



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

Influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial  
en la sintomatología de ansiedad generalizada en  
universitarios de Lima

Tesis para optar el título profesional de licenciatura en psicología

Autor

Luis Miguel León Salazar

Asesor

Mg. Giovanni Díaz Gervasi

Lima – Perú

2019

Influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial  
en la sintomatología de ansiedad generalizada en  
universitarios de Lima

## **DEDICATORIA**

A mí querida madre Olga, a su esfuerzo, sacrificio y  
bondad.

## **AGRADECIMIENTO**

A la universidad católica “Sedes Sapientiae” por su formación integral y trascendente del ser humano. A toda la plana docente y administrativa de la Facultad Ciencias de la Salud, especialidad de Psicología. Por su ardua labor en la formación de los jóvenes en calidad, equidad y visión humana.

Al asesor Mg. Giovanni Diaz por ser un excelente guía en el acompañamiento y proceso de investigación.

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial en la sintomatología de ansiedad generalizada en los universitarios de Lima. **Materiales y métodos:** estudio no experimental de corte trasversal, de nivel básico con alcance explicativo y enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 512 universitarios de ambos sexos de varias facultades. El tipo de muestreo fue probabilístico estratificado. Los instrumentos usados fueron el inventario de depresión de Beck (BDI II), el Test de propósito en la vida (PIL) y la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7). Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS versión 22.0. Se empleó la prueba Chi-cuadrado para establecer relación con un nivel de significancia  $p < 0,05$  y finalmente el análisis multivariado para establecer la estimación de riesgo a través del Odds Ratio (OR  $> 1$  e IC: 95%). **Resultados:** En relación a la sintomatología depresiva, los universitarios con sintomatología depresiva moderada (4,45) y leve (2,54) presentan más probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carece la sintomatología de ansiedad generalizada. En cuanto al vacío existencial, los universitarios ubicados en el nivel de falta de sentido de la vida (1,31) y el nivel de zona de indefinición (1,49) presentan más probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carece la de ansiedad generalizada. **Conclusión:** la sintomatología depresiva y el vacío existencial predisponen la probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada en los universitarios estudiados ya que las exigencias académicas y el desarrollo de metas pueden generar angustia, tristeza y vacío existencial, lo que, a su vez, ocasiona el riesgo de deserción académica y la afección del equilibrio biopsicosocial.

**Palabras claves:** *Ansiedad generalizada; Depresión; Vacío existencial.*

## ABSTRACT

**Objective:** to determine the influence of depressive symptomatology and the existential vacuum in the symptomatology of generalized anxiety among university students in Lima. **Materials and methods:** a non-experimental cross-sectional study, of basic level with explanatory scope and quantitative approach. The sample was conformed by 512 college students of both sexes of several faculties. The type of sampling was stratified probabilistic. The instruments used were the Beck Depression Inventory (BDI II), the Life Purpose Test (PIL) and the generalized anxiety disorder scale (GAD-7). The SPSS software version 22.0 was used to analyze the data. The Chi-square test was used to establish a relationship with a level of significance  $p < 0.05$  and finally the multivariate analysis to establish the risk estimate between the variables ( $OR > 1$  and  $95\% CI = 1$ ). **Results:** In relation to depressive symptomatology, university students with moderate (4.45) and mild (2.54) depressive symptomatology are more likely to develop symptomatology of generalized anxiety with respect to those who lack generalized anxiety symptoms. Regarding existential emptiness, the university students located at the level of lack of meaning of life (1,31) and the level of indefiniteness zone (1,49) are more likely to develop symptomatology of generalized anxiety with respect to those lacking that of generalized anxiety. **Conclusion:** the depressive symptomatology and the existential vacuum predispose the risk to develop generalized anxiety symptoms in the university students studied since the academic demands, and the achievement of goals can generate anguish, sadness and existential emptiness, which, in turn, causes the risk of academic desertion and the impairment of the biopsychosocial balance.

**Keywords:** *Generalized anxiety; Depression; Existential emptiness.*

## ÍNDICE

Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Introducción	viii
Capítulo I El problema de investigación	10
1.1.Situación problemática	10
1.2.Formulación del problema	12
1.3.Justificación de la investigación	12
1.4.Objetivos de la investigación	14
1.4.1.Objetivo general	14
1.4.2.Objetivos específicos	14
1.5.Hipótesis	14
Capítulo II Marco teórico	15
2.1.Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	18
2.2.1 Modelo y conceptualización de la Sintomatología Depresiva	18
2.2.2 Modelo y conceptualización del Vacío existencial	19
2.2.3 Modelo y conceptualización de la sintomatología de ansiedad generalizada	21
Capítulo III Materiales y métodos	25
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	25
3.2.Población y muestra	25
3.2.1.Tamaño de la muestra	25
3.2.2.Selección del muestreo	25
3.2.3.Criterios de inclusión y exclusión	26
3.3.Variables	26
3.3.1.Definición conceptual y operacionalización de variables	26
3.4.Plan de recolección de datos e instrumentos	28
3.5.Plan de análisis e interpretación de la información	32
3.6.Ventajas y limitaciones	33
3.7.Aspectos éticos	33
Capítulo IV Resultados	35
Capítulo V Discusión	41
5.1. Discusión	41
5.2. Conclusiones	45
5.3. Recomendaciones	45
Referencias bibliográficas	47
Apéndice	50

## INTRODUCCIÓN

La salud mental forma parte de la integralidad de la salud y el bienestar, como indica la OMS en su constitución en la que define la salud como “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013 p. 7). Asimismo, se ha visto que los trastornos mentales a menudo influyen en las otras enfermedades como el cáncer, dificultades cardiovasculares, infección del VIH que requiere atención conjunta e integral. Debido al incremento en la prevalencia de los trastornos mentales se presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad (OMS, 2013). Los trastornos mentales y conductuales con mayor prevalencia en los centros de atención primaria son la depresión y la ansiedad (OPS, 2009). De acuerdo con la DSM IV 3 %, la población general evidencia ansiedad generalizada, con mayor tendencia en las mujeres (APA, 2000). Asimismo, la DSM V indica el riesgo de padecerla a lo largo de la vida en un 9,0 %, con la mayor prevalencia en mujeres, entre las edades de 19 y 30 años, y se manifiesta más en países industrializados y desarrollados (APA, 2014). Estos indicadores se muestran en la realidad peruana con mayor prevalencia en los trastornos depresivos y ansiosos (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM HN-HN], 2013). Además, la prevalencia mayor, en las cinco ciudades del Perú, se muestran en los trastornos de ansiedad (14,9 %) y trastornos del humor (8,2 %) (Fiestas & Piazza, 2015).

Según Arrieta, Vergara, Díaz y González (2014), los estudios en salud mental en el contexto universitario señalan un incremento en los trastornos depresivos y ansiosos en comparación a la población en general. Esto puede deberse a los factores psicológicos y factores sociodemográficos: (a) las exigencias académicas que implica desarrollar en ciertas habilidades y competencias, (b) la disciplina y la responsabilidad en las actividades y evaluaciones, y (c) el cumplimiento de metas y logros en el proceso académico. A esto se añaden las cargas familiares, económicas y sociales. Entonces, estas situaciones podrían generar síntomas depresivos frente a las dificultades y vacío existencial en la sensación de frustración que estarían influenciando en el desarrollo de la ansiedad generalizada.

La presente investigación se estructura en cinco capítulos. En el Capítulo I, se expone el planteamiento del problema que da origen a esta investigación. Además, se presenta su justificación teórica, metodológica y práctica, en la que se delimita en los objetivos a desarrollar.

En el Capítulo II, se desarrolla el marco teórico. En esta parte se indican los antecedentes, el modelo teórico y la conceptualización de las variables que sustentan el

estudio. En el Capítulo III, se indica el tipo y diseño de estudio, la población, la muestra y el muestreo. Asimismo, se plantea el plan de recolección de datos con los respectivos instrumentos; se mencionan el plan de análisis estadístico, las ventajas y limitaciones, y los aspectos éticos a considerar en el desarrollo de la investigación.

En el Capítulo IV, se muestran los resultados obtenidos en el estudio. Por último, en el Capítulo V, se desarrolla la discusión a partir de los resultados y se plantean las conclusiones y recomendaciones.

En suma, esta investigación demostró que los universitarios pertenecientes a una facultad, los que experimentaron sintomatología depresiva y manifestaron vacío existencial presentaron mayor probabilidad en desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada. Asimismo, se encontró relación significativa entre la sintomatología depresiva y el vacío existencial con la sintomatología de ansiedad generalizada. También, existe relación significativa entre los factores sociodemográficos ingreso económico y la facultad con la sintomatología de ansiedad generalizada. Dichos resultados tienen importante relevancia en la prevención y la promoción de la salud mental, orientada en la intervención de depresión y la ansiedad generalizada.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Situación problemática**

La ansiedad generalizada es un trastorno emocional entre las dificultades mentales con mayor prevalencia a nivel mundial en la que implica un problema de salud pública para la sociedad (Marjan, Mendieta, Muñoz, Díaz, & Cortés, 2014). En la población europea según el estudio de Wittchen et al. En el 2011, el 32.8 % sufre un trastorno mental, los más prevalentes son ansiedad y depresión (citado en Echeburúa, Salaberría, & Cruz, 2014). Asimismo, el DSM IV-TR presenta datos considerables: “En muestras de población en general, la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la población global llega hasta el 5 %” (APA, 2000, p. 250). Además, el DSM V indica que existe un riesgo (9,0 %) de padecer de por vida el trastorno de la ansiedad generalizada. También, señala que la probabilidad de experimentarlo es mayor en las mujeres y existe el diagnóstico con mayor prevalencia en la edad media. Finalmente, la población europea y los países desarrollados presentan mayor prevalencia de ansiedad generalizada en comparación a otros países (APA, 2014).

En la realidad peruana, según los estudios epidemiológicos realizados en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, el 26,1 % de la población de Lima Metropolitana y Callao alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental. De estos, el 2,9 % corresponde al trastorno de ansiedad generalizada y con mayor tendencia en mujeres (INSM HD-HN, 2013). Asimismo, la prevalencia mayor en las cinco ciudades del Perú se muestra en los trastornos de ansiedad (14,9 %) y trastornos del humor (8,2 %) (Fiestas & Piazza, 2015). Adicionalmente, dentro del marco sociocultural marcado por la violencia, la secuela dejada por ella incrementa los trastornos depresivos y de ansiedad (Rommy, Matos, & Cabra, 2006).

La sintomatología básica depresiva se manifiesta en la disminución del estado de ánimo y la pérdida de interés por las actividades cotidianas. Ello va acompañado de pérdida de apetito, dificultades de sueño, fatiga o pérdida de energía. Además, se presentan enlentecimiento motor, dificultad de atención y concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, culpabilidad, y deseos, ideas e intento suicidas (Morrison, 2015). Por su parte, Beck y Clark (2012) indican que la ansiedad coexiste con algunos trastornos, gran parte de la comorbilidad se centra en la relación ansiedad y depresión. El 51% de las personas con ansiedad presentaba síntomas de depresión severa (Kessler et al., 1996). Goldberg y Kendler (2011) indican que estudios epidemiológicos evidencian que la

depresión mayor y la ansiedad generalizada coexisten siendo este el trastorno el más asociado a la depresión mayor. Por tanto, muchas veces dentro de la sintomatología depresiva la persona vivencia estados afectivos y cogniciones de vacío relacionados a su propia existencia acompañados de cogniciones negativas respecto al presente, pasado y futuro que pueden profundizar estos sentimientos de ausencia de sentido en la vida.

Considerando lo antes mencionado, el vacío existencial es un sentimiento relacionado a la carencia de sentido de la vida y que genera frustración (Frankl, 2015). La frustración existencial puede causar un estado de tedio, hastío y aburrimiento (Frankl, 2015). Por consiguiente, se puede afirmar que el vacío existencial es la incapacidad de encontrar significado, importancia, utilidad o valor a la propia vida y la dificultad para encontrar metas y objetivos que la orienten y sostengan (Yalom, 1984). En esta línea, Lukas (2001) indica que esta falta de sentido puede desencadenar una serie de sentimientos de desesperanza, apatía emocional, fatiga, falta de ilusión, sensación de inutilidad, desorientación existencial hasta llegar a incrementar el riesgo suicida. De acuerdo Zaldivar (1997), en la práctica clínica las personas llegan a consulta con una notable pérdida de sentido de la vida y sintomatología depresiva, ansiedad e ideación suicida, acompañados de algunas manifestaciones somáticas. El patrón patológico de estos sujetos fue la desesperanza, falta de metas en el presente y en el futuro, crisis de valores, ideas irracionales, incapacidad de afrontamiento, confusión y percepción de abandono. Entonces, las creencias y afectos conectados al vacío existencial a parte de los síntomas depresivos, pueden generar sintomatología ansiosa variada como manifestaciones neurovegetativas clásicas y un contenido psicológico de preocupación y angustia hacia los eventos del futuro que suelen percibirse como peligrosos y con ideas catastróficas que pueden llevar al sujeto a experimentar niveles altos y constantes de ansiedad pudiendo desencadenar sintomatología propia del trastorno generalizado de ansiedad.

De esta manera, la ansiedad generalizada (APA, 2014) se define como ansiedad y preocupación excesiva y constante acerca de las actividades y acontecimientos cotidianos. La intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad y preocupación es desproporcionada frente a la probabilidad u ocurrencia real anticipada. Dentro de la sintomatología común del trastorno de ansiedad generalizada a la persona le resulta difícil controlar la preocupación que interfiere en las diversas actividades cotidianas relacionadas al trabajo, la salud, la economía, el bienestar de la familia y los asuntos menos importantes, como los quehaceres del hogar o responsabilidades simples. La ansiedad es continua, intensa e indiscriminada.

Considerando lo anterior, se puede indicar que tanto la sintomatología depresiva puede incluir pensamientos que se relacionan al vacío existencial. Paralelamente a esto, pueden surgir síntomas ansiosos en diversos niveles que podrían arribar hacia la sintomatología de ansiedad generalizada. Es por ello que resulta importante estudiar cuál es la influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial en la sintomatología de ansiedad generalizada. En un contexto universitario, la presencia de factores de riesgo de diversa índole puede implicar la vulnerabilidad para desarrollar problemas emocionales. Por otra parte, los estudios en salud mental en universitarios indican el incremento de los trastornos depresivos y ansiosos en comparación a la población en general (Arrieta et al., 2014).

Por tal motivo, la presente investigación tiene como objetivo general determinar la influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial en la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.

## **1.2 Formulación del problema**

Planteado el problema de investigación, se proponen algunas preguntas. Estas se presentarán a continuación.

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial en la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es la sintomatología depresiva, el vacío existencial, la sintomatología de ansiedad generalizada y los datos sociodemográficos en un grupo de universitarios de Lima?
- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva, el vacío existencial y los factores sociodemográficos con la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima?

## **1.3 Justificación de la investigación**

De acuerdo con la DSM IV, el 3 %, la población general evidencia ansiedad generalizada, con mayor tendencia en las mujeres (APA, 2000). Asimismo, la DSM V indica el riesgo de padecerla a lo largo de la vida en un 9,0 %, con la mayor prevalencia en mujeres, entre las edades de 19 y 30 años, y se manifiesta más en países industrializados

y desarrollados (APA, 2014). Estos indicadores se muestran en la realidad peruana con mayor prevalencia en los trastornos depresivos y ansiosos (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM HN-HN], 2013). Además, la prevalencia mayor, en las cinco ciudades del Perú, se muestran en los trastornos de ansiedad (14,9 %) y trastornos del humor (8,2 %) (Fiestas & Piazza, 2015).

Según Arrieta, Vergara, Díaz y González (2014), los estudios en salud mental en el contexto universitario señalan un incremento en los trastornos depresivos y ansiosos en comparación a la población en general. Esto puede deberse a los factores psicológicos y factores sociodemográficos: (a) las exigencias académicas que implica desarrollar en ciertas habilidades y competencias, (b) la disciplina y la responsabilidad en las actividades y evaluaciones, y (c) el cumplimiento de metas y logros en el proceso académico. A esto se añaden las cargas familiares, económicas y sociales.

Por tanto, el presente estudio tendrá impacto en la salud pública en los niveles: teórico, metodológico y práctico entre las variables de estudio.

A nivel teórico, el estudio permitirá conocer la probabilidad de seguir experimentando ansiedad generalizada con las variables que siguen: (a) sintomatología depresiva, (b) vacío existencial y (c) factores sociodemográficos, ya que el alcance de estudio es explicativo. Igualmente, se podrá apreciar la relación significativa entre dichas variables, pues los estudios explorados indican que existe relación entre sintomatología depresiva y la ansiedad generalizada (Borrego, et. al., 2009; Galindo, 2009; Arrieta et al., 2014). Finalmente, la información que se puede extraer del presente estudio tiene importancia porque permitirá conocer la presencia de la ansiedad generalizada en un ambiente universitario, ya que, por la falta de información adecuada, muchas veces, es tomada como un simple estrés, tensión o fatiga.

A nivel metodológico, por ser una investigación cuantitativa, los resultados son sólidos y rigurosos que permitirá conocer la presencia de los factores asociados a la ansiedad generalizada en un grupo específico de estudiantes universitarios peruanos, desde distintos enfoques y modelos teóricos. Pero sobre todo, el tipo de investigación explicativo que establece la relación causal entre las variables. Por tanto, el estudio deja abierto a seguir otros estudios similares y analizar en el futuro otras variables.

Finalmente, a nivel social, permitirá planificar, organizar, ejecutar y supervisar estrategias de intervención para prevenir y promover la salud psicológica al interior del claustro universitario donde se realizó la investigación, por lo que se tendrá una provechosa información en relación con la ansiedad generalizada.

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la influencia de la sintomatología depresiva y el vacío existencial en la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva, el vacío existencial y los factores sociodemográficos con sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.
- Describir la sintomatología depresiva, el vacío existencial, la sintomatología de ansiedad generalizada y los datos sociodemográficos en un grupo de universitarios de Lima.

## **1.5 Hipótesis**

### **1.5.1 Hipótesis general**

**HG:** La sintomatología depresiva y el vacío existencial influyen en la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.

**HO:** La sintomatología depresiva y el vacío existencial no influyen en la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.

### **1.5.2 Hipótesis específicas**

**HE:** Existe relación entre la sintomatología depresiva, el vacío existencial, los factores sociodemográficos y la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.

**HO:** No existe relación entre la sintomatología depresiva, el vacío existencial, los factores sociodemográficos y la sintomatología de ansiedad generalizada en un grupo de universitarios de Lima.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1 Antecedentes nacionales**

Valdivia (2007) llevó a cabo un estudio con la finalidad de identificar las características del vacío existencial y el riesgo suicida en pacientes con trastorno de personalidad Borderline. El diseño de investigación fue descriptivo-comparativo, y la participación estuvo conformada por 42 personas: 12 varones y 30 mujeres, entre 18 y 23 años de edad. Además, el autor utilizó un muestreo no aleatorio intencional. Los instrumentos utilizados fueron los que siguen: (a) la prueba de Propósito en la Vida (PIL), (b) la Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) y (c) el Protocolo de Evaluación del Diagnóstico del Trastorno de Personalidad Borderline (TLP). Los resultados mostraron que existen diferencias significativas en el SIS ( $t = -2.03$   $p < .05$ ) y en el autoinforme diagnóstico del TLP ( $t = -3.04$   $p < .05$ ), donde el resultado relevante reveló que el nivel vacío existencial moderado presenta mayor riesgo en el índice suicidio.

Borrego et al. (2009) realizaron una investigación descriptiva sobre la ansiedad, la depresión y los factores demográficos en los estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo. El instrumento utilizado fue la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Asimismo, la muestra consta de 373 estudiantes distribuidos en 12 facultades de la Universidad Nacional de Trujillo. Los resultados muestran los siguientes datos: El 42,09 % de los universitarios no presenta ansiedad, mientras que el 39,14 % evidencia ansiedad moderada y un 18,77 % presentan ansiedad grave. De acuerdo con el sexo, los niveles sin ansiedad y ansiedad moderada corresponden al sexo masculino y el nivel de ansiedad grave corresponde al sexo femenino. En cuanto a la depresión, el sexo femenino predomina significativamente sobre el sexo masculino. En cuanto a la variable facultad se observaron los siguientes resultados: (a) en la Facultad de Ingeniería, un 27,04 % presenta ansiedad significativa; (b) en la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, un 58,56%, ansiedad moderada y (c) en la Facultad de Educación y Ciencias de la Comunicación, y de Ingeniería Química en un 78,93 % y 60,72 % respectivamente, no poseen ansiedad. En cuanto a niveles de depresión, los resultados fueron los que siguen: (a) la Facultad de Medicina en un 23,03 % evidencia depresión significativa, (b) la Facultad de Ciencias Biológicas en un 67,07 % presenta depresión moderada y (c) la Facultad de Ingeniería Química, y Educación y Ciencias de la Comunicación en un 60,72 % y un 59,05 % no posee depresión. En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión según procedencia, los estudiantes de Trujillo no

presentan ansiedad, mientras los estudiantes de provincia evidencian ansiedad moderada y ansiedad grave. En cuanto a la depresión se observa análogos resultados. En conclusión, los estudiantes en la Facultad de Ingeniería presentan un elevado porcentaje de ansiedad y en la Facultad de Medicina, depresión significativa; asimismo, se aprecia en estudiantes de provincias y de sexo femenino porcentajes significativos de ansiedad y depresión.

### **2.1.2 Antecedentes internacionales**

En su investigación, Reyes y Pulido (2011) describieron los niveles de depresión, ansiedad e ideación suicida. Complementando la evaluación, se realizó la comorbilidad entre las variables. La muestra no probabilística estuvo constituida por 309 pacientes que acudían por primera vez a una consulta. Asimismo, los instrumentos utilizados fueron los que siguen: (a) inventario de depresión, (b) ansiedad y (c) la escala de ideación suicida de Beck. Los resultados indicaron puntajes elevados en ansiedad y depresión; así como correlación significativa entre depresión y ansiedad, depresión y suicidio.

Igualmente, González, De Greiff y Avendaño (2011) evaluaron empíricamente la capacidad predictiva del modelo de indefensión desesperanza para identificar y discriminar a los sujetos ansiosos, depresivos y comorbilidad. El diseño fue trasversal correlacional. La muestra estuvo constituida por 526 participantes de manera anónima y voluntaria. Los instrumentos utilizados fueron los que siguen: (a) Cuestionario de Control de Ansiedad (ACQ), (b) Escala de Intolerancia a la Incertidumbre de Freeston, (c) Escala de Desesperanza de Beck, (d) Escala de Zung para la Depresión y (e) Escala Autoaplicada de Zung para la Ansiedad. Los resultados indicaron que las variables predictivas intolerancia a la incertidumbre, indefensión y desesperanza se relacionan con ansiedad, depresión y comorbidos. Asimismo, las hipótesis específicas mostraron que la baja percepción de control se relaciona con la ansiedad y la depresión; la intolerancia a la incertidumbre, con la ansiedad y la desesperanza, con la depresión.

Por otra parte, García, Gallego y Pérez (2009) comprobaron la relación entre el sentido de la vida y la desesperanza. La muestra de su estudio estuvo constituida por 302 sujetos, y los instrumentos utilizados fueron los que siguen: (a) Test de Sentido de la Vida (PIL) de Crumbaugh y Maholick, y la Escala de Desesperanza Beck y Weissman. Los resultados fueron que el sentido de la vida se asocia a un “nivel nulo-mínimo” de desesperanza; en contraste, el vacío existencial se asocia a “nivel moderado-alto” de desesperanza, estadísticamente significativo.

En su investigación, Arrieta et al. (2014) tuvieron como finalidad estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con factores socio-demográficos, académicos, conductuales y familiares entre estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia. Se trató de un estudio transversal y una población de 973 estudiantes en un muestreo probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico), cuestionario ansiedad y depresión de Goldberg, APGAR familiar. Los resultados indicaron una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos de 76,2 % y 74,4 %, respectivamente. Los factores asociados con síntomas ansiosos fueron dificultades académicas, problemas familiares, dificultades económicas. En conclusión, la sintomatología ansiosa y depresiva fue alta en estudiantes universitarios asociados significativamente con factores económicos y problemas familiares.

También, Londoño et al. (2010) identificaron los factores de riesgo psicosociales y ambientales de los trastornos mentales en usuarios de servicios de psicología de Colombia. La muestra estuvo constituida por 490 usuarios de servicios psicológicos de varias universidades de Colombia. Además, los instrumentos utilizados fueron dos: (a) el MINI (International Neuropsychiatric Interview) y (b) un cuestionario de trastornos mentales de evaluación del Eje IV del DSM-IV-TR. Los resultados evidencian como factores de riesgo para la depresión problemas de vivienda, accesos a servicios de salud, dificultades económicas, ambiente social y laboral. Por otro lado, para la ansiedad generalizada se determinaron como factores de riesgo los problemas económicos y la enseñanza.

Por último, Galindo (2009) tuvo como objetivo en su investigación analizar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión, y factores académicos y sociofamiliares asociados. La muestra de la población fue de 700 estudiantes, y se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Los resultados mostraron que el 47,1 % manifestaba ansiedad y el 55,6 % experimentaba depresión. Por otra parte, en el análisis multivariante, el sexo femenino presenta mayores riesgos de ansiedad (OR: 2,30 IC 95%-3,19) y de depresión (OR: 1,98 IC 95% 1,43-2,76); asimismo, el curso pendiente a un ciclo anterior se asocia a presentar ansiedad con un OR ajustada (1,380 y 1,383). En conclusión, los estudiantes universitarios de las facultades de Ciencias de la Salud, y Ciencias Jurídicas y Administrativas poseen la probabilidad de sufrir procesos de ansiedad-depresión.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1 Modelo y conceptualización de la sintomatología depresiva

**El modelo cognitivo de la depresión de Beck.** El modelo cognitivo plantea en que no son las circunstancias sino los pensamientos los que generan el dolor emocional. Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) sostuvieron que son tres conceptos que explican la depresión: (a) los pensamientos distorsionados, (b) los esquemas y (c) la triada cognitiva.

Los pensamientos distorsionados son errores en el procesamiento de la información en la que se mantienen la validez de los pensamientos negativos, aun contando con la evidencia contraria. La persona depresiva tiene un modo primitivo de experimentar sus vivencias mediante la emisión de juicios globales y totalizadores. Sus pensamientos son extremistas, negativos, categóricos y absolutos. Por lo tanto, la respuesta emocional será del mismo modo negativa y extrema (Beck et al., 2010).

El modelo de esquemas es la estructura mental del pensamiento depresivo en la que hace mantener actitudes contraproducentes de sufrimiento, incluso en contra de la evidencia objetiva contraria de factores positivos de la vida. Frente a la diversidad de estímulos, la persona atiende selectivamente a determinados estímulos, los asocia y conceptualiza una determinada situación. Esta forma habitual de interpretar un determinado estímulo se denomina patrones cognitivos estables, lo que vendría a ser el esquema (Beck et al., 2010).

Asimismo, los esquemas determinan los comportamientos de la persona en las distintas experiencias. Se activa un determinado esquema mediante un estímulo específico aprendido previamente en la etapa temprana de cada individuo. En un estado depresivo, sale a resurgir un esquema inadecuado de manera prepotente. Así, en la relación de un esquema indicado y un estímulo específico se altera mediante la activación de un esquema idiosincrático e irracional, que al ir activándose una serie de esquemas inadecuados va perdiendo coherencia lógica entre el pensamiento y la realidad. Hay un déficit en el procesamiento del pensamiento y es incapaz de utilizar los esquemas adecuados (Beck et al., 2010).

La triada cognitiva consiste en la visión del individuo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. En función a los esquemas inadecuados indicados en el párrafo anterior, la visión negativa de sí mismo es la percepción desvalorativa en la funcionalidad o cualidad de la persona. La visión del mundo es la tendencia a interpretar las experiencias de manera exigente e imposible de defenderse y desarrollarse como persona. La visión hacia el futuro,

y el esquema de fracaso y de lo catastrófico vienen a surgir en todas las metas y objetivos (Beck et al., 2010).

Por ello, los síndromes clínicos de la depresión, según el modelo cognitivo, son causados por las cogniciones negativas. El déficit volitivo puede darse por el pesimismo y la desesperanza. Las conductas suicidas constituyen un deseo de escapar de las dificultades que parecen no solucionables y tener el sentimiento de inutilidad. Muchas veces, puede generar dependencia hacia los demás considerando la seguridad y la confianza. Finalmente, la falta de energía y vitalidad puede darse por el esquema al fracaso en la falta de sentido, valor y significado (Beck et al., 2010).

**Conceptualización de la depresión.** La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo con la pérdida de interés o falta de disfrute en las actividades cotidianas. Se puede observar síntomas psíquicos como la tristeza, déficit en la memoria, atención y concentración. Asimismo, síntomas físicos como disminución en la libido sexual, pérdida o incremento de peso. Además se debe considerar la depresión como una debilidad interna, vulnerabilidad y desesperanza e inferioridad del propio yo (Díaz et al., 2013).

La DSM V (APA, 2014) indica que la depresión, generalmente, se identifica con la depresión mayor. Por tal razón, se pueden identificar diversos síntomas como los que siguen: (a) estado de ánimo deprimido de manera subjetiva donde la persona indica sentimiento de tristeza, vacío y sin esperanza; (b) la observación de otras personas que notan el llanto; (c) disminución del interés o placer en casi todas las actividades; (d) pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o la disminución o el aumento en el apetito; (e) insomnio o hipersomnias casi todos los días; (f) agitación o retraso psicomotor en la que la persona se puede observar subjetivamente inquietud o enlentecimiento; (g) fatiga o pérdida de energía; (h) sentimiento de inutilidad o culpabilidad de manera excesiva; (i) disminución en la capacidad de atención y concentración, y (j) ideas de muerte y suicidio. Dichos síntomas son clínicamente significativos, y pueden causar deterioro social, laboral y otras áreas de funcionamiento.

### **2.2.2 Modelo y conceptualización del vacío existencial**

**Modelo humanista-existencial del vacío existencial: la logoterapia de Viktor Frankl.** Frankl (2000) planteó que la existencia del hombre, a diferencia de otros seres, posee un sentido distinto, una finalidad mayor en la que deja un sello de su eternidad personal. La trascendencia del hombre es una apertura hacia la totalidad de la realidad y el encuentro con el otro. Es decir, la autorrealización en la existencia del hombre es siempre

en referencia hacia algo o alguien. Además, el servicio y el amor hacia otras personas puede cobrar un crecimiento mayor al sólo desarrollo individual.

La crisis generalizada en el hombre de hoy ha desarrollado en mayor proporción el sentimiento del vacío existencial carente de sentido. Actualmente, el hombre, en comparación de las épocas pasadas, se despoja cada vez de principios y valores que rigen su vida; de ahí que la liberación de los instintos, relativiza los valores y las costumbres. El sentido de trascendencia se rompe al aquí y al ahora existencial-ideológico. Asimismo, el hombre se encuentra en la sombría confusión de un horizonte; no sabe qué hacer, no hay quien guíe sus actos y desconoce el deseo de su corazón, es decir, todo aquello que lo conduce a la felicidad (Frankl, 2000).

En consecuencia, el hombre se enfrenta con el conformismo y el totalitarismo, es decir, sigue solo aquello que los demás hacen y desean. Así, se va desarrollando la neurotización de la persona, que el autor denomina la “neurotización noógena” para indicar al sentimiento de falta de sentido o la duda existencial sobre el sentido de la vida. Aunque la pregunta sobre cuestiones existenciales es natural para el crecimiento del hombre, en el sentimiento de vacío, la duda se convierte en confusión y se difumina la identidad del ser humano (Frankl, 2000).

Por ello, en la búsqueda del sentido, la motivación —voluntad de sentido— es un elemento importante en la formación del sentido en la que se desarrollan los deseos y los intereses con fines de autorrealización en las distintas áreas de la persona. En caso contrario, se encontrará en la puerta de la frustración hacia el hondo del vacío (Frankl, 2000).

**Conceptualización del vacío existencial.** De acuerdo con Frankl (1987), todo ser humano busca un sentido en la vida. Es decir, busca un valor en función a las metas y objetivos o en el encuentro con el otro (mediante el amor). Esto implica ir más allá de uno mismo en lo que busca la trascendencia y la autorrealización.

La búsqueda del sentido de la vida constituye la fuerza primaria del hombre de manera única y específica; solo de esa manera desarrolla su propia voluntad de sentido. El sentido de la vida no es un invento; es un descubrimiento. Es donde el hombre se ve empujado por los principios morales que implica la voluntad que es la libertad del hombre para elegir entre aceptar y rechazar una oportunidad que le plantea la vida (Frankl, 2015).

Buscar un sentido en la vida implica el desarrollo integral de la persona y en el encuentro con la otra persona mediante el amor en sentido amplio; es decir, son las bases para la felicidad y placer. Pero el problema es que se desvía, debido a los placeres y

obsesiones inmediatas, por la errónea concepción de la felicidad. Entonces, el objetivo inicial se ve frustrado porque pierde la real felicidad o se queda alienado; aquí es donde se produce el vacío existencial (Frankl, 1987).

Así, el hombre puede malograr el sentido de la vida y puede generar el vacío existencial. Esto, a su vez, puede convertirse en neurosis. El vacío existencial es un fenómeno de la sociedad moderna, carente de motivaciones y costumbres. Es un estado de tedio y aburrimiento que implica la anulación de la voluntad, es decir, no hay sentido, no hay visión de trascendencia (Frankl, 2015).

El hombre es un sujeto capaz de responsabilidad y descubrir el sentido concreto de su existencia. Por ende, la característica esencial del hombre es la “autotrascendencia de la existencia”, es decir, el ser humano se distingue por tener la capacidad de modificar su existencia y de los demás que participan en ella. Mientras se despoja del egocentrismo y se entrega a alguien o algo se vuelve más humano y perfecciona sus capacidades. Se puede realizar el sentido de la vida a través de tres aspectos: (a) realizando una acción concreta, (b) en el sentido del amor y (c) en el sufrimiento (Frankl, 2015). Caso contrario, se hundirá en el vacío existencial manifestado en los diversos riesgos psicosociales y mentales.

### **2.2.3 Modelo y conceptualización de la sintomatología de ansiedad generalizada**

***Modelo de la ansiedad generalizada.*** Beck y Clark (2012) plantearon el modelo cognitivo para la ansiedad y la depresión en la que existe una sola máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento” (p. 67). Dicha afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales en la que la cognición posee un rol importante entre la situación (hecho) y el afecto (emoción).

El modelo cognitivo indica que son los pensamientos, debido a la valoración exagerada de los hechos, los que provocan el sentimiento ansioso. Sin embargo, el individuo no es consciente del sentimiento ansioso, sino que alude a los hechos, a los eventos y a las situaciones, que son los responsables de generar el estado ansioso en el individuo. Entonces, se afirma que el modo de pensar influye en el modo de sentir, es decir, en la sensación de tranquilidad o intranquilidad (Beck & Clark, 2012).

Son tres los elementos del modelo cognitivo. Estos son los siguientes: (a) la situación como elemento activador (fase evocativa), (b) el pensamiento como procesamiento de información (fase de procesamiento automático) y (c) la reacción

emocional como consecuencia final del proceso (fase de procesamiento elaborativa). A continuación, se explicará cada elemento.

En la fase evocativa, o conocida como el estímulo activador, se desarrollan las situaciones vitales, las metas y los objetivos de las personas en la que dinamizan el sentido y la búsqueda de la felicidad en la existencia del hombre. Los fines, los intereses personales y las situaciones cotidianas son el origen de la preocupación, y esto es la puerta de la vulnerabilidad para desarrollar el estado ansioso por buscar el control y la exigencia en realizar determinada actividad (Beck & Clark, 2012).

En este proceso, los esquemas cognitivos tienen un rol importante, en la fortaleza o vulnerabilidad que afronta la persona al utilizar un determinado esquema. Este puede ser adecuado o inadecuado, que al interactuar con las actividades vitales de la persona puede activar pensamientos intrusivos negativos (pensamientos automáticos) difíciles de controlar y van a interferir en la funcionalidad de la persona, manifestándose la sensación ansiosa y angustiante. Según Dugas (citado en Beck & Clark, 2012), se hace evidente la intolerancia a la incertidumbre en la ansiedad generalizada. Esto se refleja en la dificultad del sueño y la tensión, asociados a los pensamientos intrusivos de ansiedad y preocupación.

La fase de procesamiento automático es donde se desarrolla la “patogénesis de la ansiedad generalizada” (Beck & Clark, 2012, p. 664), debido a las interpretaciones sesgadas y exageradas de las distorsiones. Por tal motivo, se procesa la “activación de los esquemas de vulnerabilidad y amenaza” (Beck & Clark, 2012, p. 665). Dugas propuso que la intolerancia a la incertidumbre es un factor causal en el modelo constructo de la preocupación patológica y la ansiedad generalizada. El constructo se define como “tendencia a reaccionar negativamente, a un nivel emocional, cognitivo y conductual, ante situaciones y acontecimientos inciertos” (Dugas citado en Beck & Clark, 2012, p. 665). Asimismo, “la intolerancia a la incertidumbre se asocia con la dificultad para responder a situaciones ambiguas o inciertas y con creencias de que la incertidumbre es negativa y debería ser evitada” (Beck & Clark, 2012, p. 666).

La fase elaborativa de procesamiento es el núcleo central en el desarrollo de la ansiedad generalizada, ya que la preocupación es un proceso cognitivo. El aspecto racional de la persona es un esfuerzo consciente y libre con la capacidad de evaluar las posibilidades de amenaza y peligro. Al respecto, Beck y Clark (2012) indicaron que la preocupación es una respuesta consciente, difícil de controlar o quitar cuando se activan los esquemas de vulnerabilidad y amenaza, y como consecuencia la ansiedad se desarrolla por la misma revaloración de la amenaza y el grado de vulnerabilidad. Borkovec y Sibrava

señalaron que la preocupación es una respuesta de evitación cognitiva para inhibir la activación emocional (citados en Beck & Clark, 2012). Es decir, se da la creencia, que el individuo, al preocuparse, podrá catalizar su nivel de ansiedad.

La evaluación negativa de la preocupación generará esfuerzos por controlar o suprimir la preocupación mediante la supresión directa del pensamiento, la racionalización, la distracción o la evitación cognitiva (Wells citado en Beck & Clark, 2012). Sin embargo, la preocupación, por mucho que sea una situación preparatoria, será siempre precipitante y perpetuante para el estado ansiógeno. Además, los esfuerzos serán inútiles, por lo que, al no encontrar situaciones aceptables para el alivio y la seguridad, la preocupación será más intensa y continua. El esquema cognitivo de la ansiedad generalizada que se activa será en referencia a la “amenaza general y a la indefensión” (Beck & Clark, 2012, p. 671).

**Conceptualización de la ansiedad generalizada.** En este apartado, se explicarán tres definiciones. Estas son las que siguen: (a) ansiedad, (b) ansiedad generalizada y (c) preocupación.

*Definición de ansiedad.* La ansiedad es una emoción desagradable que implica la compleja dinámica de la psiquis humana frente a una situación de peligro. Es así que el individuo se ve a sí mismo como inseguro y esperando una situación catastrófica. La ansiedad se define como un estado subjetivo de malestar y tensión nerviosa frente a una sensación de amenaza o peligro de manera interna o externa. En esta, se activa el sistema nervioso autónomo en el que se combina el sistema simpático, y la adrenalina puede generar los signos de la ansiedad (Díaz et al. 2013).

Asimismo, Beck y Clark (2012) sostuvieron que la ansiedad es una emoción que tiende al futuro catastrófico, caracterizado por frecuentes preocupaciones frente a los eventos con posibilidad de peligro y con la incapacidad de emitir una respuesta para hacerle frente. Esta situación desencadena una compleja respuesta psicológica, a nivel cognitivo, emocional, fisiológica, afectivo y conductual al percibir sucesos potencialmente peligrosos para los fines e intereses vitales de la persona humana.

*Definición de la ansiedad generalizada.* La ansiedad generalizada es un estado persistente de la ansiedad general (inquietud), la preocupación crónica y excesiva que acompaña síntomas físicos o mentales que origina angustia y deterioro significativo en la funcionalidad de la persona. “La preocupación y la ansiedad deben afectar a múltiples acontecimientos o actividades de la vida cotidiana y no pueden limitarse a las preocupaciones que caracterizan a otro trastorno del eje I” (Beck & Clark, 2012, p. 641). La

preocupación corresponde a pensamientos e imágenes cargados de emociones desagradables e incontrolables en función a un futuro catastrófico (Bados, 2005).

Según la DSM V (APA, 2014), la ansiedad generalizada es la ansiedad y preocupación excesiva acerca de las actividades y acontecimientos cotidianos. La intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad y preocupación es desproporcionada frente a la probabilidad u ocurrencia real anticipada. A la persona le resulta difícil controlar la preocupación que interfiere en las actividades cotidianas. La preocupación es acerca de la actividad cotidiana como el trabajo, la salud, la economía, el bienestar de la familia y los asuntos menos importantes, como los quehaceres del hogar o responsabilidades simples.

Para distinguir la ansiedad patológica y no patológica es que en la ansiedad normal las preocupaciones no son excesivas y son manejables. En cambio, en la ansiedad patológica, se refiere a que las preocupaciones, al ser excesivas, interfieren en el funcionamiento psicosocial; además son penetrantes, profundas y angustiosas que tienen mayor duración y frecuentemente se producen sin desencadenantes. Por otro lado, la ansiedad general y preocupación acompañan los siguientes síntomas: (a) inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, (b) facilidad de fatigarse, (c) dificultad en concentrarse, (d) irritabilidad, (e) tensión muscular y (f) dificultades en la conciliación de sueño (APA, 2014).

*Definición de la preocupación.* Beck y Clark (2012) plantearon la presencia de la preocupación en la persona humana como frecuente y como condición para moverse en su medio. Esto se debe a sus facultades racionales que llevan a desarrollar representaciones mentales de lo acontecido en el pasado y anticipándose a futuras situaciones para planificar y resolver dificultades. En este punto, al crear imágenes mentales internas sobre situaciones potencialmente amenazantes en un futuro próximo, se puede desencadenar la ansiedad; incluso, sin que exista la amenaza. Por ello, esta simbolización de la amenaza inexistente representa la base de la preocupación.

Borkovec (citado en Beck & Clark, 2012) indicó que “la preocupación es una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable” (p. 650). Además, cabe señalar que la preocupación se desarrolla por un exceso de control sobre los sucesos y el querer resolverlos anticipadamente, ya que los resultados son inciertos y podrían ser negativos. Por ende, existe una estrecha relación entre la preocupación y el proceso del miedo.

## **CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación**

La presente investigación es de diseño no experimental de corte transversal. En el diseño no experimental, la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables y solo se observan los fenómenos en un ambiente natural para después analizarlos. De acuerdo con el tiempo de recolección de datos, puede ser transversal cuando se recolectan datos en un tiempo único; su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

El tipo de estudio se caracteriza por su nivel, alcance y enfoque. Según su nivel es básico, porque no hay ningún tipo de intervención en la muestra. En cuanto a su alcance, este es explicativo, ya que determina la relación entre dos variables existentes y busca explicar las razones por las que ocurre en relación a las variables. Respecto a su enfoque, el estudio es cuantitativo, porque se emplean los datos para evidenciar hipótesis, susceptible a medición y tiene un proceso de análisis estadístico (Hernández et al. ,2014).

### **3.2. Población y muestra**

#### **3.2.1. Tamaño de la muestra**

La población por investigar fue de 4,850 estudiantes de una universidad de Lima Norte del ciclo académico 2014-I. Con el fin de determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la tabla de Fisher, Arkin y Colton (citado en Carrasco, 2009) para muestras finitas con márgenes de error del 1 al 10 % en la hipótesis de  $p= 50 \%$  (ver Apéndice C, figura 01). Si la población estuvo conformada por 4,850 tomando el número referencial de 5 000, con un margen de error de 0,04, entonces, la muestra estuvo conformada por 512 sujetos.

#### **3.2.2. Selección del muestreo**

En la presente investigación, se desarrolló el muestreo probabilístico estratificado. El motivo es que la población universitaria se encuentra en grupos y son homogéneos para el objeto de estudio (Carrasco, 2009). Por lo tanto, cada facultad representa un estrato y se llevó a cabo mediante una afijación proporcional, luego se realizó la selección aleatoria de números en una hoja de Excel. Como resultado, se obtuvo una lista con un grupo de salones y participantes (ver Apéndice C, Figura 2 y Figura 3).

### 3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**
  - Estudiantes universitarios matriculados en el año académico 2014-I en la universidad de Lima Norte.
  - Estudiantes universitarios de cualquier facultad, de cualquier edad y cualquier sexo.
  - Estudiantes universitarios que firmaron el consentimiento informado para participar voluntaria y libremente en la investigación.
  
- **Criterios de exclusión**
  - Estudiantes universitarios que no respondieron completamente los instrumentos.
  - Estudiantes universitarios que abandonaron la investigación.

### 3.3. Variables

#### 3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

La investigación tiene como variable dependiente a la sintomatología de ansiedad generalizada. Asimismo, lo son las variables independientes factores sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ingreso económico, facultad), sintomatología depresiva y vacío existencial.

- **Variable: sintomatología de ansiedad generalizada**

**Definición conceptual.** Se denomina ansiedad generalizada a un estado persistente de ansiedad con preocupación crónica, excesiva y generalizada. Esta “va acompañada por síntomas físicos o mentales de ansiedad que originan angustia o un deterioro significativo del funcionamiento diario” (Clark & Beck, 2012, p. 645).

**Definición operacional.** A continuación, se presentan las puntuaciones obtenidas del GAD 7 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006).

- 0 – 4: no se aprecia ansiedad.
- 5 – 9: se aprecia síntomas de ansiedad leve.

- 10 – 14: se aprecia síntoma de ansiedad moderada.
- 15 – 21: se aprecia síntomas de ansiedad severa.

**Escala:** Ordinal

**Recategorización:** El modelo estadístico es regresión logística binaria, por ello, la variable principal se recategorizó: sin síntomas y con síntomas.

- **Variable: Sintomatología depresiva**

**Definición conceptual.** La depresión es un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o de privación. El individuo depresivo valora excesivamente sucesos negativos de manera global, frecuente e irreversible. Posee una visión negativa del yo, el mundo y el futuro en la que se aísla constantemente de su entorno (Beck et al, 2010).

**Definición operacional.** A continuación, se presentan las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de Beck (BDI-II) realizado por A. Beck en 1996 (Sanz et al. 2005).

- 0 – 13: no se aprecia síntomas de depresión.
- 14 – 19: se aprecia síntomas de depresión leve.
- 20 – 28: se aprecia síntomas de depresión moderada.
- 29 – 63: se aprecia síntomas de depresión grave.

**Escala:** Ordinal

- **Variable: vacío existencial**

**Definición conceptual.** El vacío existencial es un sentimiento hastío, tedio y aburrimiento que puede generar frustración y carencia de sentido de la vida (Frankl, 2015).

**Definición operacional.** A continuación, se presentan las puntuaciones obtenidas mediante el test PIL (Purpose In Life) de Crumbaugh y Maholic (1968).

- Puntuación menor de 91, falta de sentido de la vida.
- Puntuaciones entre 92 y 112, zona de indefinición.
- Puntuaciones mayores de 113, presencia de sentido de la vida.

**Escala:** Ordinal

## Variables sociodemográficas

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Instrumento	Escala
<b>Sexo</b>	Condición identificada como masculino o femenino.	Femenino Masculino	Cuestionario	nominal
<b>Edad</b>	El tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplidos	Cuestionario	ordinal
<b>Estado civil</b>	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Soltero, casado	Cuestionario	Nominal
<b>Ingreso económico</b>	Ingresos mensuales percibidos	Promedio general de ingreso familiar mensual	Cuestionario	Ordinal
<b>Facultad</b>	Carrera profesional de pertenencia	Facultad de Salud (CC.SS) Facultad de Educación (CC.EE) Facultad de Ingeniería (CC.II) Facultad de Ciencias económicas y contables (CECA) Facultad de Derecho y Ciencias políticas (DCP)	Cuestionario	Nominal

### 3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

#### 3.4.1 Instrumentos de medición

- **Ficha de datos sociodemográficos**

Es la ficha de datos sociodemográficos que logró obtener información personal de los participantes. Estos datos son edad, sexo, estado civil, facultad e ingreso económico.

- **Instrumentos psicológicos**

**Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).** La escala GAD-7 es un instrumento útil para detectar síntomas de ansiedad generalizada desarrollado por Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, (2006) y adaptado al español por García-Campayo et al. (2010). Spitzer et al. (2006) indicaron que la ansiedad generalizada es una de las dificultades más comunes, por lo que llevaron a cabo un estudio para validar una escala breve con el objetivo de detectar ansiedad generalizada en la que se incluyó nueve ítems que reflejaban los criterios diagnósticos de la DSM-IV y cuatro ítems sobre escalas

existentes sobre ansiedad. El estudio fue realizado entre noviembre del 2004 y junio del 2005 en pacientes de atención primaria en 12 estados de Estados Unidos.

El propósito de la primera fase (n: 2149) fue seleccionar los ítems de la escala y puntuaciones de corte para hacer el diagnóstico de la ansiedad generalizada. El propósito de la segunda fase (n: 591) fue determinar la fiabilidad test-retest. En total, se acercaron a 2982 y 2739 (91,9 %) completaron el cuestionario del estudio con ninguna o datos mínimos que faltan. Para minimizar el sesgo de la muestra se acercaron a los pacientes continuadores en cada sitio en sesiones clínicas hasta que se le logró completar. El estudio fue aprobado por la junta de la Sterling Institutional Review Board (Springfield, Mo).

El autoinforme del cuestionario de investigación señaló que los pacientes, antes de ver a sus médicos, completaron un cuestionario de cuatro páginas que incluían 13 ítems que son aprobados para el uso en la escala de GAD, así como datos sociodemográficos de la escala Form General Health Survey (SF-20), que mide el estado funcional en seis dimensiones. También, completaron 12 ítems de ansiedad con subescalas de inventario de síntomas (en la primera fase de estudio) e inventario de ansiedad de Beck (solo en la segunda fase). La entrevista indica que se realizó de manera estructurada. Además, se llevó a cabo a través de teléfonos sin conocimiento del cuestionario autoinforme.

Por otro lado, la selección de ítems para la escala de GAD-7 conforman de siete ítems con mayor correlación con la escala total de 13 ítems ( $r=0,75-0,85$ ). El análisis de curva (0,906) muy bueno como la escala de 13 ítems. Los siete ítems tuvieron mayores correlaciones de rango de la muestra de desarrollo ( $n=1184$ ) y las muestras de replicación ( $n=965$  y  $n=591$ ). Cada uno de los siete ítems se puntúa de 0 a 3, y el GAD-7 obtiene su puntuación de escala de 0 a 21.

Asimismo, la consistencia interna del GAD-7 alfa de Crombach fue de 0,92, y la fiabilidad test-retest de correlación interna, de 0,83. El autoinforme y la entrevista dieron como resultado de correlación intraclase 0,83, lo que indica buena validez procesal.

En conclusión, el GAD-7 es *un instrumento válido y eficaz para detección de la ansiedad generalizada y evaluar su gravedad en la práctica clínica e investigación.*

En la adaptación española realizada por Iglesias (2009) el punto de corte fue 10, obteniendo una especificidad de 80 % y sensibilidad de 90 %. Su validación en el Perú fue realizada por Ventura (2009) en su estudio de intervención grupal cognitivo-conductual efectuado para disminuir la ansiedad generalizada en un piloto conformado por 81 personas que acudían al Puesto de Salud Las Dunas de Surco por distintas dificultades y dolencias

a quienes se aplicó el GAD-7. Demostró una consistencia interna de 0.78 indicando su confiabilidad. Además, los siete ítems de la escala contribuyen al instrumento diagnóstico.

**Puntuación.** El GAD-7 consta de siete preguntas que puntúan entre 0 y 3, dando la puntuación total que va de 0 y 21 respectivamente. Los niveles de ansiedad son los que siguen:

- 0–4: No se aprecia ansiedad.
- 5–9: Se aprecian síntomas de ansiedad leves.
- 10–14: Se aprecian síntomas de ansiedad moderados.
- 15–21: Se aprecian síntomas de ansiedad severos.

**Inventario para la Depresión de Beck (BDI - II).** El Inventario para la depresión de Beck (Depression Inventory-II), versión 2006, ofrece cubrir todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos propuestos en la DSM IV. El BDI es el instrumento más utilizado en la práctica clínica y en la investigación para medir sintomatología depresiva tanto en pacientes clínicos y no clínicos (Sanz et al, 2005).

El inventario para la depresión de Beck (BDI - II) realizado por A. Beck en 1996 es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que se aplica el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total de 0 a 63 (Sanz et al., 2005). Las puntuaciones se indican de la siguiente manera:

- 0 – 13: no se aprecia síntomas de depresión.
- 14 – 19: se aprecia síntomas de depresión leve.
- 20 – 28: se aprecia síntomas de depresión moderada.
- 29 – 63: se aprecia síntomas de depresión grave.

En el Perú, Tateishi (2011) en su investigación *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama* realizó la validación estadística en la que analizó la confiabilidad por consistencia interna del IBD-II y obtuvo un alfa de Crombach de 0,89. En el análisis de capacidad discriminativa de los ítems, a partir de las correlaciones ítem-test, los coeficientes fluctuaron entre 0,26 y 0,75. Este autor se apoya y cita la validez y confiabilidad del instrumento en las investigaciones de Rodríguez y Alcántara en el 2008.

**Test de Propósito en la Vida (PIL).** El test PIL (*Purpose In Life*) desarrollado por Crumbaugh y Maholic en 1964 es un instrumento realizado para evaluar el sentido de la vida y el vacío existencial a nivel cualitativo y cuantitativo (Martínez, Trujillo, & Trujillo, 2012). Este instrumento en la actualidad es el más utilizado en la investigación del sentido de la vida desde el modelo humanismo existencial de Viktor Frankl (García et al., 2013)

Crumbaugh (1968) validó su test PIL en 1,151 sujetos dentro de los cuales 805 eran normales y 346 enfermos psiquiátricos, obteniendo un punto de corte entre las dos poblaciones. El test tiene como objetivo detectar el vacío existencial. Es útil en situaciones de orientación personal y vocacional, tratamientos para enfermos neuróticos e investigaciones colectivas. Consta de 20 ítems, donde el sujeto se sitúa asimismo en una escala de 1 al 7 entre dos sentimientos externos (escala tipo Likert de 7 puntos). Asimismo, las puntuaciones del PIL indican mayor sentido de la vida cuanto más alto son. La validez del constructo se comprobó con la predicción del orden de las medias de cuatro poblaciones no clínicas y seis clínicas, predicciones correctas excepto para esquizofrénicos. Además, se comprobó la diferencia significativa de la población clínica respecto a la no clínica de menor media como a mayor varianza. La validez del criterio comprobó la correlación entre las puntuaciones del PIL. Finalmente, la fiabilidad se comprobó en varias ocasiones por el método de las dos mitades.

Por su parte, el trabajo de Noblejas (1994) tuvo como resultado un 38 % de varianza compartida con el Logotest significativa al 99,9 %. También, obtuvo una valoración en el alfa Crombach de 0,879.

En Perú, la adaptación de este instrumento fue realizada por Bartschi en 1999, el instrumento obtuvo un coeficiente de correlación ítem-test corregido que fluctúa entre 0,62 y 0,89 en las que señala su significatividad. En respuesta a la confiabilidad, obtuvo un valor de 0,96 por consistencia interna de la prueba (Valdivia, 2007).

Las puntuaciones para interpretar los niveles de sentido de la vida fueron tres. Estas son las que siguen: (a) puntuaciones menores de 91, falta de sentido de la vida, (b) puntuaciones entre 92 y 112, zona de indefinición, y (c) puntuaciones mayores de 113, presencia de sentido de la vida.

### **3.4.2 Procedimientos de recolección de datos**

Para realizar el presente estudio, se utilizó el método de análisis de regresión logística como parte de los análisis multivariante, pues los datos de las variables que se estudiaron en la investigación fueron obtenidos por medio de los instrumentos de recolección de datos aplicados. Asimismo, para el análisis de las variables se utilizó el

método descriptivo, porque se utilizaron tablas de frecuencias y gráficos unidimensionales; además se utilizó medidas de tendencia central y dispersión, con la información recolectada. A continuación, se detalla cada uno de los procedimientos realizados en la investigación:

- **Primero:** Presentación y aprobación de proyecto de tesis.
- **Segundo:** Autorización de la universidad para ingresar a sus instalaciones y realizar las respectivas encuestas.
- **Tercero:** Sorteo de las secciones en las distintas facultades e ingreso a realizar la encuesta respectiva.

Los instrumentos fueron aplicados de forma presencial y con materiales en físico. Se ingresó a cada aula, con la debida presentación y explicación de la investigación se procedió a leer el consentimiento informado y se entregaron las encuestas a los estudiantes que lo firmaron. Adicionalmente, se distribuyó un *ticket* entre los participantes para el sorteo de una entrada doble al cine como muestra de agradecimiento. Este sorteo se realizó al culminar el estudio y el ganador recogió el premio en el decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud.

- **Cuarto:** Se realizó la construcción de una hoja de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y en el programa SPSS versión 22.0.
- **Quinto:** El procesamiento de datos fue realizado codificando los datos y vaciado de forma ordenada en las hojas de datos. Al respecto, se revisó dos veces el vaciado de los datos para evitar sesgos de información.

### **3.5. Plan de análisis e interpretación de la información**

Se realizó un análisis univariado mediante estadística descriptiva. También, se procedió a elaborar tablas y gráficos con distribución porcentual de las frecuencias observadas en las variables categóricas.

Además, se obtuvieron las puntuaciones de cada sujeto de estudio en todos los instrumentos utilizados y se consiguieron los factores sociodemográficos y las variables psicológicas. Una vez identificados los sujetos con ansiedad generalizada, la muestra se categorizó dicotómicamente en dos grupos: (a) presenta síntomas de Ansiedad = 1 y (b) no presenta síntomas de Ansiedad = 0. De esta forma, se pudo realizar el análisis bivariado con el estudio de regresión logística binaria, obteniendo la significancia estadística con  $p < 0,05$  para establecer asociaciones simples entre las variables categóricas seleccionadas con la presencia de ansiedad generalizada.

Finalmente, se realizó el análisis multivariado de regresión logística múltiple con los factores que resultaron tener asociación estadística en el análisis de regresión logística binaria. Este análisis fue realizado con el método Wald (avanzar por pasos), que permitió introducir en el modelo final de las variables asociadas significativamente y de manera simultánea con la ansiedad generalizada. Ya en la tercera iteración se obtuvo el modelo adecuado. Igualmente, se consideró como factor asociado a los que tuvieron un ODDS RATIO (OR) e intervalo de confianza al 95 % (IC95 %) mayores que 1.

### **3.6. Ventajas y limitaciones**

En los estudios transversales el análisis de fenómenos es en un tiempo determinado que permite visualizar la situación del momento, por lo que, en la presente investigación, se describió solo la prevalencia de las variables de estudio. De ahí su limitación por tener solo la imagen del momento a diferencia de un estudio longitudinal que se visualiza la evolución o desarrollo de los fenómenos de estudio. Esto hace que no se pueda establecer causalidad entre variables, es decir, no es posible conocer si hubo otros factores de riesgo que puedan explicar la presencia de sintomatología de ansiedad generalizada. Sin embargo, el objetivo de la investigación por su transversalidad tiene todas las condiciones y métodos de rigor para observar el fenómeno como tal.

Al dicotomizar la variable sintomatología de ansiedad generalizada en el análisis de estudio no es posible distinguir la intensidad de los síntomas. Sin embargo, al presentar relación estadística significativa entre las variables principales presenta validez de estudio.

La aplicación de los instrumentos en modalidad autoreporte puede tener dificultad en la confiabilidad de las repuestas. Este aspecto se pudo controlar con debida información y orientación en el momento de la aplicación de los instrumentos.

### **3.7. Aspectos éticos**

Los procedimientos éticos se detallan a continuación.

**Comité de ética.** Se logró la aprobación del Comité de investigación ética de la institución universitaria donde se realizó el estudio, considerando los siguientes puntos.

**Derechos de los participantes.** Esto consiste en los puntos que siguen:

- Estar informados del propósito de la investigación, el uso que se hará de los resultados de la misma y las consecuencias que pueda tener en sus vidas.
- Negarse a participar en el estudio y abandonarlo en cualquier momento que así lo consideren conveniente, así como negarse a proporcionar información.

- Cuando se utiliza información suministrada por ellos o que involucra cuestiones individuales, su anonimato debe ser garantizado y observado por el investigador.

**Consentimiento informado.** A todos los sujetos de estudio se les informó el tipo y modo de estudio, así como el propósito de la investigación. Logrando la firma del consentimiento informado (ver Apéndice A) autorizando y aceptando desarrollar los instrumentos del estudio).

**Confidencialidad.** El estudio fue anónimo. Por ningún motivo se develó la identidad de los sujetos del estudio.

**Incentivos.** A los participantes se les entregó un ticket para que posteriormente se haga el sorteo y hagan acreedor de dos entradas al cine. El nombre del ganador (a) se publicó en el periódico mural de la Facultad de Ciencias de Salud. El premio se dejó en el decanato en un sobre cerrado para que el premiado (a) lo recoja.

#### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

La muestra estuvo conformada por 512 estudiantes de una universidad de Lima-Norte de acuerdo a los criterios de elegibilidad. En la Tabla 1, se aprecia que las mujeres representan el 66,6 % de la muestra, la edad predominante fluctúa entre 18 y 29 años (83,6 %). Asimismo, los solteros representan el 95,7 %, el 59 % percibe más de S/ 1,000 al mes y la mayoría (41,6 %) perteneció a la Facultad de Ciencias de la Salud. Por otra parte, el 27,5 % presentó algún nivel de sintomatología depresiva. Por otra parte, el 32,2 % se ubicó en la categoría sin sentido del vacío existencial y el 59,2% manifestó algún nivel de sintomatología de ansiedad generalizada.

Tabla 1:

*Descripción de la muestra*

<b>VARIABLES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	171	33,4
Femenino	341	66,6
<b>EDAD</b>		
De 15 a 17 años	56	10,9
De 18 a 29 años	428	83,6
De 30 a 52 años	28	5,5
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	490	95,7
Casado/conviviente	22	4,3
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>		
Menos de S/. 750	72	14,1
De S/. 750 a S/. 1.000	138	27,0
Más de S/. 1.000	302	59,0
<b>FACULTAD</b>		
Facultad de Salud (CC.SS)	213	41,6
Facultad de Educación (CC.EE)	33	6,4
Facultad de Ingeniería (CC.II)	71	13,9
Facultad de Ciencias económicas y contables (CECA)	173	33,8
Facultad de Derecho y Ciencias políticas (DCP)	22	4,3
<b>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</b>		
No depresión	371	72,5
Depresión leve	76	14,8
Depresión moderada	50	9,8
Depresión severa	15	2,9
<b>VACIO EXISTENCIAL</b>		
Falta sentido	165	32,2
Zona de indecisión	153	29,9
Sentido de la vida	194	37,9
<b>SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD GENERALIZADA</b>		
No ansiedad	209	40,8
Ansiedad leve	201	39,3
Ansiedad moderada	84	16,4
Ansiedad severa	18	3,5

En tabla 2, los resultados muestran que existe relación estadística significativa entre la sintomatología depresiva ( $p > 0,000$ ) y el vacío existencial ( $p > 0,000$ ) con la sintomatología de ansiedad generalizada los estudiantes universitarios. Los estudiantes que presentaron el nivel de sintomatología severa (100%) manifestaron sintomatología de ansiedad generalizada. Respecto al vacío existencial, los estudiantes que presentaron falta de sentido (75,2 %) manifestaron sintomatología de ansiedad generalizada. Aunque no hubo relación entre la variable principal y las sociodemográficas, se halló que las mujeres (61,3%) presentaron sintomatología de ansiedad generalizada en comparación a los varones (55%). Así mismo, las edades entre 30 y 52 años (64,3%), los solteros (59,8 %), el ingreso económico menor a 750 soles (61,1%) y la Facultad de Ciencias de la salud (63,4%) presentaron mayor sintomatología de la misma.

TABLA 2:

*Relación estadística entre los factores sociodemográficos, sintomatología depresiva y vacío existencial con la sintomatología de ansiedad generalizada.*

VARIABLES	SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD GENERALIZADA				P-Value
	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD		
	N°	%	N°	%	
<b>SEXO</b>					
Masculino	77	45,0	94	55,0	0,170
Femino	132	38,7	209	61,3	
<b>EDAD</b>					
15 a 17	22	39,3	34	60,7	0,816
18 a 29	177	41,4	251	58,6	
30 a 52	10	35,7	18	64,3	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Soltero	197	40,2	293	59,8	0,183
Casado	12	54,5	10	45,5	
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>					
< 750	28	38,9	44	61,1	0,907
750 – 1.000	58	42,0	80	58,0	
> 1.000	123	40,7	179	59,3	
<b>FACULTAD</b>					
CC.SS	78	36,6	135	63,4	0,405
CC.EE	15	45,5	18	54,5	
CC.II	35	49,3	36	50,7	
CECA	72	41,6	101	58,4	
DCP	9	40,9	13	59,1	
<b>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</b>					
No	189	50,9	182	49,1	<b>0,000</b>
Leve	14	18,4	62	81,6	
Moderada	6	12,0	44	88,0	
Severa	0	0,0	15	100,0	
<b>VACÍO EXISTENCIAL</b>					
Falta de sentido	41	24,8	124	75,2	<b>0,000</b>
Zona de indefinición	52	34,0	101	66,0	
Sentido de la vida	116	59,8	78	40,2	

En la Tabla 3, los resultados indican que la sintomatología depresiva ( $p > 0,000$ ) y el vacío existencial ( $p > 0,000$ ) predisponen el riesgo de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada. Los universitarios con sintomatología depresiva moderada (OR: 5,45) tienen 4,45 veces más probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la sintomatología de ansiedad generalizada. Aquellos que presentan sintomatología depresiva leve (OR: 3,54) presentan 2,54 veces más probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la de ansiedad generalizada. En cuanto al vacío existencial, los universitarios ubicados en el nivel de falta de sentido de la vida (OR: 2,31) tienen 1,31 veces más probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la de ansiedad generalizada; en tanto, los que se ubican en el nivel de la zona de indefinición (OR: 2,49) tienen 1,49 veces más probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen de ansiedad generalizada.

TABLA 03.

*Análisis multivariado: estimación de riesgo entre las variables y la sintomatología de ansiedad generalizada.*

VARIABLES	Asociación cruda		Asociación Ajustada	
	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P
<b>SEXO</b>				
Masculino	Ref.		Ref.	
Femenino	1,30 (0,89-1,88)	0,170	1,25 (0,76-2,04)	0,376
<b>EDAD</b>				
De 15 a 17 años	0,86 (0,34-2,20)	0,751	8,80 (0,26-2,48)	0,692
De 18 a 20 años	0,79 (0,36-1,75)	0,557	0,71 (0,28-1,77)	0,460
De 30 a 52 años	Ref.		Ref.	
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Soltero (a)	Ref.		Ref.	
Casado (a)	0,56 (0,24-1,32)	0,186	0,56 (0,21-1,49)	0,248
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>				
Menos de s/. 750	1,08 (0,64-1,83)	0,775	1,02 (0,56-1,86)	0,939
De s/. 750 a s/. 1.000	0,95 (0,63-1,43)	0,797	0,97 (0,61-1,56)	0,907
MAS DE S/. 1.000	Ref.,		Ref.,	
<b>FACULTAD</b>				
CC.SS	1,20 (0,49-2,93)	0,692	1,11 (0,39-3,17)	0,845
CC.EE	0,83 (0,28-2,48)	0,739	0,72 (0,20-2,59)	0,613
CC.II	0,71 (0,27-1,88)	0,492	0,66 (0,21-2,12)	0,483
CECA	0,97 (0,39-2,39)	0,949	0,87 (0,30-2,55)	0,795
DCP	Ref.		Ref.	
<b>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</b>				
No depresión	Ref.			
Depresión leve	<b>4,60</b> (2,49-8,50)	<b>0,000</b>	<b>3,54</b> (1,86-6,74)	<b>0,000</b>
Depresión moderada	<b>7,62</b> (3,17-18,30)	<b>0,000</b>	<b>5,45</b> (2,15-13,82)	<b>0,000</b>
Depresión severa		0,998	-	0,998
<b>VACÍO EXISTENCIAL</b>				
Falta sentido	<b>4,50</b> (2,85-7,09)	<b>0,000</b>	<b>2,31</b> (1,38-3,88)	<b>0,002</b>
Zona de indefinición	<b>2,89</b> (1,86-4,49)	<b>0,000</b>	<b>2,49</b> (1,57-3,94)	<b>0,000</b>
Sentido de la vida	Ref.		Ref.	

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

### **5.1. Discusión**

Los resultados indican que la sintomatología depresiva y el vacío existencial incrementan la probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada. Los universitarios con sintomatología depresiva moderada y leve presentan mayor probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la sintomatología de ansiedad generalizada. En cuanto al vacío existencial, los universitarios ubicados en el nivel de falta de sentido de la vida y los que se ubican en el nivel de la zona de indefinición presentaron mayor probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la sintomatología de ansiedad generalizada. Asimismo, se encontró relación significativa entre la sintomatología depresiva y el vacío existencial con la sintomatología de ansiedad generalizada. Por otra parte, los estudiantes que presentaron el nivel de sintomatología severa manifestaron sintomatología de ansiedad generalizada. En cuanto al vacío existencial, los estudiantes que presentaron el nivel de falta de sentido manifestaron sintomatología de ansiedad generalizada. Aunque no hubo relación entre la variable principal y las sociodemográficas, se halló que las mujeres, las edades entre 30 y 52 años, los solteros, el ingreso económico menor a 750 soles y la Facultad de Ciencias de la salud presentaron sintomatología de ansiedad generalizada.

En la muestra de estudio hubo relación significativa entre la sintomatología depresiva y la sintomatología de ansiedad generalizada. De esta manera Los universitarios con sintomatología depresiva moderada y leve presentan mayor probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la sintomatología de ansiedad generalizada. En relación a este resultado, se halló en un estudio que existe correlación significativa entre depresión y ansiedad (Reyes & Pulido, 2011). Goldberg (2011) afirma que existe gran cantidad de investigaciones que evidencian que la ansiedad generalizada y la depresión son influenciadas como factores causales comunes que indican su correlación. Otros estudios reportaron una comorbilidad entre ansiedad generalizada y depresión (González et al. 2011; Beck & Clark, 2012; Goldberg, 2011). En tanto, esta comorbilidad, según la DSM V (APA, 2014), evidenció que los que experimentan ansiedad generalizada es probable que hayan padecido o actualmente presenten síntomas depresivos. Por otra parte, Goldberg (2011) afirma que existe el riesgo de experimentar depresión los que presentan ansiedad generalizada. Asimismo, las personas con ansiedad

tienen mayor probabilidad de acompañar sintomatología depresiva con el transcurso del tiempo.

De esta manera en este estudio se observó existe relación entre la sintomatología depresiva y la sintomatología de ansiedad generalizada. Asimismo, los universitarios que presentaron sintomatología depresiva en los niveles leve y moderado tienen mayor riesgo de presentar sintomatología de ansiedad generalizada. Esto podría estar relacionado en un contexto universitario debido a las exigencias académicas, sociales, familiares, etc., en la que pueden experimentar muchos desaciertos y frustraciones de índole biopsicosocial que podrían desencadenar síntomas depresivos y ansiosos relacionados a la vida profesional y su panorama laboral.

Asimismo, se halló que existe relación significativa entre el vacío existencial y la sintomatología de ansiedad generalizada. De esta manera, los universitarios ubicados en el nivel de falta de sentido de la vida y los que se ubican en el nivel de la zona de indefinición presentaron mayor probabilidad de desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada respecto a los que carecen la sintomatología de ansiedad generalizada. En un estudio, se halló que el vacío existencial tiene relevancia significativa con el riesgo de suicidio (Valdivia, 2007), en el cual se incluye el incremento de la sintomatología ansiosa. Asimismo, García et al. (2009) afirman que el vacío existencial se asocia a “nivel moderado-alto” de desesperanza, lo cual tendría relación con la preocupación que se caracteriza en la ansiedad generalizada.

Además, estudios en torno al vacío existencial indican influencia con respecto a la salud mental, a continuación se puede mencionar algunos el planteamiento con algunos autores:

Zaldivar (1997) sostuvo que las personas que presentaron desesperanza, falta de metas en el presente y futuro, crisis de valores, ideas irracionales, incapacidad de afrontamiento, confusión y percepción de abandono evidenciaron sintomatología depresiva e ideación suicida. Asimismo, Lukas en 2001 indica que la falta de sentido puede generar apatía, fatiga, falta de ilusión, sensación de inutilidad y desorientación existencial. Yalom en 1980 indicó que el vacío existencial se asociaba con los trastornos mentales; mientras que el sentido de la vida, con valores y metas vitales.

En relación a esto, el modelo de la depresión de A. Beck se asocia con la desesperanza —relacionada al vacío existencial— en la que indica que los sentimientos y

cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro se correlacionan significativamente con la depresión e ideas suicidas (García et al., 2009).

De los párrafos anteriores, se puede indicar que si bien expresan mejor como síntomas depresivos podrían generar intranquilidad, fatiga, irritabilidad, insomnio, tensión muscular, falta de concentración y sobre todo preocupación constante. La razón es que guarda relación con las características de la sintomatología de ansiedad generalizada y, sobre todo, con la preocupación excesiva y persistente en los aspectos de la vida diaria, percibiendo un futuro catastrófico, fatiga, dificultades de sueño, falta de atención y concentración, y dificultades somáticas.

Por otra parte, el modelo humanista de Frankl en el vacío existencial y el modelo cognitivo de Beck en la ansiedad generalizada podrían guardar relación entre ambos planteamientos: primero, Frankl (2000) plantea la trascendencia del hombre es una apertura hacia la totalidad de la realidad y el encuentro con el otro. Es decir, la autorrealización en la existencia en el cumplimiento de metas y objetivos, logros que pueda aportar a servicio de la humanidad. Caso contrario, el hombre cae en el sentimiento del vacío existencial carente de sentido. El sentido de trascendencia se rompe al aquí y al ahora de la existencia superficial. Por lo que, el hombre se encuentra en la sombría confusión de un horizonte; no sabe qué hacer, no hay quien guíe sus actos y desconoce el camino hacia la felicidad. Luego, el modelo cognitivo indica que el estímulo activador de la ansiedad se desarrollan las situaciones vitales, las metas y los objetivos de las personas en la que dinamizan el sentido y la búsqueda de la felicidad en la existencia del hombre. Es decir, los fines, los intereses personales y las situaciones cotidianas son el origen de la preocupación, y esto es la puerta de la vulnerabilidad para desarrollar el estado ansioso por buscar el control y la exigencia en realizar determinada actividad (Beck & Clark, 2012). Entonces, si el hombre se ve amenazado en su autorrealización en cualquier ámbito de su vida, podría caer en la desesperación, la angustia y la preocupación constante que le resulte difícil ver con claridad las herramientas de afrontamiento, seguridad y confianza.

De esta manera se observó que existe relación significativa entre el vacío existencial y la sintomatología de ansiedad generalizada. Asimismo, los universitarios ubicados en la categoría falta de sentido y zona de indefinición predisponen el riesgo a desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada. Esto en un contexto universitario es un elemento importante, porque el éxito académico no solo se relaciona al nivel personal, sino también familiar, social y a la seguridad de una buena calidad de vida. Entonces, el miedo al fracaso

estaría latente en la vida del universitario, y frente a los resultados adversos es donde se debilita la voluntad y emergen los esquemas de vulnerabilidad, que generarían, además de sintomatología de ansiedad generalizada, el riesgo de la deserción académica, comportamientos de riesgo y metas no cumplidas a nivel biopsicosocial.

En cuanto al análisis de los factores sociodemográficos no se encontraron resultados significativos estadísticamente, debido a que los datos estuvieron de manera heterogénea, al no encontrarse homogeneidad se obtuvieron resultados muy bajos para encontrar asociación. Sin embargo,

Se halló que las mujeres (61,3%) presentaron mayor sintomatología de ansiedad generalizada en comparación a los varones (55%). La prevalencia de ansiedad generalizada guarda relación con los estudios de la población general y con una inclinación mayor en las mujeres (APA, 2014; Hurtado et al., 2011; Ítalo 2010; Posada-Villa y Buitrago-Bonilla, 2006; García-Campayo et al., 2012; Agudelo et al., 2008). Así mismo, las edades entre 30 y 52 años (64,3%) presentan mayor presencia de ansiedad generalizada. Este resultado guarda relación con la prevalencia diagnóstica de la DSM V en la que indica que puede presentarse la ansiedad generalizada en la edad media (APA, 2014). En cuanto al ingreso económico menor a 750 soles (61,1%) presentan mayor porcentaje de ansiedad generalizada. Así, Arrieta y Vergara (2017) indican que la sintomatología ansiosa y depresiva fue alta en estudiantes universitarios asociados significativamente con factores económicos y problemas familiares. Además, en cuanto al estado civil, indica que los estudiantes solteros (59, 8%) tienen mayor tendencia en presentar ansiedad generalizada. Este resultado no es concluyente ya que la mayoría de la población del estudio estuvo conformada por los solteros. Finalmente, en cuanto a la facultad, muestra mayor proporción de presentar ansiedad generalizada fue la facultad ciencias de la salud (63,4%). Los estudios difieren en qué tipo de facultad favorece la presencia de la ansiedad generalizada; sin embargo, coinciden que la elección de una carrera profesional influye en la forma de desarrollar la ansiedad generalizada. Galindo (2009) menciona que los estudiantes universitarios de las facultades de las ciencias de la salud, ciencias jurídicas y administrativas poseen la probabilidad de sufrir procesos de ansiedad-depresión.

## **5.2. Conclusiones**

Los universitarios que experimentaron sintomatología depresiva presentaron mayor probabilidad en desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada. Además, existe una relación significativa entre síntomas depresivos y sintomatología de ansiedad generalizada. De esta manera, la sintomatología depresiva puede coexistir con la sintomatología de ansiedad generalizada en los universitarios, ya que las exigencias académicas, disciplina, constancia y logro de metas frente a los resultados negativos pueden generar angustia, tristeza y desmotivación, lo que, a su vez, ocasiona el riesgo de la deserción académica y la afectación de la salud mental.

También, se halló que los universitarios que manifestaron vacío existencial manifestaron mayor probabilidad en desarrollar sintomatología de ansiedad generalizada. Además, existe relación significativa entre el vacío existencial y la sintomatología de ansiedad generalizada. De esta manera, el vacío existencial es una variable en la presencia de la sintomatología de ansiedad generalizada en los universitarios, debido a que las metas y los objetivos de sus vidas se ven plasmados en el logro académico; pero las dificultades en el proceso pueden generar frustración y sensación de vacío al no lograr sus expectativas.

A través de los resultados se manifestó la presencia de niveles depresión, vacío existencial y sintomatología de ansiedad generalizada lo que conlleva a experimentar sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades académicas, irritabilidad, frustración, disminución de la autoestima, problemas de sueño, fatiga, etc. lo que podría ocasionar la deserción académica, la alteración en la relaciones interpersonales hasta llegar a experimentar niveles altos de sintomatología de ansiedad generalizada.

## **5.3. Recomendaciones**

- De acuerdo a los hallazgos se sugiere el desarrollo de investigaciones en muestras mayores de población que estudien la relación entre esas variables y el contexto en el cual ocurren para poder diseñar programas de intervención psicológica con el fin de promover y prevenir la salud mental en los jóvenes universitarios y así puedan reconocer y autocontrolar los síntomas que podrían estar viviendo.
- Desarrollar investigación que incorpore otros factores sociodemográficos para un mayor conocimiento de las variables.

- Además, a partir de los resultados realizar programas de intervención en la promoción y prevención de la salud psicológica para poder disminuir la sintomatología de ansiedad generalizada. Por otro es necesario un espacio de diálogo entre personal capacitado de la universidad y los estudiantes con el fin de generar seguridad y confianza para que noten apoyo y respaldo en sus dificultades personales y académicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrieta, M., Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Chicago, IL.: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Peruana de Empresas de Estudios de Mercado [APEIM]. (2013). Niveles socioeconómicos en Lima y Callao. Boletín informativo. Vol I, 1-57
- Bados, A. (2005). *Trastorno de la ansiedad generalizada*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Bartschi, C. (1999). *Evaluación del propósito de vida y la búsqueda de metas noéticas desde el punto de vista de la logoterapia en estudiantes universitarios*. Lima, Perú: Universidad de Lima.
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad*. Bilbao, España: Descleé de Brower.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de depresión* (19.<sup>a</sup> ed.). Bilbao, España: Descleé de Brower.
- Borrego, C., Cruz, J.,... Villacorta, A. (2007). Ansiedad, depresión y factores demográficos en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo. *Revista Psicológica*, 11, 97-109.
- Caballo, V. (1997). *Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. I). Madrid, España: Siglo XXI.
- Carrasco, D. (2009). *Metodología de la investigación científica*. Lima, Perú: San Marcos.
- Crumbaugh, J. C. (1968). Cross-validation of Purpose in Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24(1), 74-81.
- Díaz, M., Amato, R.,... & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 25-30.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Fiestas, F., y Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultado del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana Medica Exposición Salud Pública*, 31(1), 39-47.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. (2000). *En el principio era el sentido. Reflexiones en torno al ser humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Frankl, V (2015). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014 ). *Metodología de la investigación* (6.a ed.). México D.F: McGraw-Hill.

- Fiestas, F., & Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 39-47.
- Galindo, S. (2009) Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores asociados y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187.
- García, J., Gallego J., & Pérez, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universidad psicológica*, 8(2), 447-454.
- García-Alandete, J., & Martínez, E., & Sellés Nohales, P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test. *Universitas Psychologica*, 12 (2), 517-530.
- García-Campayo, J., Zamorano, E.,...Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1-16.
- González Cifuentes, C., De Greiff, E., & Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 5(1), 59-72.
- Goldberg, D., Kendler, K., Sirovatka, P., Regier, D. (2011) DSM-V Depresión y trastorno de ansiedad generalizada. Madrid, España: Panamericana.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM HN-HN] (2013). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012*. Informe General. Anales de Salud Mental (Vol. XXIX., Suplemento 1).
- Londoño, N., Marín, C.,... López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Marjan López de la Parra, M., & Mendieta Cabrera, D., & Muñoz Suarez, M., & Díaz Anzaldúa, A., & Cortés Sotres, J. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37 (6), 509-516.
- Martínez, E., Trujillo, Á., & Trujillo, C. (2012). Validación del Test de Propósito Vital (pil test-purpose in life test) para Colombia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 85-93.
- Morrison, J. (2015). *DSM 5: guía para el diagnóstico clínico*. México D. F., México: Manual Moderno.
- Noblejas de la Flor, A. (2011). El sentido en la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la rebaremación del test PIL (Purpose In Life) en España. *Journal of Transpersonal Research*, 3(1), 30-38.
- Organización mundial de la salud [OMS] (2013). *Plan de acción de salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS 2013
- Organización panamericana de la salud [OPS] (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS 2009
- Reyes, R., & Pulido, M. (2011). Frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 339-355.

- Rommy, K., Matos, L., y Cabra, M. (2006). Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes. *Anales de Facultad Médica, Lima*, 67(2), 184-190.
- Sanz, J., García-Vera, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *JAMA Internal Medical*, 16, 1092-1097.
- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1182>
- Valdivia, Á. (2007). Vacío existencial y riesgo suicida en pacientes con trastorno de personalidad *borderline*. *Persona*, 10, 179-197.
- Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco* (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/618>
- Zaldívar, D. (1997). Pérdida de sentido y neurosis existencial. *Revista Cubana de Psicología*, 14(1), 65-69.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona, España: Herder.

**APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIDAD PSICOLOGIA**

***ENCUESTA SOBRE ANSIEDAD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS***

**LEÓN SALAZAR LUIS MIGUEL  
INVESTITAGOR**

**LIMA - 2014**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN  
- ADULTOS -**

**Instituciones:** Universidad Católica “Sedes Sapientiae” - UCSS,

**Investigador:** León Salazar, Luis Miguel

**Propósito del Estudio:**

Señor/Señora/Señorita, lo/la invitamos a participar en la presente investigación que se está realizando con la finalidad de evaluar la ansiedad generalizada en los jóvenes universitarios.

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio, excepto algunas preguntas que podrían resultar incómodas.

Sólo resolverá las preguntas de los respectivos tests que serán completamente anónimos.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará de una evaluación psicológica inicial. Si desea ver los resultados de la encuesta realizada se publicarán en este mismo portal web. Para ello tendrá que guardar su codificación de la ficha de evaluación. Además, este estudio nos permitirá conocer indicadores en ansiedad para futuras campañas de prevención primaria.

**Costos e incentivos**

Se sorteará una entrada doble, para lo cual, tendrá que conservar el ticket que se le va entregar

**Participación**

Confidencialidad: será completamente anónima, no se identificará con la encuesta resuelta por Ud.

Uso futuro de la información obtenida: La información recolectada se archivará en una base de datos. Dichos datos serán usados para analizar indicadores en salud mental. Estos datos solo serán identificados con códigos.

**Derechos del paciente:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Marcar con una Aspa (X)

Acepto

No acepto

Firmar

## APÉNDICE B: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

SEUDÓNIMO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Lea atentamente las preguntas y responder según corresponda.

1.- EDAD: \_\_\_\_\_

2.- SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )

3.- ESTADO CIVIL: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Conviviente ( )

4.- Facultad de \_\_\_\_\_ de pertenencia: \_\_\_\_\_

### 5.- Ingreso económico:

¿Cuál fue el salario combinado total de todos los miembros de tu familia el mes pasado?, por favor incluye el dinero de salarios, pensiones y otros ingresos. Si no tienes la respuesta exacta, por favor escriba el valor aproximado. S/.\_\_\_\_\_

### 6.- IPD

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>1). No me siento triste Me siento triste. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>2). No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. Me siento desanimado respecto al futuro. Siento que no tengo que esperar nada. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p>
<p>3). No me siento fracasado. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>4). Las cosas me satisfacen tanto como antes. No disfruto de las cosas tanto como antes. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>
<p>5). No me siento especialmente culpable. Me siento culpable en bastantes ocasiones. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6). No creo que esté siendo castigo. Me siento como si fuese a ser castigado. Espero ser castigado. Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7).</p>	<p>8).</p>

<p>No estoy decepcionado de mí mismo. Estoy decepcionado de mí mismo. Me da vergüenza de mí mismo. Me detesto.</p>	<p>No me considero peor que cualquier otro. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. Continuamente me culpo por mis faltas. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>9). No tengo ningún pensamiento de suicidio. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. Desearía suicidarme. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p>10). No lloro más de lo que solía llorar. Ahora lloro más que antes. Lloro continuamente. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.</p>
<p>11). No estoy más irritado de lo normal en mí. Me molesto o irrito más fácilmente que antes. Me siento irritado continuamente. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</p>	<p>12). No he perdido el interés por los demás. Estoy menos interesado en los demás que antes. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. He perdido todo el interés por los demás.</p>
<p>13). Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. Evito tomar decisiones más que antes. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. Ya me es imposible tomar decisiones.</p>	<p>14). No creo tener peor aspecto que antes. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
<p>15). Trabajo igual que antes. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. Tengo que obligarme mucho para hacer algo. No puedo hacer nada en absoluto.</p>	<p>16). Duermo tan bien como siempre. No duermo tan bien como antes. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p>
<p>17). No me siento más cansado de lo normal. Me canso más fácilmente que antes. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>	<p>18). Mi apetito no ha disminuido. No tengo tan buen apetito como antes. Ahora tengo mucho menos apetito. He perdido completamente el apetito.</p>
<p>19). Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. He perdido más de 2 kilos y medio. He perdido más de 4 kilos. He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.</p>	<p>20). No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p>

21). No he observado ningún cambio reciente en mi interés. Estoy menos interesado por el sexo que antes. Estoy mucho menos interesado por el sexo. He perdido totalmente mi interés por el sexo.	
--	--

**7.- GAD-7**

Las siguientes frases describen problemas que usted puede haber padecido. MARQUE CON UNA X EL CASILLERO ELEGIDO

	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
1.- Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta				
2.- No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones				
3.- Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas				
4.- dificultad para relajarse				
5.- Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto				
6.- Sentirse fácilmente disgustado o irritable.				
7.- sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.				

**8.- PIL**

Este cuestionario nos ofrece un conjunto de formas de enfocar la vida. Cada forma de sentirse frente a la vida se nos ofrece en una escala que va desde el número 1 hasta el 7; por consiguiente el 4 señala un sentimiento neutral.

Marque el número que mejor califique su propio estado emocional frente a lo que aquí se expresa y procure no utilizar el número 4.

Por ejemplo: I.- Yo siento que soy una persona

1	2	3	4	5	6	7
Alegre y vivaz			Neutral			Apagada

Debe marcar la respuesta que considere que se ajusta más a lo que usted sienta o piense.

I. En la vida, por lo general me siento...

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido			Neutral			Entusiasmado, exuberante

II. La vida me parece...

7	6	5	4	3	2	1
Siempre una rutina			Neutral			Emocionante completa

III. En la vida, yo...

1	2	3	4	5	6	7
No tengo ninguna meta u objetivo claro			Neutral			tengo metas y objetivos claros

IV. Mi existencia personal...

1	2	3	4	5	6	7
Carece de sentido y propósito			Neutral			Tiene mucho propósito y sentido

V. En mi vida, cada día es...

7	6	5	4	3	2	1
Constantemente nuevo o distinto			Neutral			Exactamente igual y monótono

VI. Si pudiera elegir, yo...

1	2	3	4	5	6	7
Prefería nunca haber nacido			Neutral			Desearía nueve vida más, iguales a esta

VII. Después de jubilarme, yo deseo...

7	6	5	4	3	2	1
Hacer algunas de las cosas que siempre quise hacer			Neutral			Descansar completamente por el resto de mi vida

VIII. En el logro de las metas de mi vida...

1	2	3	4	5	6	7
No he hecho ningún progreso			Neutral			He progresado hasta conseguir todas

IX. Mi vida se encuentra...

1	2	3	4	5	6	7
Vacía, solo llena de desesperación			Neutral			Rebosante de cosas buenas y emocionantes

X. Si muriera hoy, sentiría que mi vida ha sido...

7	6	5	4	3	2	1
Muy provechosa			Neutral			Completamente inútil

XI. Cuando pienso en mi vida...

1	2	3	4	5	6	7
Frecuentemente me pregunto por qué existo			Neutral			Es muy clara la razón por la cual estoy acá

XII. En relación con mi vida, el mundo...

1	2	3	4	5	6	7
Me confunde completamente			Neutral			Encaja muy bien con ella

XIII. Yo soy...

1	2	3	4	5	6	7
Una persona muy irresponsable			Neutral			Una persona muy responsable

XIV. Acerca de la libertad del ser humano para elegir, yo creo que el ser humano...

7	6	5	4	3	2	1
Es absolutamente libre de hacer todas las elecciones de su vida			Neutral			Está completamente restringido por sus limitaciones de herencia y ambiente

XV. Con respecto a la muerte, yo...

7	6	5	4	3	2	1
Estoy preparado y sin temor			Neutral			No estoy preparado y me da temor

XVI. Con respecto al suicidio, yo...

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

He pensado seriamente en él como una salida			Neutral			Nunca lo he considerado como una salida
---	--	--	---------	--	--	---

XVII. Mi habilidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en la vida es...

7	6	5	4	3	2	1
Muy grande			Neutral			Prácticamente nula

XVIII. Mi vida se encuentra...

7	6	5	4	3	2	1
En mis manos y la controlo			Neutral			Fuera de mis manos y controlada por factores externos a mi voluntad

XIX. Mis labores diarias son...

7	6	5	4	3	2	1
Una fuente de placer y satisfacción			Neutral			Una experiencia y/o aburrida

XX. Me he dado cuenta...

1	2	3	4	5	6	7
Que carezco de sentido y propósito en la vida			Neutral			Que tengo metas claras y un propósito satisfactoria en la vida

### APÉNDICE C: GRAFICOS ESTADÍSTICOS

GRÁFICO 01: TABLA DE FISCHER, ARKIN Y COLTON PARA SELECCIÓN DE MUESTRAS.

AMPLITUD DE LA POBLACIÓN	TAMAÑO DE LA MUESTRA SEGÚN MÁRGENES DE ERROR					
	+1 0,01	+2 0,02	+3 0,03	<b>+4 0,04</b>	+5 0,05	+10 0,10
N	N1	N2	N3	<b>N4</b>	N5	N10
500	-	-	-	-	222	83
1 000	-	-	-	385	386	91
1 500	-	-	638	441	316	94
2 000	-	-	714	476	333	95
2 500	-	1 250	769	500	345	96
3 000	-	1 364	811	520	353	97

3 500	-	1 468	843	530	359	98
4 000	-	1 538	870	541	364	98
4 500	-	1 607	891	546	367	98
<b>5 000</b>	-	1 667	909	<b>556</b>	370	98
6 000	-	1 765	938	566	375	99
7 000	-	1 842	959	574	378	99
8 000	-	1 905	976	580	381	99
9 000	-	1 957	989	584	383	99
10 000	5000	2 000	1 000	588	385	99
15 000	6000	2 143	1 034	600	390	100
20 000	6667	2 222	1 053	606	392	100
25 000	7143	2 273	1 064	610	394	100
50 000	8333	2 381	1 087	617	397	100
100 000	9091	2 439	1 099	621	398	100
+ de 100 000	10 000	2 500	1 111	625	400	100

**GRÁFICO 02: SELECCIÓN ALEATORIA DE LOS SALONES Y PARTICIPANTES ENCUESTADAS.**

SECCION	CURSO	DOCENTE	DÍA	HORA	LOCAL	Nº	ECC
105	LENGUA	TOLENTINO ZAPATA, JUAN MANUEL	LUN	17:30-19:00	GP104	26	20
108	METODOLOGIA DEL ESTUDIO UNIVERSITARIO	VILCAPUMA VINCES, PATRICIA BERNARDA	MAR	17:30-19:00	GP206	14	8
120	ANTROPOLOGIA RELIGIOSA	NAVARRO LINARES, JANINA DEL ROCIO	MAR	12:00-13:30	GP207	32	-
120	QUIMICA Y BIOQUIMICA	TELLO VILLENA, JORGE LUIS	LUN	08:30-10:00	GP207	19	-
123	ANTROPOLOGIA RELIGIOSA	NAVARRO VILCHEZ, IGOR	MAR	10:15-11:45	GP203	37	-
132	INTRODUCCION A LA INGENIERIA CIVIL	BOZA OLAECHEA, MARGARITA LUISA	MAR	12:00-13:30	GP303	38	29
133	COMPLEMENTO MATEMATICO	CUROTTO ALMEIDA, FELIX AMADOR	MAR	19:10-20:40	GP 101	15	12
1D0	ADMINISTRACION GENERAL	LOPEZ BRAVO, RODOLFO ODLANIER	MAR	08:30-10:00	GP105	31	24
1D0	LOGICA JURIDICA	VELAZCO LEVANO, NILTON CESAR	SAB	10:15-11:45	LC 402	32	-
200	ECONOMIA	CARRASCO LOPEZ, ILIANOV PABLO	MIE	12:00-13:30	GP206	38	27
220	FISICA Y BIOFISICA	CALDERON DIAZ, GRIMALDO EDWIN	LUN	08:30-10:00	LC 207	21	19
221	PSICOLOGIA GENERAL	DEL BUSTO BRETONECHE, RAFAEL MARTIN	MAR	10:15-11:45	LC 203	71	65
223	INTRODUCCION A LA NUTRICION	VERGARA FALCON, NATIVIDAD	MAR	08:30-10:00	LC 302	34	27
232	ESTADISTICA PARA INGENIERIA CIVIL	SANTIVANEZ CALDERON, CARLA	MAR	12:00-13:30	LC 205	28	27
302	CONTABILIDAD GERENCIAL	GARCIA TRIGOZO, JOSE ABEL	MAR	10:15-11:45	LC 402	43	32
307	INTRODUCCION AL DERECHO	GONZALEZ GUIMARAY, OMAR ALFREDO	VIE	20:50-22:20	GP302	14	8

320	PSICOLOGIA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA	HERNANDEZ PINO, GIOVANA LOURDES	MIE	08:30-10:00	GT 304	15	9
323	NUTRICION HUMANA	CRUZ CONDORI, JUANA EVANGELINA	MIE	08:30-10:00	SO 105	12	10
332	GEOLOGIA	GARCES DIAZ, VICTOR	JUE	15:50-17:20	LC 205	26	15
406	SISTEMAS DE COSTOS	BRAVO SAENZ, WALTER ALEJANDRO	MAR	19:10-20:40	GP 103	52	32
415	TEORIA DE LA EDUCACION	CORTEZ MONDRAGON, CESAR SEGUNDO	LUN	17:30-19:00	LC 202	33	23
421	NEUROPSICOLOGIA	RODRIGUEZ ENCALADA, JOSE ALEJANDRO	JUE	12:00-13:30	GP303	40	38
501	DERECHO COMERCIAL	LAFOSSE MASIAS, JORGE LUIS	MAR	12:00-13:30	GT 303	29	26
508	MARKETING	SIMONE , SAVERIO	MIE	17:30-19:00	GP 101	52	-
514	FILOSOFIA ANTIGUA	LEONARDO VALVERDE, GUSTAVO ADOLFO	MAR	17:30-19:00	LC 201	14	9
524	PSICOMOTRICIDAD	RODRIGUEZ CASTILLO, EDITH	MAR	08:30-10:00	GT 501	24	19
605	REINGENIERIA DE PROCESOS	COSTA RODRIGUEZ, JORGE EDUARDO	MAR	19:10-20:40	LC 210	54	33
					Total		512

**GRÁFICO 03: NÚMERO DE PARTICIPACIÓN POR FACULTADES.**

FACULTADES	NUMEROS DE PARTICIPACIÓN
CIENCIAS DE SALUD	213
FACULTAD DE EDUCACIÓN	33
FACULTAD DE CECA	71
FACULTAD DE INGENIERÍA	173
FACULTAD DE DCP	22
TOTAL	512