de estudio de la investigación, la población y la muestra obtenida, mediante la utilización de los criterios de selección. También se explica a detalle las técnicas e instrumentos seleccionados que permiten la recolección de datos para finalmente a lograr la gestión de estos y realizar el análisis estadístico. Además, se toman en cuenta las consideraciones éticas y limitaciones, ya que son imprescindibles para el desarrollo transparente de la investigación.

En el Capítulo III se presenta de forma específica los resultados obtenidos en la presente investigación y la discusión, la cual contiene la corroboración o negación de las hipótesis planteadas y las coincidencias encontradas con los resultados obtenidos en las investigaciones tomadas como antecedentes.

En el Capítulo IV se desarrollan las conclusiones obtenidas, las cuales son las respuestas a los objetivos planteados.

En el Capítulo V se especifican las recomendaciones a las cuales se llegaron gracias a las conclusiones.

Finalmente, para el completo desarrollo y entendimiento de la investigación, en el último apartado se han incluido los anexos y la bibliografía.

CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO

Antecedentes

Internacionales

Wang (2019) en la investigación denominada “Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China” con una población tomada de 194 ciudades de China y una muestra 1.210 personas, administró la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) para determinar sus niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial del brote de COVID-19. Como resultado obtuvo que el 16,5% de los participantes mostró síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8% síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8,1% presentó niveles de estrés de moderados a graves. Además, los factores asociados a tener gran impacto psicológico y altos niveles de estrés, ansiedad y depresión fueron el sexo femenino y el ser estudiante. (Wang, 2019).

Becerra et. al. (2020) desarrollaron un estudio piloto transversal designado “Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales” conformado por una muestra de 151 participantes oriundos de España, los cuales tenían edades que oscilaban entre los 18 y 76 años, el cual tuvo como objetivo analizar los síntomas psicopatológicos según las variables sociodemográficas, ocupacionales y ambientales. Para el desarrollo de su estudio administraron el Cuestionario de Evaluación Sintomática – 45, el cual mide la el nivel que presentan los síntomas patológicos, y un cuestionario ad hoc. que recolectaba las variables anteriormente mencionadas. Evidenciaron que los participantes

comprendidos entre 18 – 35 años tenían mayores niveles en hostilidad, depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal. Además, concluyeron que las personas que trabajaban o activas tenían niveles más bajos de síntomas depresivos en contraste con las personas desempleadas.

Huang & Zhao (2020) en su estudio llamado “Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey” tuvieron como objetivo evaluar la carga de salud mental en China durante la expansión del COVID-19 en China, para ello obtuvieron una muestra de 7236 personas a la cual le aplicaron una encuesta de tipo transversal en la web la cual estaba conformada por preguntas para recabar datos demográficos, ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad de sueño. Como resultados, se obtuvo que existe una mayor prevalencia de ansiedad generalizada y síntomas depresivos en personas menores de 35 años.

Lei et. al (2020) en su exploración nombrado “Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China” tuvo como objetivo evaluar y comparar la prevalencia de los factores asociados a depresión y depresión, entre dos grupos específicos, el primero fue integrado por las personas afectadas por la cuarentena, y el segundo por las personas que no fueron afectadas por el confinamiento, el estudio estuvo conformado por una muestra de 1593 personas mayores de 18 años y emplearon la escala de ansiedad de autoevaluación SAS y la escala de depresión de autoevaluación SDS. Como hallazgo encontraron que dentro del grupo afectado existe una prevalencia mayor en los niveles de ansiedad y depresión (12,9% - 22,4%), la cual es significativa comparada con el grupo no afectado (6,7% - 11,9%). Además, los factores asociados como el ingreso promedio bajo familiar, bajo nivel educativo, alta preocupación por la infección, ausencia de apoyo psicológico, daño mayor a la propiedad y un nivel de

salud auto percibido como bajo, se encuentran asociados significativamente a mayores puntajes dentro de las escalas evaluativas SAS y SDS.

Odriozola, Planchuelo, Iurrtia y García (2020) en su estudio titulado “Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spain university” analizaron el impacto psicológico del COVID-19 en una comunidad universitaria conformada por 2530 personas entre estudiantes y trabajadores durante la primera semana de confinamiento, ellos aplicaron la escala de ansiedad, depresión y estrés DASS-21 para medir síntomas de las variables mencionadas anteriormente. Como resultados obtuvieron que el 21.34%, 34.19% y 28.14% presentaron puntajes moderados a extremadamente severos de ansiedad, depresión y estrés respectivamente. Además, los estudiantes presentaron niveles más altos en las tres escalas que los trabajadores.

Ozamiz-Etxebarria et. al (2020) en la investigación denominado “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España” tuvieron como objetivo medir los niveles de ansiedad, estrés y depresión en la Comunidad Autónoma Vasca del norte de España, teniendo como muestra 976 adultos. Utilizaron la escala DASS-21 de la cual obtuvieron como resultados que las personas jóvenes que pertenecen a los grupos de riesgo, es decir, tienen enfermedades, ante el confinamiento presentan niveles mayores de estrés, depresión y ansiedad que el resto de personas de otros grupos de edades. Además, las personas pertenecientes al grupo de edad de 18 a 25 años, tenían niveles más altos de estrés.

Nacionales

Apaza et. al. (2020) en la exploración “Factores psicosociales durante el confinamiento por el COVID-19 en el Perú” tuvieron como finalidad identificar los factores psicosociales estrés, depresión y ansiedad durante el confinamiento. La muestra obtenida fue de 296 estudiantes de pregrado de una Universidad Pública, además las edades de estos

oscilaban entre los 15 – 30 años. Como resultado obtuvieron que con respecto a la variable estrés el 37,8% de los estudiantes lo presentan y afirman que las mujeres son más vulnerables a esta variable en situaciones de aislamiento obligatorio. Adicionalmente, el 48% de la muestra presentó una depresión moderada y el 4,1% tuvo depresión grave, siendo las mujeres la población más afectada por esta variable. Finalmente, el 65,2% presentó ansiedad moderada y el 26,4% grave. Respecto a esta variable, las mujeres también tienen mayores niveles de ansiedad.

Gonzales (2020) desarrolló la tesis designada “Nivel de depresión ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociados al confinamiento social” que tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés asociados al confinamiento. Para el desarrollo de la investigación, tuvo una muestra conformada por 300 estudiantes universitarios de distintas escuelas profesionales, para recabar la información necesaria con respecto a las variables que estudió, aplicó una encuesta para la obtención de sus datos sociodemográficos y la escala DASS-21. Encontró que el 10,3% presenta un nivel severo de depresión y el 9% presenta un nivel muy severo de depresión, además, el 16,3% presenta un nivel muy severo de ansiedad y el 7,7% tiene un nivel severo, por último, el 10,3% presenta un nivel severo de estrés y el 7,3% tiene un nivel muy severo. Por otro lado, la prevalencia de la depresión fue 47,3%, de la ansiedad 47,6% y del estrés 43,4%. Concluyó que el 20% de los estudiantes de pregrado tenían niveles altos en las tres variables estudiadas. Finalmente, encontró una correlación significativa inversa con respecto a la edad y depresión, y la edad y estrés.

Huarcaya (2020) realizó en el Perú una revisión narrativa denominada “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19” recogiendo información que concluye que en la población en general existe presencia de ansiedad, depresión y estrés, siendo este un efecto de la pandemia y el confinamiento. También, indicó

que los grupos que tienen niveles más altos de vulnerabilidad son las mujeres, estudiantes universitarios y los adultos mayores. Por otro lado, hace mención que las personas que sufren del fallecimiento repentino de un familiar por la COVID-19, pueden generar sentimientos de tristeza, resentimiento e ira debido a la incapacidad de tener una despedida y realizar los rituales funerarios debidos.

Bases teóricas

Depresión

Definición. Según la OMS, este trastorno recurrente se caracteriza por la presencia de un ánimo decaído o triste, anhedonia, sentimiento de culpabilidad, alteración del sueño y apetito, carencia de autoestima, cansancio y baja concentración, al llevar a un nivel crónico o recurrente, imposibilita el desenvolvimiento dentro del área laboral o académica y la capacidad para hacer frente a los problemas cotidianos. Además, una depresión grave, presenta ideación o intento de suicidio. (OMS, 2017).

La APA (2013) menciona que para el correcto diagnóstico de la depresión se deben considerar criterios como un estado de ánimo con una profunda tristeza la mayoría del tiempo; además, síntomas que afecten la vida cotidiana como la pérdida de interés por actividades que eran placenteras anteriormente, fatiga, alteraciones en el apetito y sueño, retraso en el área psicomotora, dificultad al concentrarse o pensar, e ideación suicida. Así mismo, se debe descartar si los síntomas no se provocan por consumo de sustancias psicoactivas o enfermedades médicas.

La depresión es un trastorno que se presenta como un cuadro clínico que tiene una duración determinada que posee una serie de síntomas específicos para la realización de su diagnóstico, tales como, bajo estado anímico, insomnio, alteraciones en el apetito, pérdida de peso, etcétera. (Ortíz, 1997 citado en Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

Epidemiología. El trastorno depresivo presenta una alta prevalencia a nivel mundial, afectando a más de 322 millones de personas, sin embargo, es muy frecuente que este sea subdiagnosticado o no se aborde e intervenga adecuadamente.

Los estudios de epidemiología en salud mental en Perú en 2018, reportan que el promedio anual de personas mayores de 12 que tienen un trastorno de tipo mental es de 20,7%, existiendo mayor prevalencia en las zonas urbanas que rurales. Con lo concerniente a la prevalencia de trastornos mentales en la zona rural es de 10,4%. Además, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos con un promedio nacional del 7,6%.

La depresión genera una carga de enfermedad alta, causando en promedio la pérdida de 7,5 años de vida saludable por cada mil habitantes.

En el año 2019, a nivel nacional se reportaron un millón 700 mil personas con depresión. Sin embargo, solo llevan un tratamiento 425 mil personas, y el resto no reconoce la magnitud del problema. Así mismo, se confirma que un 80% de los suicidios están motivados por la depresión, reportándose en el país que cada 22 minutos, existe un intento de suicidio.

GERESA informa, que en la región Lambayeque en el año 2019, se reportaron 2165 casos de depresión.

Clasificación.

Trastorno depresivo mayor. Puede aparecer en cualquier etapa de la vida, sin embargo, la prevalencia de inicio se sitúa en la pubertad. Por otro lado, la incidencia es mucho menor en la adultez mayor. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Trastorno del humor donde existe un persistente estado anímico depresivo la gran parte del tiempo, además, se deben presentar más de cinco síntomas con una duración mínima de dos semanas. Estos síntomas son, excesiva disminución de interés o anhedonia, incremento o disminución del peso y/o apetito, retraso o agitación psicomotora, fatiga, sentimientos de culpa y/o

inutilidad, disminución en la capacidad cognitiva y de concentración, ideación o intención suicida. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno depresivo persistente – Distimia. Trastorno que se caracteriza por un ánimo decaído o depresivo, el cual está presente gran parte del día y con una duración mínima de 2 años. Además, estos síntomas suelen aparecer durante la adolescencia y fluctúan por debajo y encima del umbral de un episodio depresivo mayor. Para tener el diagnóstico, se deben considerar síntomas como la inapetencia o hiperfagia, alteración del sueño, fatiga, autoestima baja, disminución en la capacidad de concentración o incapacidad para la toma de decisiones y desesperanza. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno disfórico premenstrual. Trastorno caracterizado por la presencia de labilidad emocional y ansiedad, la cual tiene una relación directa con el ciclo menstrual. Estos síntomas aparecen en la fase premenstrual y están presente en casi todos los ciclos menstruales durante un año. Estos síntomas se asemejan a las manifestaciones del síndrome premenstrual, sin embargo, se diferencian en la intensidad, ya que estos llegan a perjudicar el curso cotidiano de la vida de la mujer. Existe una prevalencia del 2% - 6% de mujeres. Para su diagnóstico es importante reconocer entre los síntomas las fluctuaciones bruscas en el ánimo, irritabilidad, desesperanza, auto desvalorización, alto nivel de ansiedad o tensión. Además, debe estar presente al menos un síntoma como la pérdida de interés por actividades anteriormente placenteras, poca capacidad de concentración, fatiga, hiperfagia, alteraciones del sueño, sentimientos de desasosiego, y síntomas físicos como hipersensibilidad en los senos, tensión muscular o dolor en las articulaciones, distensión en el área abdominal y aumento notorio de peso. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Estrés

Definición. Según la OMS, es el conjunto de respuestas fisiológicas que disponen al organismo para la acción. (OMS, 2010).

El estrés, es una reacción fisiológica ante situaciones que se perciben como desafíos, amenazas o demandas, las cuales, cuando tienen una larga duración, pueden ser perjudiciales para la salud porque generan frustración, nerviosismo y furia. (Sanchez, 2015; Alegret et al, 2010).

Oblitas (2004) define al estrés desde los enfoques químicos, fisiológicos y psicosociales. Con lo que respecta a los enfoques bioquímicos y fisiológicos, menciona que este es una respuesta de tipo orgánica cuando un individuo enfrenta una situación auto percibida como amenazante. Por otro lado, con lo correspondiente al enfoque psicosocial, hace mención de que existen factores externos, como los eventos o estímulos estresores, que generan como respuesta estrés.

McEwen (2000) lo conceptualiza como una amenaza hacia el individuo, esta puede ser real o relacionada a la integridad psicológica o fisiológica. Tendrá una respuesta d tipo conductual o fisiológica.

Lazarus (1986) manifiesta que el estrés resulta al relacionar a un individuo y el entorno, y que, cuando existe un entorno que pone en peligro el bienestar subjetivo del individuo, se evalúa como amenaza. Para él, existen dos tipos de afrontamiento, en el primero la persona enfrenta de forma directa la situación problemática que vive, y, en el segundo tipo se minimiza el estado emocional y no existe un enfrentamiento con respecto al problema. Además, menciona que cuando un individuo no posee las herramientas adecuadas para afrontar una situación problemática, existe más incidencia de sufrir estrés.

Epidemiología. La epidemiología con respecto a los trastornos que poseen una relación con el estrés es variable. La prevalencia mundial se encuentra entre el 1% - 12,3%. Esta puede ser mayor, todo depende de la intensidad, gravedad y duración del factor estresor.

Dentro de los datos a nivel nacional, destaca que el 30% de la población limeña y del Callao, tiene un alto nivel de estrés, esto quiere decir, de cada diez persona, tres presentan alguno de estos trastornos relacionados con el estrés. Además, las causas principales son problemas de economía, trabajo, estudio, salud o con la familia. También, de ese estudio, se obtuvo que el 50% de las mujeres encuestadas, expresaban tener estrés debido a la tensión, tristeza, irritabilidad, angustia y aburrimiento.

Clasificación.

Trastorno de estrés agudo. En este trastorno, la persona estuvo expuesta de forma directa o indirecta a un evento que se cataloga como traumático, además, debe de tener durante un periodo que oscila entre los 3 días y un mes, más de ocho síntomas, como, recuerdos recurrentes, intrusivos, angustiosos e involuntarios del evento traumático, trastornos del sueño, sueños con contenido angustiante, flashbacks, angustia fisiológica o psicológica al evocar el evento, imposibilidad de tener emociones agradables, distorsión de la realidad, problemas al recordar algún suceso importante de dicho evento, tendencia a eludir los pensamientos, sentimientos o recuerdos del evento, irritabilidad, alto nivel de alerta, problemas de concentración, sobresalto excesivo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de adaptación. Este trastorno presenta reacciones muy intensas y afectación de la capacidad funcional cuando se producen eventos desagradables, los cuales pueden ser únicos o problemas recurrentes. Además, estos factores no necesariamente son situaciones traumáticas y abrumadoras. Para el diagnóstico, la persona debe presentar los síntomas después de suceder el estresor y con un máximo de seis meses de duración. Entre

los síntomas se encuentra un estado anímico depresivo, ansiedad y conducta disruptiva. La prevalencia dentro de las consultas en salud mental es del 5% - 20% y en consultas psiquiátricas el 50%. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastornos de estrés postraumático. En este trastorno se presenta desde los 6 años de edad y en él existe una experiencia directa, indirecta, repetitiva o conocimiento de los sucesos traumáticos. Presentan sintomatología intrusiva como recuerdos y sueños recurrentes, perturbadores e involuntario, flashbacks o angustia fisiológica y psicológica al evocar el evento. También existen síntomas de evitativos como, eludir pensamientos, recuerdos, sentimientos, actividades, lugares o personas que evoquen memorias traumáticas. Por otro lado, existen síntomas que afectan a la cognición y el estado anímico como, la amnesia disociativa, distorsiones cognitivas, estado emocional negativo, creencias exageradas y negativas, pérdida de interés por actividades anteriormente significativas. Y finalmente, están presentes síntomas como la hipervigilancia, alteración del sueño, comportamiento disruptivo y auto destructivo. La prevalencia en América Latina oscila entre el 0,5% - 1%. Además, las tasas más altas se encuentran en los supervivientes de abuso, cautiverio o genocidio, veteranos de guerra, personal médico de emergencia, policías y bomberos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Ansiedad

Definición. El MINSA (2020), en la guía técnica sobre el cuidado de la salud mental del trabajador de salud en el contexto COVID-19, conceptualiza a la ansiedad como una reacción emocional frente a un estímulo. Además, al manifestarse presenta cambios fisiológicos como taquicardia, mareos, dolor torácico, y en casos graves existen pensamientos suicidas y de huida.

Es una experiencia ligada a la condición humana que tiene como objetivo la adaptación y mejora de la capacidad de un individuo; sin embargo, puede generar un

sufrimiento psicológico significativo, que genera un estado de inquietud y miedo, tensión, taquicardia, sudoración, mostrando impulsos incontrolables o sensaciones abrumadoras que interfieren en el curso normal de la rutina de la persona afectada. (Gómez, 2012; Bados, 2015).

La ansiedad tiene una expresión psíquica y somática. Con lo que respecta a su expresión psíquica, el individuo presenta nerviosismo, inquietud, fragilidad de un Yo que se percibe amenazado, preocupación, insomnio y sensibilidad excesiva hacia los ruidos. Además, todos estos síntomas tienen un aumento progresivo el cual afecta directamente su estilo de vida. En la expresión somática, hay ritmo cardíaco acelerado, disnea, mareos, tensión muscular, entre otros síntomas. (Vallejo, 2015).

La Asociación Americana de Psicología, la define como una problemática que se genera por la anticipación de una amenaza, la cual, tiene un origen conocido.

Ey (2008) menciona que es un modo catastrófico de organización psíquica frente a una situación peligrosa que puede ser real o imaginaria. Además, es importante tomar en cuenta tres aspectos fundamentales los cuales son la amplificación peyorativa, la espera de una amenaza inminente y el desasosiego.

En el contexto psiquiátrico, la ansiedad es un estado emocional desagradable donde existe una sensación subjetiva de amenaza, tensión, malestar o aprensión, acompañado de respuestas fisiológicas, donde la causa no está reconocida de forma clara por el individuo. (Kaplan, 1996)

Epidemiología. La Organización Panamericana de la Salud (2017) informó que la prevalencia de la ansiedad a nivel mundial es alta, afectando a más de 264 millones de personas.

Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2020) refiere que en nuestro país tenemos una estadística de trastorno de ansiedad generalizada de 7,4% a lo largo de la

vida, y el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo-Noguchi afirma que en Lima se encuentra con un 10,6% en este mismo trastorno.

En el año 2019 se reportaron a nivel regional 3148 casos de personas con ansiedad. (GERESA Lambayeque, 2019).

Clasificación.

Trastorno de ansiedad por separación. En este trastorno, se presenta un miedo muy intenso ante la posibilidad de separación con una persona con la cual se tiene un vínculo muy estrecho. Además, la persona evidencia como mínimo tres de los siguientes síntomas, como, preocupación excesiva, intranquilidad psicológica subjetiva, rechazo a estar solo, ya sea en su domicilio o al ir a otro lugar, manifestación de pesadillas o síntomas fisiológicos por el alejamiento de las figuras vinculadas. Es importante que los síntomas mencionados estén presentes por lo menos seis meses en adultos y cuatro semanas en adolescentes e infantes. Los casos diagnosticados con este trastorno se encuentran en la infancia, además, la prevalencia es mayor en las mujeres que hombres adultos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Mutismo selectivo. Incapacidad para enunciar o contestar a las personas en una situación de interacción social particular, sin embargo, no presenta este tipo de dificultades en situaciones similares como en casa y con los familiares cercanos. Además, esta sintomatología debe estar presente por lo menos un mes. Presenta una prevalencia muy baja, siendo más común en la población infantil. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Fobia específica. Frente algún objeto o situación particular se manifiesta inmediatamente una ansiedad o miedo a gran escala. La persona tiene una conducta evitativa frente a el estímulo que le genera la fobia, el cual puede ser de diferentes tipos, como, animales, heridas, sangre, inyecciones, situacional, entorno natura, entre otros. Estas manifestaciones clínicas deben estar presente por un mínimo de seis meses. Este trastorno

tiene mayor incidencia en la adolescencia y la infancia. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de ansiedad social – Fobia social. Ansiedad intensa frente a situaciones de tipo social, donde la persona se expone a ser juzgada por el resto. Se manifiesta miedo a actuar de alguna forma específica o que los observadores realicen una crítica negativa ante los síntomas ansiosos que evidencia. El diagnóstico se realiza cuando estos síntomas persisten por lo menos seis meses. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de angustia. Se evidencian crisis de angustia recurrentes y fortuitas. Además, existe una excesiva preocupación a la posibilidad de tener esta sintomatología otra vez. La preocupación se extiende por lo mínimo un mes. Este trastorno se presenta con más frecuencia durante la adolescencia y la población más afectada es la femenina. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Agorafobia. Es la ansiedad o miedo a situaciones agorafóbicas donde la persona se expone a estar frente la multitud, como el estar en un lugar abierto, utilizar el transporte público, hacer colas, entre otros. Además, se evita la exposición a estas actividades, sin embargo, cuando no se puede evitar, necesitan un acompañante para poder desenvolverse. Esta sintomatología perdura por seis meses como mínimo. Este trastorno es más frecuente durante la juventud y adultez, siendo el sexo femenino más afectado. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de ansiedad generalizado. Excesiva y persistente preocupación o ansiedad, la cual es muy difícil de controlar, frente a diversas situaciones o actividades. También, se presentan como mínimo tres síntomas donde se evidencian una excesiva activación fisiológica, como, taquicardia, sacudidas, bradipnea, escalofríos, miedo. Además, la persona presenta estos síntomas por un mínimo de seis meses. (Bados, 2015). Existe más

prevalencia en la población adulta y afecta en mayor medida las mujeres. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Cuadro clínico ansioso producido durante o después de una intoxicación, por abstinencia a sustancias nocivas o por la ingesta de medicación prescrita capaz de producir la sintomatología. La prevalencia no es definida, sin embargo, se presume que la población más afectada es el personal de salud, ya que tienen fácil acceso a las sustancias que producen este trastorno. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Cuadro clínico ansioso producido por una condición médica. Las patologías que se presumen causantes de este trastorno son el asma, artritis, hipertensión e úlceras. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Teorías

Modelo Cognitivo – Conductual de la depresión de Aaron Beck. El modelo propuesto por Beck plantea que para explicar la esencia psicológica de la depresión existen tres fundamentos básicos los cuáles son la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información. (Beck et al., 2010).

Triada cognitiva. Se fundamenta en tres patrones cognitivo, siendo el primero la visión negativa sobre sí mismos, desvalorizándose y atribuyendo la responsabilidad de las situaciones desagradables a sí mismo. El segundo patrón es la visión negativa del mundo, percibiendo que este le solicita demandas elevadas o le muestra impedimentos imposibles para que pueda lograr sus objetivos. El tercer patrón es la visión negativa sobre el futuro, anticipando dificultades e impedimentos ante la realización de sus más altas metas, además, cuando tiene la responsabilidad de alguna actividad a corto plazo, las expectativas que tiene son muy negativas y percibe anticipadamente el fracaso.

Esquemas. Son representaciones cognitivas relativamente duraderas, las cuales transforman los datos obtenidos de una situación específica en cogniciones. Son considerados el sustento para la localización, diferenciación y codificación de un estímulo percibido por el individuo. También, establecen el modo en el cual se estructuran las diversas experiencias. Inclusive, algunos esquemas pueden estar inactivos por tiempos prolongados, siendo activados por situaciones particulares que definen como una persona responderá.

Errores cognitivos. Son alteraciones que se producen al procesar la información obtenida del medio, generando y manteniendo en el individuo una creencia válida con respecto a sus cogniciones negativas, a pesar de que la situación evidencie lo contrario. Estos son:

- **Inferencia arbitraria:** es la anticipación de una conclusión sin tener pruebas que la respalden o inclusive existen pruebas en contra de esta.
- **Abstracción selectiva:** se basa en la excesiva atención a un detalle que se encuentra descontextualizado, ignorando detalles verdaderamente relevantes con respecto a la situación y generando un concepto de lo experimentando solo tomando en cuenta ese fragmento.
- **Generalización excesiva:** se crea una conclusión tomando como base situaciones aisladas, aplicándose esta conclusión como una regla frente a todo evento existente.
- **Maximización y minimización:** es la tendencia a evaluar de forma incorrecta la magnitud de una situación, incrementando los errores que comete o disminuyendo los logros que obtiene.
- **Personalización:** es la inclinación a incorporar como suyo características externar sin existir un fundamento para dicha relación.

- Pensamiento dicotómico: tendencia a polarizar las experiencias para poder describirlas. Además, cuando el individuo realiza una autoevaluación utiliza los valores negativos.

Esta teoría menciona que ciertas experiencias vividas en la primera infancia son la base para que se creen conceptualizaciones negativas de uno mismo, de su entorno y del futuro, estando estas latentes hasta que un estímulo determinado las active. Como respuesta a estas experiencias traumáticas, el individuo promedio aún conservará el interés por otras áreas no traumáticas de su vida, dándole una valoración realista. Sin embargo, las personas con tendencias depresivas, tendrán un pensamiento distorsionado, generando conclusiones negativas en todas las áreas de su vida. (Beck et al., 2010).

Modelo Cognitivo – Conductual de la ansiedad de Beck. Este modelo se basa en la vulnerabilidad, la cual Beck, Emery y Greenberg (1985) definieron como el auto percibirse como figura de peligros que se encuentran en sí mismo o en el exterior de los cuales no existe un control o este es precario y no genera la sensación de sentir seguridad. En pacientes clínicos, esta vulnerabilidad se maximiza debido a las alteraciones cognitivas. (Beck & Clark, 2012).

Con lo que respecta a la ansiedad, el incremento de la vulnerabilidad se evidencia en la valoración sesgada y excesiva que la persona realiza de un supuesto perjuicio personal como respuesta a situaciones inocuas o neutrales. Esta valoración primaria de la amenaza genera una perspectiva distorsionada que sobrevalora exageradamente la posibilidad de que se origine el daño y el alcance percibido del mismo. Las personas ansiosas no son capaces de percatarse de las señales de seguridad de los eventos de amenaza evaluada y tienden a infravalorar sus capacidades de afrontamiento ante el daño o anticipación de este peligro, denominándose a esta la revaloración elaborativa secundaria, que se produce automáticamente después de la valoración primaria de la amenaza y en

situaciones de ansiedad, la apreciación inicial se amplifica. Esto significa, que un estado ansioso dependerá del equilibrio entre ambas valoraciones, generándose así tres niveles de ansiedad, el primero es la ansiedad elevada, donde existe una mayor valoración primaria de la amenaza y una menor valoración de afrontamiento y seguridad, la segunda es la ansiedad baja, la cual presenta valores contrarios al nivel mencionado con anterioridad, y la última es la ansiedad moderada, donde ambas valoraciones se encuentran equilibradas. (Beck & Clark, 2012).

Beck y Greenberg (1988) manifestaban que la percepción del peligro activa un sistema de alarma que desencadena procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos básicos que evolucionaron con la finalidad de defender la especie de los peligros y daños. Dentro de los procesos conductuales, se pueden dar dos reacciones principales, las cuales son de lucha o huida, pero existen conductas denominadas instrumentales como el pedir ayuda, tener una postura defensiva o la negociación para contrarrestar el peligro. Al existir ansiedad, se activa la movilización conductual, la cual se genera como una respuesta eficiente y veloz ante la presencia de un peligro físico, sin embargo, al interpretarse como una señal de un trastorno severo, se producen respuestas fisiológicas peligrosas, como taquicardia, las cuales se interpretan de forma elevada como un infarto del miocardio. Otro tipo de respuesta es la inmovilización, que se manifiesta a través de desmayos o aturdimientos, relacionado cognitivamente con la percepción de indefensión. Esta mayormente se presenta en la ansiedad de tipo social. (Beck & Clark, 2012).

El modelo cognitivo de la ansiedad se basa en el concepto del procesamiento de información, el cual se define como las estructuras, procedimiento y elementos implicados en la interpretación del significado generado a partir de la información sensorial del entorno externo e interno, explicando que cualquier perturbación a nivel emocional se genera debido a un elevado o carente funcionamiento del sistema cognitivo. La ansiedad es

la interpretación inadecuada y exagerada de la vulnerabilidad, la cual resulta de este sistema de procesamiento, el cual interpreta un evento, que puede ser neutral, como amenaza para el bienestar de la persona.

Los principios básicos de este modelo son:

Valoraciones exageradas de la amenaza. La ansiedad se diferencia por una atención excesiva y selectiva hacia la amenaza, peligro o riesgo percibido como un gran impacto negativo a al bienestar y los intereses personales.

Mayor indefensión. La ansiedad implica una evaluación poco precisa de los recursos para afrontar las situaciones, produciendo una infravaloración de la capacidad de afrontamiento.

Procesamiento inhibido de la información relativamente segura. La ansiedad se representa por el procesamiento restrictivo de los signos de seguridad y de los datos que permiten la minimización de la gravedad del daño o amenaza.

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo. En la ansiedad es difícil acceder al pensamiento lógico y a un razonamiento más elaborado, por lo cual el método usado para reducir los niveles de ansiedad es ineficiente.

Procesamiento automático y estratégico. Los estados ansiosos se producen por la unión de procesos automáticos y estratégicos, quienes son los causantes del poco control de la ansiedad.

Procesos auto perpetuantes. La ansiedad produce un ciclo repetitivo donde al incrementarse la atención que se enfoca en un mismo sobre los signos y síntomas ansiosos, se hará más intensa la angustia subjetiva.

Primacía cognitiva. Las dos valoraciones de la ansiedad, se pueden generalizar al punto que muchos eventos se interpretan como amenazas y las respuestas de defensa conductuales y fisiológicas se movilizan inadecuadamente para el manejo del peligro.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad. Al incrementarse la susceptibilidad a la ansiedad, se produce un esquema de creencias nucleares sobre la indefensión, vulnerabilidad y la selección de los estímulos amenazantes.

Modelo de los dos factores de Watson y Tellegen. Watson & Tellegen (1985) proponen a la polaridad entre el afecto positivo y negativo como una opción para la interpretación y diferencia entre la ansiedad y depresión, el cual evidencian en su modelo bifactorial.

Este modelo se caracteriza por tener como ejes centrales a la afectividad positiva y la afectividad negativa, factores conforman la base estructural del afecto. La afectividad positiva (AP), simboliza el grado en que el individuo expresa un gran entusiasmo por la vida, teniendo un compromiso afable con su medio, un nivel elevado en esta dimensión reflejaría energía, actividad, agilidad mental, sin embargo, un nivel bajo supone agotamiento mental y físico. Por ende, el rasgo de la afectividad positiva implica una predisposición para vivenciar emociones de tipo positivas, manifestado una sensación de bienestar tanto personal como social. Por su parte, la Afectividad Negativa (AN), representa el nivel de diestrés subjetivo caracterizado por estados anímicos negativos como el miedo, ansiedad, culpa, disgusto, ira, nerviosismo y hostilidad, los cuales influirán dentro del procesamiento cognitivo, el autoconcepto, y la predisposición a la depresión e insatisfacción en la vida. Ambos factores no están correlacionados negativamente entre sí, sino, que son dimensiones independientes sin correlación. Por lo cual, se han conceptualizado a un nivel descriptivo como factores bipolares, pero en el nivel afectivo como factores unipolares, para así enfatizar que el nivel superior en cualquiera de las dimensiones significa un alto estado de afecto, y que el nivel inferior solo representa una carencia relativa del afecto. (Watson & Tellegen, 1985).

La teoría hace mención de los afectos mixtos, los cuales tienen afectividad tanto negativa como positiva, denominándose alta afectividad positiva y baja afectividad negativa, teniendo como evidencia los estados de felicidad, alegría, etc. Por otro lado, existe la baja afectividad positiva y alta afectividad negativa, evidenciándose en la tristeza, infelicidad, soledad, entre otros. A partir de estas combinaciones, surgen los siguientes factores:

Agradabilidad. Implica la combinación entre la afectación positiva alta y la afectación negativa baja.

Desagrado. Es la combinación entre la afectación negativa alta y la afectación positiva baja.

Compromiso fuerte. Presenta alta afectación positiva y negativa.

Separación. Comprende baja afectación positiva y negativa.

Debido a la existencia de los factores mixtos es de suma importancia conceptualizar la afectación positiva y la afectación negativa con términos lo más puros posibles para lograr su validez, por lo cual, se definen como estados afectivos o disposiciones emocionales subjetivas relativamente estables las cuales están asociadas a rasgos de la personalidad, la extroversión relacionada con la afectividad positiva y el neuroticismo relacionado con la afectividad negativa. (Clark, Watson & Mineka, 1994).

La distinción entre la afectividad positiva y la afectividad negativa es un pilar base para la diferenciación conceptual entre los términos depresión y ansiedad. Tellegen llegó a la conclusión que tanto la ansiedad como la depresión presentan una afectación negativa elevada, sin embargo, únicamente la depresión posee niveles bajos de afectividad positiva. (Tellegen, 1985; Watson, Clark & Carey, 1988).

Modelo tripartito de la afectividad negativa de Clark y Watson. Se basa en el modelo bifactorial del afecto y propone una estructura tripartita el cual tiene como componentes el diestrés general, hiperactivación fisiológica y anhedonia, generando así una

importante contribución para el entendimiento psicopatológico y clínico respecto a la ansiedad y depresión.

Watson (1988) manifiesta que la afectividad positiva y la afectividad negativa son estados relativamente estables del ánimo, no obstante, no son los extremos de una sola dimensión, sino que están desligadas y estas pueden existir y actuar independientemente. La afectividad negativa es un factor que presenta síntomas de malestar subjetivo de forma general, por lo cual abarca una gran cantidad de estados de ánimo aversivos como la tristeza, preocupación, miedo, enojo, hostilidad, ansiedad, inquietud, soledad, culpabilidad, angustia y disgusto. El extremo contrario de esta dimensión mostraría síntomas relacionados con la tranquilidad, calma y relajación. Por otro lado, la afectividad positiva, es el factor que se encuentra relacionado con la energía, la emoción por la vida, confianza en uno mismo, agilidad mental, bienestar, relación afable con el entorno, sentimiento de pertenencia y alta sociabilidad. El extremo contrario de esta dimensión, denominado anhedonia, presenta desinterés, cansancio, poca confianza, carencia de asertividad y letargo. (Clark & Watson, 1991).

Sobre estos factores, se define a la ansiedad como un estado que presenta un nivel alto de afectividad negativa y baja correlación con la afectividad positiva, por otro lado, la depresión es un estado compuesto por un nivel alto de afectividad negativa y una baja afectividad positiva. Lo que manifiesta la existencia de un factor en común entre ambos, el cual es la afectividad negativa, y que, el factor de diferenciación entre la depresión y la ansiedad es la baja afectividad positiva o anhedonia, la cual solo está correlacionada con la depresión.

La tercera dimensión de este modelo surge como factor diferencial de la ansiedad, esta es la hiperactivación fisiológica, la cual se caracteriza por la presencia de tensión y

sintomatología somática como por ejemplo vértigo, disnea, xerostomía, movimientos involuntarios del cuerpo o temblores, entre otros.

El tercer componente denominado activación fisiológica se define por presentar manifestaciones de tensión y activación somática, dicho de otra manera, hace referencia a la sintomatología fisiológica de la ansiedad. (Clark, Steer y Beck, 1994).

Este modelo define a la depresión como un bajo nivel de afecto positivo y un alto grado de afecto negativo, además, menciona que la ansiedad presenta niveles altos de afecto negativo y activación fisiológica. Es decir, la diferencia principal entre la depresión y ansiedad, es que esta última presenta síntomas de hiperactivación fisiológica, mientras que la depresión presenta anhedonia, ya que el afecto negativo es un factor que se encuentra en ambos trastornos. (Clark et al., 1994; Clark y Watson, 1991c). Además, sugiere que el estrés cuantifica un estado de tensión y activación persistente con un nivel bajo de umbral que implica sentir molestia, frustración, intranquilidad, irritabilidad, impaciencia y con impedimento para poder relajarse. Lovibond, P. & Lovibond, S. (1994).

Factores asociados

Edad. La edad promedio para que se presente por primera vez un trastorno mental es de 22 años. Y se estima que el 39,2% de la población padecerá alguna de estas enfermedades antes de los 65 años.

En el año 2012, SENAJU realizó una encuesta a jóvenes peruanos de 15 a 29 años, en los resultados se evidenció síntomas ansiosos y depresivos. Siendo la tristeza el síntoma más relevante, ya que el 44% de los encuestados la presentaban. (Secretaría Nacional de la Juventud, 2012). Siendo más específicos, en los diversos estudios realizados con respecto a la variable depresión, se encuentra que el grupo etario de adolescentes y jóvenes, tienden a tener niveles más altos que los adultos.

Así mismo, se logra destacar que existe una alta prevalencia en la adultez mayor. (Montesó & Aguilar, 2014; MINSALUD, 2017; MINSA, 2005, 2008).

Las investigaciones realizadas con respecto a la ansiedad, determinan que los grupos etarios de 18 – 29 años y 29 – 34 años presenta niveles más altos de este trastorno. (Fiestas y Piazza. 2005).

Con respecto al estrés, la Asociación Americana de Psicología, informa que el 39% de las personas de 18 – 33 años tienen altos niveles de estrés, seguido del 36% de personas de 34 – 46 años. Por otro lado, las personas de 67 años a más, son las que presentan la prevalencia más baja. (Asociación Americana de Psicología, 2007)

Sexo. La depresión, tiene una prevalencia de casi el doble para las mujeres con respecto a los hombres, independientemente del trastorno que tenga. Los factores hormonales podrían ser los causantes de los altos niveles de depresión en el sexo femenino. (MINSA, 2005; MINSALUD; 2017; OMS, 2020).

Aunque la prevalencia de depresión en los hombres es menor estadísticamente, al tener una actitud reacia ante la aceptación de padecer este trastorno y ocultar la sintomatología, como resultado se dificulta el adecuado diagnóstico. Es por ello que los riesgos de autodestrucción aumentan, por lo cual la tasa de suicidio es cuatro veces más alta comparada con el sexo opuesto. (MINSA, 2005).

En relación con los trastornos de ansiedad, la prevalencia es mayor con respecto a las mujeres. (Fiestas y Piazza. 2005). A nivel mundial, el porcentaje es de 4,6% en mujeres y 2,6% en hombres. (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Además, en el trastorno de ansiedad generalizada se destaca una prevalencia mayor en el sexo femenino con un 5,5% respecto al 3,4% en el sexo masculino.

El estrés tiene niveles más altos en las mujeres comparado con los hombres, esta relación se da de un 5,4 a 4,8 respectivamente. Por lo tanto, el impacto en la salud física y

mental es de un 88% en mujeres y un 78% en hombres. Además, las mujeres son quienes le dan un alto nivel de importancia al trabajo con respecto a la disminución del nivel de estrés, comparado con los hombres, quienes muestran estar menos preocupados. Debido a ello, el 70% del sexo femenino hace énfasis en reducir el estrés a comparación del 50% de los varones. (Asociación Americana de Psicología, 2011).

Ocupación. Diversas investigaciones realizadas a estudiantes universitarios en los distintos países, manifiestan que los principales problemas presentes en esta población son el estrés, la ansiedad y depresión. (El Ansari et al., 2011; El Ansari et al., 2013).

El estrés se encuentra relacionado con las exigencias y sobrecargas académicas, carencias financieras y problemas socioafectivos. (Dusselier et al., 2005; Felman et al., 2008; Pozos-Radillo et al., 2015).

En el Perú, los estudios relacionados a la población estudiantil son escasos, a pesar de ello, las investigaciones existentes especifican la existencia de sintomatología depresiva en esa población, además de presencia de estrés y ansiedad con lo que respecta a la vida académica. (Carranza, 2012; Tajate, 2013; Boullosa, 2013).

El trabajo es una circunstancia que influye y condiciona en gran medida la salud mental, de forma positiva genera satisfacción y realización en las personas, y de forma negativa, debido a las condiciones y la organización, se considera un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. El cambio constante y la innovación tecnológica, ha modificado notablemente la forma de trabajo, existiendo en la actualidad una mayor utilización de información tecnológica, dando paso así al teletrabajo. El laborar bajo esta modalidad, puede tener consecuencias negativas en la salud mental, ya que requiere de una mayor autodisciplina y motivación para la realización de actividades, debido a que no cuentan con un supervisor directo la mayor parte del tiempo, y la carencia de límites

definidos entre el hogar y el trabajo, pueden producir alteraciones psicopatológicas como el estrés y la ansiedad. (Collantes & Marcos, 2012).

Por otro lado, las personas desempleadas tienen el doble de riesgo de desarrollar depresión que las personas empleadas. (Collantes & Marcos, 2012).

Pérdida de un familiar. El duelo es un proceso que vive una persona tras la pérdida de un ser querido, el cual es experimentado de diferente manera en cada individuo y consta de etapas, las cuales son negación, enfado o ira, negociación, miedo o depresión y aceptación. Sin embargo, por la pandemia, este duelo se experimenta de forma excepcional, ya que implica un distanciamiento social forzoso, un miedo a contagiarse, no lograr despedirse del familiar, ni acompañarlo en los últimos minutos de vida, no realizar los rituales funerarios de forma adecuada, provocando así en los familiares sentimientos de culpa, tristeza, negación, ansiedad, confusión, depresión, rabia y otros sentimientos relacionados, los cuales, aumentan la sensación del dolor frente a la pérdida y complican el proceso de duelo. (MINSA, 2020).

Confinamiento

Para dar la definición de confinamiento, es necesario realizar la diferenciación de este término con los conceptos de cuarentena, aislamiento y distanciamiento social.

En primer lugar, la cuarentena es una barrera restrictiva, obligatoria o voluntaria, en el cual las personas infectadas o quienes han tenido contacto con alguien contagiado y tienen una alta probabilidad de haberse infectado, deben movilizarse a un lugar determinado por el tiempo que dure la incubación de la enfermedad, además, contarán con servicio médico, atención psicológica, asilo y una adecuada alimentación. (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Por otro lado, el aislamiento es el alejamiento físico entre un individuo contagiado y uno sano, logrando obtener resultados positivos cuando se detectan de forma temprana los casos infectados para poder aislarlos en una zona donde se evite un contacto directo con las demás personas. (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

El distanciamiento social es una medida restrictiva que sirve para evitar las aglomeraciones de personas en lugares concurridos, donde se debe tomar una distancia física determinada para que no exista un contacto directo entre las personas. Se implementa en comunidades con individuos infectados no identificados que pueden transmitir la enfermedad ya que no se han aislado. Esta medida incluye la cesación de actividades que implican a grandes grupos de personas reunidas como por ejemplo oficinas, colegios, centros de entretenimiento y comerciales, entre otros lugares. (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Finalmente, el confinamiento es una medida de intervención comunitaria que engloba todas las anteriores medidas, ya que estas de forma individual no logran ser suficientes para disminuir la propagación de la enfermedad. (Brooks et al., 2020). Es un estado de integración de medidas con la finalidad de aminorar las interacciones de tipo social, la cual abarca el distanciamiento social, toque de queda, uso obligatorio de las medidas sanitarias, cierre de fronteras, entre otros. (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

El confinamiento es una situación que no presenta precedentes, ya que solo se aplica a situaciones extraordinarias, y debido a esto, la probabilidad de que genere efectos psicológicos en la población es muy alta. (Balluerka et al, 2020).

En las recientes investigaciones desarrolladas durante el periodo en el cual se aplican medidas insólitas por la COVID-19 como el confinamiento, cuarentena, aislamiento o distanciamiento social, las consecuencias psicológicas experimentadas son la ansiedad a contraer la infección o contagiar al resto, depresión por la abrupta interrupción a la rutina diaria, estrés por la carencia de libertad, miedo a sentirse expuesto, estigmatización, aburrimiento y soledad por estar por largos periodos dentro del hogar. Además, afecta en mayor medida a las poblaciones vulnerables, como personas con enfermedades mentales preexistentes, trabajadores del ámbito de la salud, adultos mayores y personas con comorbilidad. (Richauld, Vivas & Muzio, 2020).

Por otro lado, puede tener un mayor efecto en el género femenino, debido a que la respuesta emocional de las mujeres es más perceptible ante la sociedad y estas buscan ayuda para poder solucionarlo, en cambio, los varones en situaciones de crisis reprimen sus emociones. (PAHO, 2016).

Definición y operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
DEPENDIENTES					
Depresión	Baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de iniciativa (Lovibond & Lovibond, 1995a).	Los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21) consta de 21 ítems y se puntúa a través de la escala Likert, cuyos resultados son determinados	Anedonia, inercia, disforia, desesperanza, falta de interés, auto depreciación, desvalorización de la vida.	3, 5,10, 13, 16, 17, 21.	DASS-21
Ansiedad	Tensión y agitación fisiológica, donde la respiración entrecortada, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores, son algunos de los síntomas característicos que se pueden presentar (Lovibond & Lovibond, 1995a).	en niveles o categorías: Normal, Medio, Moderado, Severo, Extremadamente Severo	Activación fisiológica, Efectos musculoesqueléticos, experiencia subjetiva de afecto ansioso.	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	
Estrés	Estado persistente de sobreactivación que refleja la dificultad constante de enfrentar las demandas de la vida, distinguiendo como consecuencia de este estado la baja tolerancia a la frustración (Lovibond & Lovibond, 1995a).		Dificultad para relajarse, irritabilidad, activación nerviosa e impaciencia	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	
INDEPENDIENTES					
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años.	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años en personas mayores de 17 años.	Años cumplidos	1	Questionario

Sexo	Condición orgánica masculina o femenina que presentan las personas.	Condición orgánica masculina o femenina.	Masculino, femenino	2
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio o actividad que realiza.	Ocupación que tiene.	actual Estudiante, trabajador, ninguno.	3
Familiares fallecidos	Persona con vínculo consanguíneo que falleció.	Presencia familiares fallecidos.	de Sí, no.	4

CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES.

Diseño metodológico

Diseño del Estudio

El diseño que se utilizó en la investigación fue de tipo transversal correlacional, el cual se encarga de describir la relación existente de dos o más categorías en un tiempo específico, con el objetivo de conocer la relación o el nivel de asociación existente (Hernández, 2018), con enfoque cuantitativo que emplea la recopilación de datos para la validación de hipótesis basándose en el análisis estadístico.

Población

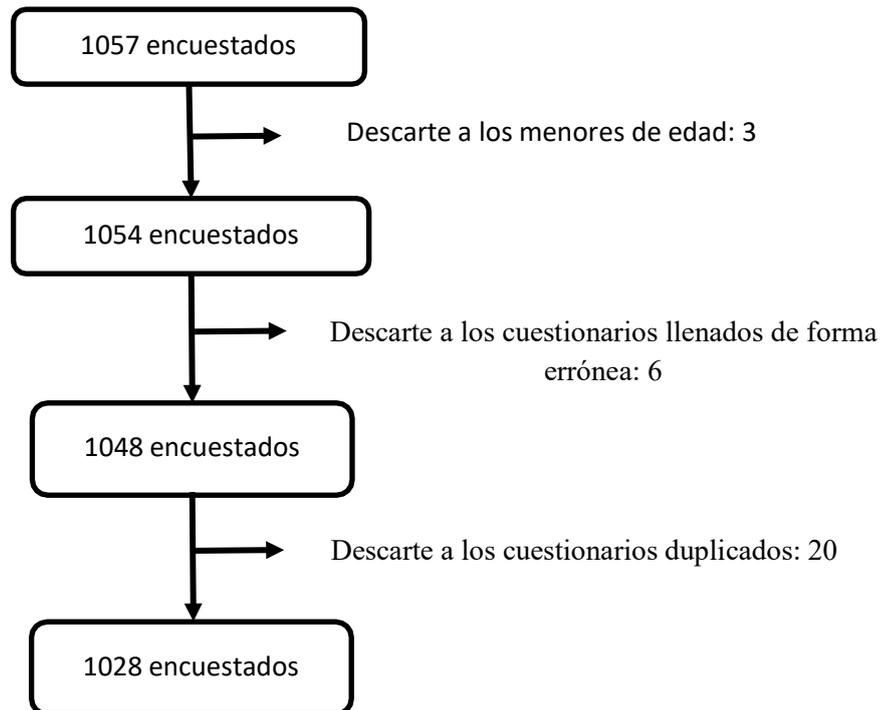
La población estuvo conformada por personas mayores de edad que habitan en la región Lambayeque durante el confinamiento por el contexto de la COVID-19. La unidad de análisis fueron las personas que cumplieron con los criterios de selección.

Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó fue bola de nieve que es un tipo no probabilístico. En este tipo de muestreo el investigador selecciona a un sujeto el cual conecta al investigador con un tercero y así sucesivamente. (Atkinson & Flint, 2001). Siendo la muestra de 1057 participantes.

Figura 1

Flujograma de selección de personas mayores de edad que cumplieron con los criterios de selección.



Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- (i) Personas mayores de edad que se encontraron en Lambayeque durante el confinamiento

Criterios de Exclusión

- (ii) Personas que no acepten de forma voluntaria responder el cuestionario
- (iii) Personas que enviaron su respuesta múltiples veces solo se les considerara una vez
- (iv) Personas que respondieron omitieron datos o los llenaron incorrectamente

Técnicas, instrumentos, equipos y materiales

Método de recolección de datos

- i. Se elaboró la Ficha de recolección de Datos (Anexo 1)

- ii. Se elaboró un formulario de Google, y en la primera sección se anexo el consentimiento informado para la participación de la investigación de forma voluntaria. (Anexo 2)
- iii. La recolección de datos estuvo a cargo de las autoras, a través de Google formularios donde se hizo uso de los siguientes instrumentos: Ficha de recolección de Datos y Escala de depresión, estrés y ansiedad DASS- 21 (Anexo 3)

Instrumentos

Ficha de recolección de datos. Instrumento que tuvo como objetivo recabar información de los encuestados, que permitieron determinar la asociación de sus factores sociodemográficos y demográficos con nuestras variables depresión, estrés y ansiedad en personas mayores de edad de la región Lambayeque durante el confinamiento.

Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21. El instrumento a utilizar fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Dass-21) cuyos autores procedentes de Australia son Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond, el cual mide las variables anteriormente mencionadas en un solo cuestionario e incluye siete ítems por escala. El instrumento brinda cuatro opciones de respuesta en formato Likert, ordenadas del 0 al 3. Las DASS-21 han sido traducidas a distintos idiomas incluido el español (Daza et al. 2002, Bados et al. 2005; Gurrola et al. 2006; Román et al. 2014). La adaptación del DASS-21 al contexto peruano fue realizado por Paredes & Quiliche en el año 2018 quienes encontraron que las escalas depresión, ansiedad y estrés presentan una consistencia interna de .83, .73, .71 respectivamente. Evidenciando una buena consistencia de esta escala. Adicionalmente, en otra investigación realizada en Chimbote por Polo en el año 2017 se valida la consistencia

interna de la escala mediante el estadístico Alfa de Crombach, donde se aprecian que los valores son .844 respecto a depresión, .831 respecto ansiedad, .831 respecto a estrés.

Gestión de datos

Los datos fueron ingresados a la base de datos utilizando un código de identificación, para proteger la confidencialidad del encuestado, cada variable presento una codificación para cada categoría según correspondió para lo cual se utilizó el programa estadístico STATA v. 16.0

Los datos fueron analizados así mismo por el programa mencionado para obtener los resultados según los objetivos planteados, estos se mantendrán bajo la custodia del investigador, así mismo se realizará la eliminación de la base pasados 2 años de custodia.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariado de variables cuantitativa y cualitativas, para la variable cuantitativa se determinó la medida de tendencia central y de dispersión correspondiente, para los cualitativos porcentajes y frecuencias. Así mismo se realizó un análisis bivariado entre los factores estudiados y las variables dependientes la prueba estadística chi-cuadrado para variables cualitativas, en caso de que más del 20% de las casillas presentaran valores menores de 5 se utilizó el test exacto de Fisher. Se utilizó para la variable cuantitativa, edad la mejor prueba estadística, previo análisis de normalidad. Las pruebas estadísticas tuvieron en consideración un nivel de significancia $p < 0,05$.

Se procesó utilizando el programa STATA v16.0, y en la elaboración de gráficos se utilizó el programa Microsoft Excel 2017.

Consideraciones éticas

La presente investigación, al ser un análisis de base de datos primaria, tuvo completa confidencialidad con los datos otorgados manteniendo en el anonimato a los participantes;

además en el formulario Google no se solicitó ningún dato personal que permitiese la fácil identificación del entrevistados.

En retribución al apoyo brindado por los encuestado, se les anexo en el formulario de Google una casilla no obligatoria en la cual podían digitalizar su correo si deseaban saber sus resultados respecto a las variables estudiadas, estos resultados indicaban como se encontraban en el momento de la evaluación más no indicaban un diagnóstico específico. Además, el proyecto de investigación será sometido a evaluación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Limitaciones

Las limitaciones están enfocadas en la coyuntura de salud actual, principalmente en la técnica de recolección, ya que se podrían encontrar respuestas sesgadas, no entendimiento de las preguntas.

CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Resultados

Se obtuvieron 1057 registros de participantes en el cuestionario Google generado por las autoras en el año 2020. De estos participantes, se excluyeron a aquellos que no tenían los datos completos, que no eran mayores de edad, y que enviaron sus respuestas más de una vez, incluyéndose finalmente en el estudio 1028 personas mayores de edad que habitan en la región Lambayeque durante el confinamiento (Figura 1).

En el análisis univariado se representaron las características sociodemográficas de los participantes, en el cual se encontró que el sexo predominante dentro del estudio fue el femenino (55.35%), además la edad promedio de los participantes fue 23 años. Dentro de las ocupaciones que desarrollaban los participantes, el 93.38% se encontraban activos desarrollándose como estudiantes, trabajadores o ambos. En la variable demográfica denominada fallecimiento de un familiar se obtuvo que al menos 3 de cada 10 participantes tuvieron una pérdida. (Tabla 2).

Tabla 2*Características sociodemográficas de adultos encuestados*

Variables	N(%)
Sexo	
Masculino	459 (44.65)
Femenino	569 (55.35)
Edad*	23 (21-28)
Ocupación	
Estudiante	487(47.37)
Trabajador	385(37.45)
Ambos	88(8.56)
Ninguno	68(6.61)
Familiar Fallecido	
Sí	310 (30.16)
No	718 (69.84)

*Mediana y Rango Intercuartílico

Dentro del análisis univariado de la depresión en los encuestados se obtuvo que 4 de cada 10 participantes presenta un nivel de depresión y 1 de cada 10 personas se encuentran en los niveles más elevados presentando riesgo de suicidio. (Tabla 3)

Tabla 3*Variable depresión en los adultos encuestados*

Variables	N(%)
Nivel de Depresión	
No depresión	592 (57.59)
Depresión Leve	131 (12.74)
Depresión Moderada	172 (16.73)
Depresión Severa	57 (5.54)
Depresión extremadamente severa	76 (7.39)

*Mediana y Rango intercuartílico

Dentro de la variable de estrés, mediante un análisis univariado se evidenció que 4 de cada 10 personas presentan un nivel determinado de estrés, y 1 de cada 10 personas se encuentran en los niveles más elevados manifestando estado de alarma continuo, y alternaciones funcionales y orgánicas. (Tabla 4).

Tabla 4*Variable estrés en los adultos encuestados*

Variab les	N(%)
Nivel de Ansiedad	
No ansiedad	523 (50.88)
Ansiedad Leve	78 (7.59)
Ansiedad Moderada	197 (19.16)
Ansiedad Severa	66 (6.42)
Ansiedad extremadamente severa	164 (15.95)

*Mediana y Rango intercuartílico

En el análisis univariado respecto a la ansiedad se demostró que la mitad de cada 10 personas presenta un determinado nivel de esta variable y 2 de cada 10 se encuentran ubicados en los niveles superiores presentando síntomas ansiosos persistentes que imposibilitan el desarrollo cotidiano de la persona, generando adicionalmente malestar subjetivo. (Tabla 5).

Tabla 5*Variable ansiedad en los adultos encuestados*

Variab les	N(%)
Nivel de Estrés	
No estrés	604 (58.75)
Estrés Leve	137 (13.33)
Estrés Moderada	135 (13.13)
Estrés Severa	108 (10.51)
Estrés extremadamente severo	44 (4.28)

*Mediana y Rango intercuartílico

En el análisis bivariado, se determinó que la depresión se relacionó con los factores sociodemográficos sexo, ocupación y edad. El factor demográfico familiar fallecido demostró no ser significativa en el estudio. (Tabla 6).

Tabla 6

Depresión x variables

Variables	No depresión N%	Depresión L N%	Depresión M N%	Depresión S N%	Depresión ES N%	Valor P
Sexo						
Hombre	305 (66.45%)	47 (10.24)	62 (13.51)	22 (4.79)	23 (5.01)	
Mujer	287 (50.44)	84 (14.76)	110 (19.33)	35 (6.15)	53 (9.31)	<0.001
Edad*	25 (22-31)	22 (20–25)	22 (20-24)	21 (20-23)	21 (20-22.5)	<0.001
Ocupación						
Estudiante	214 (43.94)	81 (16.63)	105 (21.56)	35 (7.19)	52 (10.68)	
Trabajador	286 (74.29)	35 (9.09)	39 (10.13)	13 (3.38)	12 (3.12)	
Ambos	49 (55.68)	7 (7.95)	19 (21.56)	6 (6.82)	7 (7.95)	
Ninguno	43 (63.24)	8 (11.76)	9 (13.24)	3 (4.41)	5 (7.35)	<0.001
Familiar fallecido						
Si	171 (55.16)	40 (12.90)	60 (19.35)	17 (5.48)	22 (7.10)	
No	421 (58.64)	91 (12.67)	112 (15.60)	40 (5.57)	54 (7.52)	0.673

*Mediana y rango intercuartílico

En el análisis bivariado se encontró que los factores sociodemográficos sexo, edad y ocupación fueron estadísticamente significativos con respecto a la variable estrés. Por otro lado, el factor demográfico familiar fallecido no evidencia significancia. (Tabla 7).

Tabla 7*Estrés x variables*

VARIABLES	No Estrés N%	Estrés L N%	Estrés M N%	Estrés S N%	Estrés ES N%	Valor p
Sexo						
Hombre	320 (69.72)	57 (12.42)	45 (9.80)	29 (6.32)	8 (1.74)	
Mujer	284 (49.91)	80 (14.06)	90 (15.82)	79 (13.88)	36 (6.33)	<0.001
Edad*	24 (22-30)	23 (21-25)	23 (20-25)	21 (20-24)	21 (20-23)	<0.001
Ocupación						
Estudiante	243 (49.90)	72 (14.78)	77 (15.81)	70 (14.37)	25 (5.13)	
Trabajador	269 (69.87)	47 (12.21)	37 (9.61)	22 (5.71)	10 (2.60)	
Ambos	47 (53.41)	10 (11.36)	12 (13.64)	12 (13.64)	7 (7.95)	<0.001
Ninguno	45 (66.18)	8 (11.76)	9 (13.24)	4 (5.88)	2 (2.94)	
Familiar fallecido						
Si	162 (52.26)	49 (15.81)	43 (13.87)	39 (12.58)	17 (5.48)	
No	442 (61.56)	88 (12.26)	92 (12.81)	69 (9.61)	27 (3.76)	0.068

*Mediana y rango intercuartílico

En el análisis bivariado, se encontró que los factores sociodemográficos sexo, edad y ocupación y el factor demográfico familiar fallecido, se asociaron a la ansiedad. (Tabla 8).

Tabla 8*Ansiedad x variables*

VARIABLES	No Ansiedad N%	Ansiedad L N%	Ansiedad M N%	Ansiedad S N%	Ansiedad ES N%	Valor p
Sexo						
Hombre	281 (61.22)	41 (8.93)	70 (15.25)	23 (5.01)	44 (9.59)	
Mujer	242 (42.53)	37 (6.50)	127 (22.32)	43 (7.56)	120 (21.09)	<0.001
Edad*	24 (22-30)	25 (22-27)	23 (21-27)	23 (21-26)	21 (20-23)	<0.001
Ocupación						
Estudiante	209 (42.92)	32 (6.57)	102 (20.94)	32 (7.19)	109 (22.38)	
Trabajador	234 (60.78)	36 (9.35)	64 (16.62)	16 (4.16)	35 (9.09)	
Ambos	42 (47.73)	7 (7.95)	14 (15.91)	10 (11.36)	15 (17.05)	<0.001
Ninguno	38 (55.88)	3 (4.41)	17 (25.00)	5 (7.35)	5 (7.35)	
Familiar fallecido						
Si	135 (43.55)	22 (7.10)	72 (23.23)	22 (7.10)	59 (19.03)	
No	388 (54.04)	56 (7.80)	125 (17.41)	44 (6.13)	105 (14.62)	0.021

*Mediana y rango intercuartílico

Discusión

En el presente estudio se registraron 1057 participantes en el formulario de Google, pero solo 1028 cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión, los cuales fueron estudiados.

Respecto a las características sociodemográficas y demográficas de los encuestados mayores de edad que habitaron en Lambayeque durante el confinamiento, se obtuvo que el sexo predominante fue el femenino con un porcentaje del 55.35%, la mediana respecto a la edad fue 23 años, el 47.37% fueron estudiantes y 30.16% perdieron un familiar. Lo anteriormente mencionado se asemeja a los resultados de algunos estudios, en relación a la variable sexo en los resultados obtenidos en las investigaciones de Wang, et al. (2020), Odriozola et al. (2020), Huang et al. (2020), Lei et al. (2020), Ozamis et al. (2020), Gonzales (2020), Apaza et al. (2020) se encontró que el sexo femenino fue predominante (67.3%, 66.1%, 54.6%, 61.3%, 81.1%, 70%, 66.2% respectivamente) asociándose con lo obtenido en este estudio. La edad según sus medidas de tendencia central es similar a los resultados obtenidos en los estudios de Wang et al. (2020), Odriozola et al. (2020), Ozamis et al. (2020), Gonzales (2020), Apaza et al. (2020) los cuales fueron (21.4 -30.8; 22; 18-25; 20.5 (\pm 2.3); 20-30) años respectivamente, sin embargo, difiere con los resultados obtenidos por Lei et al. (2020), Huang et al. (2020) y Becerra et al. (2020) (32, 35.3 \pm 55.6, 39.98 \pm 13.84) respectivamente. Respecto a la ocupación de los encuestados, los resultados hallados se asemejan con los estudios de Wang et al. (2020) y Odriozola et al. (2020), el mayor porcentaje se encontró en estudiantes con un 52.8% y 76,8 % respectivamente. Por otro lado, el estudio de Lei et al. (2020) difiere con lo obtenido en la presente investigación porque el 67.9% de su muestra eran trabajadores. Respecto a la variable demográfica familiar fallecido, después de una exhaustiva búsqueda no se encontraron investigaciones que

durante las circunstancias establecidas asocien el fallecimiento de un familiar con las variables independientes.

En relación al análisis bivariado se obtuvo que la depresión presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con el factor sexo, se obtuvo que el 49.55% de mujeres y el 33.55% de varones presentaron algún nivel de depresión, reflejando un mayor porcentaje del sexo femenino a padecer de algún nivel de depresión. Los datos de la presente investigación son semejantes con los resultados obtenidos de los estudios de Ozamiz et al. (2020), Apaza et al. (2020), Lei et al. (2020) y Wang et al. (2020), donde se encontró una asociación significativa de la depresión con el sexo. Además, en el estudio de Ozamiz et al. (2020), se encontró que el 21% de mujeres y el 17.3% de varones presenta algún nivel de depresión. Y en las investigaciones de Apaza et al. (2020) y Lei et al. (2020) se obtuvo que el sexo femenino presenta una mayor incidencia con algún nivel de depresión. Por otro lado, los estudios de Wang et al. (2020), reflejaron mayor incidencia del sexo masculino con algún nivel de depresión.

En relación al análisis bivariado se obtuvo que la depresión presenta una asociación estadística significativa ($p < 0.001$) con el factor edad, observándose a groso modo, que a menor edad existe mayor severidad en el trastorno depresivo, siendo el intervalo de edad de 20 – 25 donde se evidencia la presencia del trastorno depresivo. Además, en el nivel extremadamente severo de depresión, se observa que el intervalo de edad es de 20 – 22.5 años. Los resultados obtenidos tras realizar la investigación coinciden con los estudios de Lei et al. (2020), Huang & Zhao (2020), Becerra et al. (2020) y Ozamiz et al. (2020), quienes encontraron que las personas con un menor rango de edad, presentan niveles más altos de depresión.

En el análisis bivariado de la variable depresión se obtuvo que la ocupación presenta una alta significancia ($p < 0.001$). Además, el grupo de mayor predominancia fue el de los estudiantes, de los cuales el 56.06% de su población presentó algún nivel de depresión. Estos datos se asemejan a los estudios de Wang et al. (2020), Lei et al. (2020) y Odriozola et al. (2020), quienes encontraron una relación significativa entre la variable ocupación y la depresión, siendo el ser estudiante la ocupación que presenta mayores niveles de depresión.

La hipótesis formulada que propone que el sexo y el fallecimiento de un familiar están asociados a un mayor nivel de depresión en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque se rechaza, debido a que solo el factor sexo se asocia a esta variable. El factor fallecimiento de un familiar no presentó asociación alguna.

En relación a la variable estrés, en el análisis bivariado se encontró significancia ($p < 0.001$) con respecto al factor sexo, obteniendo el sexo femenino un 50.09% en algún nivel de estrés, mostrando predominancia con respecto al sexo masculino que obtuvo un 30.02%. Estos resultados se corroboran con los obtenidos en las investigaciones de Apaza et al. (2020), Ozamiz et al. (2020) y Wang et al. (2020), quienes encontraron una significancia entre el estrés y el sexo. Además, Apaza et al. (2020) y Ozamiz et al. (2020) evidenciaron mayor predominancia en las mujeres de presentar algún nivel de estrés con respecto a los hombres. Por otro lado, en el estudio de Wang et al. (2020) se concluyó que los hombres presentan mayores niveles de estrés.

En el análisis bivariado se obtuvo que el estrés presenta una asociación estadística significativa ($p < 0.001$) con el factor edad, observándose a grandes rasgos que a menor edad existe mayor severidad de estrés, siendo el intervalo de edad de 21 – 25 años donde se evidencia este trastorno. Además, el rango de 20 – 23 años presenta niveles extremadamente

severos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Ozamiz et al. (2020), quienes encontraron que las personas con un menor rango de edad, presentan altos niveles de estrés.

En el análisis bivariado del estrés con el factor ocupación, se encontró significancia ($p < 0.001$), mostrando predominancia del grupo de estudiantes con un 50.1%. El presente resultado guarda relación con lo obtenido en las investigaciones de Odriozola et al. (2020) y Wang et al. (2020), quienes encontraron significancia de la variable estrés con la ocupación. Además, en dichos estudios, el grupo que obtuvo mayores niveles de ansiedad fue el de los estudiantes.

La hipótesis planteada que sugiere que el sexo y ocupación se asocian a un mayor nivel de estrés en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque, fue corroborada. En los resultados se evidenciaron dichas asociaciones, las cuales fueron altamente significativas.

Con lo correspondiente a la variable ansiedad, dentro del análisis bivariado, se encontró que presenta una asociación significativa ($p < 0.001$) al factor sexo, predominando el sexo femenino con un 57.47% de mujeres que presentan algún nivel de ansiedad, en contraste del 38.78% de hombres. Estos resultados guardan relación con los obtenidos en Ozamiz et al. (2020), Apaza et al. (2020), Lei et al. (2020) y Wang et al. (2020), quienes encontraron una significancia entre la variable ansiedad y el sexo. Además, Apaza et al. (2020), Lei et al. (2020) y Ozamiz et al. (2020), revelaron que las mujeres presentan una mayor tendencia de poseer ansiedad durante el confinamiento que los hombres. En contraste, Wang et al. (2020), obtuvo resultados que difieren a lo anteriormente mencionado, revelando en su estudio mayores niveles de ansiedad en el sexo masculino.

En relación al análisis bivariado se obtuvo que la ansiedad presenta una asociación estadística significativa ($p < 0.001$) con el factor edad, observándose a grandes rasgos que a

menor edad existe mayor severidad de ansiedad, siendo el intervalo de edad de 20 – 22 años donde se evidencia este trastorno. Además, el rango de 20 – 23 años de edad presenta niveles extremadamente severos de ansiedad. Estos resultados coinciden con los estudios de Lei et al. (2020), Becerra et al. (2020) y Ozamiz et al. (2020), quienes encontraron que las personas con un menor rango de edad, presentan niveles más altos de ansiedad.

El análisis bivariado de la variable ansiedad y la ocupación evidenció la existencia de una significancia ($p < 0.001$). Además, el grupo resaltante fue el de los estudiantes con un 57.08% de personas que presentaban algún nivel de ansiedad. Lo obtenido se relaciona con los resultados de Ozamiz et al. (2020) y Wang et al. (2020), quienes en sus investigaciones encontraron una alta significancia de la variable ansiedad con relación a la ocupación, también, en sus estudios se evidenció que el grupo de los estudiantes presentaban mayores índices de ansiedad en contraste con los otros grupos.

En el análisis bivariado de la variable ansiedad con el factor familiar fallecido, se encontró significancia ($p 0.021$), siendo el 56.45% de las personas que perdieron a un familiar durante el confinamiento por la COVID19 presentaron algún nivel de ansiedad. Esto se asemeja al estudio de revisión llevado a cabo por Huarcaya (2020) en el cual señala a la ansiedad como una de las principales consecuencias psicológicas frente a la pérdida repentina de un familiar.

La hipótesis que menciona que la edad y la ocupación están asociadas a un mayor nivel de ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque fue corroborada debido a que se encontró una alta significancia de los factores anteriormente mencionados.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES

1. Los factores asociados a la depresión, estrés y ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque fueron sexo, edad y ocupación. Encontrándose una predominancia en las tres variables del sexo femenino, intervalos de edades que oscilan entre 20 – 23 años en los niveles extremadamente severos y la ocupación de estudiante. Por otro lado, el factor fallecimiento de un familiar solo tuvo asociación estadística significativa con la variable ansiedad.

2. Las características sociodemográficas de los mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque son: 55.35% son de sexo femenino, 23 años fue la edad promedio, 93.38% se encontraban activos desarrollando ocupaciones como estudiantes, trabajadores o ambos. Y con respecto a la característica demográfica fallecimiento de un familiar, el 30.16% ha sufrido una pérdida.

3. La presencia de algún nivel de depresión en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque fue el 42.41% de la muestra, presentado el 16.73% un nivel moderado de depresión y el 12.93% niveles severos y extremadamente severos, los cuales son considerados riesgo de suicidio.

4. Con lo que respecta a los niveles de estrés en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque, se encontró que el 41.25% de la muestra presenta algún nivel de estrés. Presentando el 13.13% un nivel moderado y el 14.79% niveles severos y extremadamente severos, que se podrían manifestar como estados de alarma continuos y alteraciones funcionales y orgánicas.

5. Los niveles de ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque se encuentran presentes en el 49.12% de la muestra. El 19.16% presenta niveles moderados de ansiedad y el 22.37% presenta niveles severos y extremadamente severos. Pudiendo presentar síntomas ansiosos persistentes que impidan el desarrollo cotidiano de la persona, generando malestar subjetivo.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

1. Debido a la situación inédita vivida durante el confinamiento, tanto aplicado en nuestro país como en los demás lugares, se recomienda indagar más específicamente los factores asociados a las variables estudiadas para poder establecer los programas de intervención más adecuados enfocados en la salud mental.

2. Con toda la información recabada hasta la fecha, incluyendo este estudio, se sugiere desarrollar programas de prevención y detección de problemas de salud mental, tales como la depresión, estrés y ansiedad.

3. Debido a que la pandemia y el confinamiento no afecta a todas las personas por igual, y tanto en nuestra investigación como en las desarrolladas anteriormente, se identificaron como grupos de vulnerabilidad a las mujeres, personas con edades entre 20–27 y estudiantes es recomendable poder intervenir con anticipación en dichas poblaciones.

4. Se recomienda realizar más estudios abocados a la salud mental en la población estudiada para encontrar así mecanismos o técnicas de afrontamiento que sean de ayuda en situaciones futuras similares.

5. Debido a las medidas sanitarias tomadas, se recomienda que las autoridades correspondientes implementen medidas de despedida que permitan a la persona tener un cierre con el familiar, lo cual ayuda en el proceso del duelo para evitar que este sea patológico y no desarrolle problemas de salud mental como depresión, estrés y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.

- Alegret, J., Castanys, E. y Sellares, R. (2010). *Alumnado en situación de estrés emocional*. GRAO.
- Apaza, C., Seminario, R. & Santa-Cruz J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el COVID-19-Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 402-413. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/290/29063559022/html/index.html>
- Asociación Americana de Psicología. (2007). *El estrés es un problema de salud serio en Estados Unidos*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-problema>
- Asociación Americana de Psicología (2011). *Estrés y Género*. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/gender>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Panamericana.
- Atkinson, R. & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. *Social Research Update*, 33, 1-4. https://www.researchgate.net/publication/46214232_Accessing_Hidden_and_Hard-to-Reach_Populations_Snowball_Research_Strategies
- Bados, A, Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683 <http://www.psicothema.com/pdf/3165.pdf>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Síntesis. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>
- Balluerka, N. et al. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- BBC. (12 de febrero 2021). *5 fenómenos extraños que el estrés produce en tu cuerpo y que debes “escuchar”*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56045982>
- Becerra-García, J. A., Giménez Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito Resa, S., & Calvo Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista española de salud pública*, 94, e202006059. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202006059.pdf
- Beck et al. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Descleé de Brower.

- Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima* [Tesis de licenciatura inédita]. Pontificia Universidad Católica del Perú. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/4880/BOULLOSA_GALARZA_GINETTE_ESTRES_ACADEMICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Brooks, S. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>
- Carranza, R. (2012). Depresión y características sociodemográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana. *Apuntes Universitarios*, 2(2), 79-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4062952>
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103–116. <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.103>
- Collantes, M. & Marcos, J. (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. Wolters Kluwer. https://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/libro/medicina_201320/es_saludmen/ad_juntos/salud_mental_trabajadores.pdf
- Coryell, W. (marzo de 2020). *Trastornos depresivos*. Manual SMD: Versión para profesionales. [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#:~:text=Estado%20de%20%C3%A1nimo%20depresivo%20la,mantenimiento%20del%20sue%C3%B1o\)%20o%20hipersomnia](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#:~:text=Estado%20de%20%C3%A1nimo%20depresivo%20la,mantenimiento%20del%20sue%C3%B1o)%20o%20hipersomnia)
- Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M.A. y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. https://www.researchgate.net/publication/225337971_The_Depression_Anxiety_Stress_Scale-21_Spanish_Translation_and_Validation_with_a_Hispanic_Sample#fullTextFileContent
- El Ansari, W., Stock, C., Snelgrove, S., Hu, X., Parke, S., Davies, S., John, J., Adetunji, H., Stoate, M., Deeny, P., Phillips, C. & Mabhala, A. (2011). Feeling healthy? A survey of physical and psychological wellbeing of students from seven universities in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(5), 1308-1323. <https://doi.org/10.3390/ijerph8051308>.
- El Ansari, W., Labeed, S., Moseley, L., Kotb, S. & El-Houfy, A. (2013). Physical and psychological well-being of university students: Survey of eleven faculties in Egypt.

Int J Prev Med, 4(3), 293-310.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634168/>

Equilibrio & Armonía Psicólogos. (3 de noviembre de 2020). *Estadísticas de Ansiedad en el Perú*. <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-ansiedad-en-el-peru/>

Equilibrio & Armonía Psicólogos. (3 de noviembre de 2020). *Estadísticas de Depresión en el Perú*. <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/#:~:text=Solo%20en%20Per%C3%BA%20hay%20,ni%20medidas%20de%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica>

Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*. Polemos.
https://www.academia.edu/35766134/Tratado_de_Psiquiatria_henry_E

Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley, M. C. & Whalen, D. F. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictor of stress for residence hall students. *Journal of American College Health*, 54(1), 15-24. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.1.15-24>

Feldman, L., Goncalves, L., Chacón Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol*, 7(3), 739-751.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000300011

Fiestas, F. & Piazza, M. (2005). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 30-38.
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6/1995>

Gálvez, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 77-100.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403007.pdf>

Gómez, A. E. (2012). Trastornos de ansiedad: agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia profesional*, 26(6), 32-39. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmaciprofesional-3-pdf-X0213932412678054>

Gonzales, J. (2020). *Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociados a confinamiento social – Arequipa 2020*. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Santa María.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/10219/70.2634.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gurrola, G. L., Balcázar, P. Bonilla, M. P. & Virseda, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una

- muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(2), 3-7.
<https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
- Hernandez, F. (2018). *Metodología de la Investigación*. Mc. Graw Hill.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 112954. <https://www.doi:10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Huarcaya-Victoria J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.*;37(2). 327-334. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v37n2/1726-4642-rins-37-02-327.pdf>
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924609.
<https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
- Ministerio de Salud. (15 de septiembre de 2004). *Estrés afecta a más del 30% de limeños*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/43525-estres-afecta-a-mas-del-30-de-limenos>
- Ministerio de Salud. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental: dirigidos a trabajadores del primer nivel de atención*. MINSA.
http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
- Ministerio de Salud. (2020). *Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19*. MINSA.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. (1).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/buletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Muñoz, L. (14 de noviembre de 2019). Lambayeque: En los tres últimos años, casos de salud mental se duplicaron. *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/2019/10/30/en-los-tres-ultimos-anos-casos-de-salud-mental-se-duplicaron-lrnd/>

- McEwen, Bruce S.T (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006899300029504?via%3Dihub>
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. International Thomson Editores.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 113108. <https://www.doi:10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44466/9789243500249_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (7 de abril de 2017). *Depresión*. <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias: Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias*, Organización Panamericana de la Salud. PAHO. <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. PAHO. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMHI7005-spa.pdf>
- Ozamiz-Etxerbarria, N. et. al. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>
- Paredes, N. & Quiliche, A. (2018) *Adaptación y Propiedades de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en usuarios que acuden a centros de salud mental de*

- Lima, 2018 [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad Cesar Vallejo https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41516/Paredes_SN%2c%20Quiliche_AA..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Polo, R. (2017) *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad Cesar Vallejo https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10290/polo_mr.pdf?squence=1&isAllowed=y
- Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. L., Acosta Fernández, M., Aguilera-Velasco, M. A., Delgado, D. D. (2014). Academic stress as a predictor of chronic stress in university students. *Psicología Educativa*, 20(1), 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.05.006>
- Richaud, M., Vivas, J. & Muzio, R. (2020). Efectos psicológicos del aislamiento por cuarentena por COVID 19: Recomendaciones sobre cómo sobrellevar el distanciamiento físico que impone el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. *Comisión de Política y Vinculación Institucional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento*. <https://aacconline.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/Documento-Recomendaciones-AACC-Efectos-psicol%C3%B3gicos-aislamiento-por-cuarentena-COVID-19.pdf>
- Roman, F., Vinet, E., & Alarcon, A. (2014) Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>
- Sanchez, P., Garcia, M., Gomez, M., Gomez, R. y Delgado, M. S. (2015). *Bienestar emocional*. DYKINSON S.L.
- Secretaría Nacional de la Juventud. (2012). *Primera encuesta nacional de la juventud. Resultados finales*. Biblioteca Nacional del Perú. <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2017/12/Primera-Encuesta-Nacional-de-la-Juventud-2011.pdf>
- Tataje, A. (2013). *Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes estudiantes de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura inédita]. Pontificia

Universidad Católica del Perú.
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5080/TATAJE_MARQUEZ_ANDREA_SINTOMATOLOGIA_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 681–706). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Vallejo, J. & Bulbena, A. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona.
- Villereal-Zegarra, D. (12 de agosto de 2020). *Tendencias de la prevalencia y el tratamiento de los síntomas depresivos en el Perú*. Instituto Peruano de Orientación Psicológica. http://ipops.pe/inicio/depresion_en_peru/#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20la%20prevalencia,5%25%20en%20las%20zonas%20rurales
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*; 17, 17-29. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Watson, D., Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. <https://www.doi:10.1037//0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Clark, L.A., y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*; 97, 346-353. <https://www.doi:10.1037//0021-843x.97.3.346>
- Wilder-Smith, A. & Freedman, D. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), 1-4. <https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321?login=true>

ANEXOS

Anexo 1.

Ficha técnica del instrumento

FICHA TÉCNICA

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

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

Autores: Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond.

Año: 1995

Adaptación: Daza, 2002

Tipo de instrumento: Escala

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

Edad de Aplicación: A partir de 13 años hasta los 45 años.

Tiempo de administración: 5 a 10 minutos

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

Anexo 2.

Consentimiento informado

Factores asociados al nivel de depresión, estrés y ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque

Estimado participante, recibe el saludo cordial de las investigadoras Callao Samillán Maryhori Jazmín y Muro Ordinola Patricia Alejandra, estudiantes de psicología. El presente trabajo de investigación tiene como finalidad identificar los niveles de ansiedad, depresión y estrés de las personas que viven en la región Lambayeque y sus factores asociados durante el confinamiento debido a la pandemia del COVID-19. Los hallazgos obtenidos del estudio podrán utilizarse en el futuro para implementar estrategias de promoción, prevención e intervención relacionada a los aspectos mencionados. Si usted decide participar, le invitaremos a responder este cuestionario, el cual solo le tomará unos minutos de su tiempo. Toda la información obtenida en relación con este estudio será confidencial y se utilizará con fines académicos.

Tu participación es de gran importancia, y agradecemos tu cordial apoyo. Recuerda que no hay respuesta buena ni mala, por lo cual valoramos tu sinceridad.

*Obligatorio

1. Acepto participar voluntariamente de la investigación y cuento con la mayoría de edad *

Marca solo un óvalo.

Acepto

No acepto

Anexo 3.

Ficha de recolección de datos.

DATOS

2. Edad *

3. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

4. Ocupación *

Selecciona todos los que correspondan.

Estudiante

Trabajador

Ninguno

5. Algún familiar tuyo ha fallecido durante el aislamiento. *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Anexo 4.

Cuestionario

DASS 21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y seleccione el número con el que más se identifique (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala es la siguiente:

0 = No me ha ocurrido; 1 = Me ha ocurrido un poco, o durante una parte del tiempo; 2 = Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3 = Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

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

Anexo 5.



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Maryhori Jazmin Callao Samillan
Título del ejercicio: Factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansie...
Título de la entrega: Factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansie...
Nombre del archivo: te_el_confinamiento_por_la_COVID-19_en_la_regi_n_Lambaye...
Tamaño del archivo: 3.27M
Total páginas: 75
Word count: 15,953
Total de caracteres: 93,894
Fecha de entrega: 23-ene.-2022 10:14p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1746748007



Derechos de autor 2022 Turnitin. Todos los derechos reservados.

M. Sc. Claudia Dora Vallejos Valdivia
Asesora

Anexo 6.

Factores asociados a los niveles de depresión, estrés y ansiedad en mayores de edad durante el confinamiento por la COVID-19 en la región Lambayeque

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%	12%	3%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
6	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
7	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%

9	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD Trabajo del estudiante	<1 %
10	archive.org Fuente de Internet	<1 %
11	revistas.unife.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
13	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Universidad Femenina del Sagrado Corazón Trabajo del estudiante	<1 %
15	repositorio.uts.edu.co:8080 Fuente de Internet	<1 %
16	congresopsicologiacolombia.com Fuente de Internet	<1 %
17	1library.co Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	<1 %
19	notablesdelaciencia.conicet.gov.ar Fuente de Internet	<1 %

20	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	booksc.org Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Marcelino Champagnat Trabajo del estudiante	<1 %
24	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
25	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1 %
26	revistarazonypalabra.com Fuente de Internet	<1 %
27	repository.ucc.edu.co:8082 Fuente de Internet	<1 %
28	www.scielo.edu.uy Fuente de Internet	<1 %
29	creativecommons.org Fuente de Internet	<1 %
30	pepsic.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %

31	revistapcc.uat.edu.mx Fuente de Internet	<1 %
32	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
33	repositorio.tec.mx Fuente de Internet	<1 %
34	sifp.psico.edu.uy Fuente de Internet	<1 %
35	www.pedocs.de Fuente de Internet	<1 %
36	www.injuve.es Fuente de Internet	<1 %
37	repository.unab.edu.co Fuente de Internet	<1 %
38	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	docslide.us Fuente de Internet	<1 %
40	doczz.net Fuente de Internet	<1 %
41	inicib.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
42	repositorio.ulima.edu.pe	

	Fuente de Internet	<1 %
43	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	www.produccioncientificaluz.org Fuente de Internet	<1 %
45	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
46	Nora Helena Londoño Arredondo, Jorge Palacio Sañudo, Esther Calvete Zumalde, Fernando Juárez Acosta et al. "Predictores cognitivos de personalidad y el estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes que ingresan a la universidad", Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2021 Publicación	<1 %
47	Submitted to Universidad Santo Tomas Trabajo del estudiante	<1 %
48	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
49	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
50	repositorio.ucsp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Claudia Vallejos V.

M. Sc. Claudia Dora Vallejos Valdivia
Asesora