



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO:

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL NIVEL
SECUNDARIO DE LA I.E.E “TERESA GONZÁLEZ DE FANNING” LIMA,
2018.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA

AUTOR:

SADITH RAMIREZ GARCIA

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios a mis padres e hijas, que siempre me apoyaron brindándome ánimo en todo este proceso de formación profesional.

A Dios porque siento que siempre está conmigo en cada día de mi vida dándome fortaleza en cada paso que doy hacia una meta.

A mis padres que estarán contentos desde el cielo por este logro.

A mi cónyuge por su apoyo en todos los aspectos a lo largo de la vida.

“Al principio y al final siempre hay una emoción” (Punset, 2008, p.79)

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios siempre en primer lugar por haberme dado la vida y salud para mantenerme firme en esta carrera.

También a todas aquellas personas, amigas y profesores que me ayudaron con sus conocimientos y enseñanzas, a mis compañeras de estudio por su paciencia y ayuda desinteresada.

RESUMEN

La adolescencia es el período del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante la cual se presentan los cambios más significativos en la vida de la personalidad en el orden físico, psíquico y social.

En la actualidad existen pruebas de las consecuencias a largo plazo de los trastornos de la niñez y adolescencia y su continuidad en trastornos psiquiátricos en la edad adulta.

Los niños y adolescentes experimentan ansiedad y depresión en sus vidas al igual que los adultos constituyendo una problemática frecuente que se ha incrementado en las últimas décadas es por ello la realización de la presente investigación no experimental de tipo transeccional-correlacional en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fannig”, Lima- a quienes se aplicó como instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) (Spielberger, BuenaCasal, & Agudelo, 2008). La prueba tiene como objetivo identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión y el Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado - Rasgo, (STAI). (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos subescalas (Estado y Rasgo), y cada una con 20 ítems. Se pudo determinar que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Palabras claves: Depresión Estado / Rasgo Ansiedad Estado/Rasgo

ABSTRACT

Adolescence is the period of human development between childhood and adulthood during which the most significant changes in the life of the personality in the physical, psychic and social order are presented.

Currently there is evidence of the long-term consequences of childhood and adolescent disorders and their continuity in psychiatric disorders in adulthood.

Children and adolescents experience anxiety and depression in their lives, as well as adults, constituting a frequent problem that has increased in the last decades. For this reason, the realization of the present non-experimental research of transectional-correlational type in first and second year students of the secondary level of the IEE "Teresa Gonzales de Fannig", Lima- to whom the State / Trait Depression Inventory (IDER) was applied as assessment instruments (Spielberger, BuelaCasal, & Agudelo, 2008). The objective of the test is to identify the degree of affectation (State) and the frequency of occurrence (Trait) of the affective component of depression and the State - Trait Anxiety Assessment Inventory (STAI). (Spielberger, Goursch & Lushene, 1970). The questionnaire consists of 40 items divided into two subscales (State and Trait), and each with 20 items. It was determined that there is a statistically significant correlation between both variables.

Keywords: Depression State / Trait Anxiety State / Trait

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | v |
| | |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 1 |
| 1.2 Formulación del problema | 3 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 3 |
| 1.3.1 Objetivo general | 3 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 4 |
| 1.4 Justificación de la investigación..... | 5 |
| 1.4.1 Importancia de la investigación..... | 5 |
| 1.4.2 Viabilidad de la investigación | 6 |
| 1.5 Limitaciones del estudio..... | 6 |
| CAPITULO II MARCO TEORICO | 8 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 8 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales | 8 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales..... | 10 |
| 2.2. Depresión | 12 |
| 2.2.1 Definición..... | 12 |
| 2.2.2 Teorías | 14 |
| 2.3 Ansiedad..... | 17 |
| 2.3.1 Definición..... | 17 |
| 2.3.2 Teorías | 20 |
| 2.3 Definición en términos básicos | 23 |
| CAPITULO III HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION | 26 |
| 3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada | 26 |
| 3.2 Variables: definición conceptual y operacional | 27 |

| | | |
|--|---|----|
| CAPÍTULO IV | METODOLOGÍA | 29 |
| 4.1 | Diseño metodológico..... | 29 |
| 4.2 | Diseño muestral..... | 30 |
| 4.3 | Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 33 |
| 4.4 | Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información | 33 |
| 4.4 | Aspectos Éticos | 34 |
| CAPÍTULO V | RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 35 |
| 5.1 | Análisis Descriptivo | 35 |
| 5.2 | Análisis Inferencial | 39 |
| 5.3. | Discusión..... | 42 |
| 5.3.1 | Conclusión..... | 43 |
| RECOMENDACIONES | | 45 |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA | | 52 |
| ANEXO 2: INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO RASGO – IDER | | 55 |
| ANEXO 3: INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO..... | | 56 |

INDICE DE TABLAS

| | Páginas. |
|---|----------|
| Tabla 1 Niveles porcentuales de Depresión Estado de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 37 |
| Tabla 2 Niveles porcentuales de Depresión Rasgo de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 38 |
| Tabla 3 Niveles porcentuales de Ansiedad Estado de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 39 |
| Tabla 4 Niveles porcentuales de Ansiedad Rasgo de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 40 |
| Tabla 5 Relación entre Depresión Estado y Ansiedad Estado (AE) de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 41 |
| Tabla 6 Relación entre Depresión Estado y Ansiedad Rasgo (AR) de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 42 |
| Tabla 7 Relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo (AR) de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima..... | 43 |

INDICE DE FIGURAS

| | Páginas. |
|---|----------|
| FIGURA 1 Representación gráfica del diseño Transaccional-Correlacional..... | 29 |
| ... | |

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Considerando que la adolescencia, es una etapa del ciclo vital del ser humano que se caracteriza por estar comprendida entre los 11 a 20 años de edad, el individuo alcanza su madurez biológica, emocional, social y sexual (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010), ante estos cambios el adolescente pasa por un proceso de adaptación, de la infancia a la adultez, el cual lo asumió de acuerdo a las experiencias adquiridas a lo largo de sus vidas, en tal sentido los adolescentes son vulnerables siendo propensos a ser influenciados por los medios de comunicación, redes sociales, interacción con pares, conflictos familiares, entre otros.

Entonces, en estos escenarios muchos son víctimas de trastornos de la emoción, siendo los de mayor frecuencia la ansiedad, la cual se considera que “afectan a tres áreas del funcionamiento del niño: cogniciones, conductas y reacciones somáticas, condicionando su desempeño escolar, social y personal” (Lozano, García & Lozano, 2011,p.9), asimismo la depresión conceptualizada como “un estado alterado del humor caracterizado por un estado disfórico similar a la depresión adulta” (Lozano, et al., 2011, p.9)

Durante los últimos años la adquisición de problemas mentales a nivel mundial aumenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), describe que alrededor de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes tienen trastornos o problemas mentales, y cerca de 450 millones de personas en el mundo padecen de un trastorno mental o de comportamiento, lo que representa cerca del 12% de la carga de morbilidad a nivel mundial. La prevalencia global de este tipo de trastornos incluye trastornos neuróticos, afectivos, retardo mental, demencias y esquizofrenia, entre otras.

En el estudio transcultural llevado a cabo por la OMS (2001) en 14 centros de diferentes países demostraron claramente que alrededor del 24% de todos los pacientes padecía un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad. Además de demostrar una alta comorbilidad con deficiencias e incapacidad en el ámbito social, familiar, escolar o laboral de quienes padecen esta sintomatología (Cassano & Fava, 2002; Kohn, Levav, Caldas, Caraveo & Saraceno, 2005).

La Organización Mundial de la Salud estima que la depresión se convertirá en la principal causa de discapacidad y la segunda carga mundial de enfermedad para el año 2020 (OMS, 2001; Spielberger, Ritterband, Reheiser, & Brunner, 2003).

Además, que la depresión es considerada un trastorno habitual en todo el mundo, ya que se calculó que afecta a 350 millones de sujetos, a nivel laboral, familiar, académico, social e individual. En este sentido, Lozano, García y Lozano (2011) refieren, que el trastorno de la emoción denominado como ansiedad, tiene un incremento significativo en los infantes y adolescentes, que afectaron directamente su desempeño dentro del ámbito escolar, social y personal, afectando su desarrollo vital, denotando que, a nivel internacional, se estima que el 8% de los casos diagnosticados necesitaron un tratamiento clínico (Lozano, et al., 2011).

Mientras, que a nivel nacional el Diario Perú21 (2012) refirió, que el Ministerio de Salud indicó, que en el Perú existe una incidencia de problemas de salud mental que afectan a cuatro de cada diez personas, siendo los de mayor frecuencia la depresión, que afectó a 70 mil personas de los 137 mil casos registrados, mientras que la ansiedad se presentó 71 mil de los 238 mil diagnósticos realizados en los últimos años, concluyendo que las zonas geográficas más afectadas son Lima, La Libertad, Callao y Cusco.

Además, a nivel local el Centro de salud Jerusalén (2016, octubre) registro, que en el Centro Poblado el Milagro, Departamento de La Libertad durante los meses de enero a diciembre del

año 2014, sólo 15 atenciones de salud mental, de los cuales 7 fueron por Ansiedad y 3 del trastorno depresivo, constituyendo el 67% de los casos, mientras que entre los meses de enero a septiembre del 2016 la cifra aumentó considerablemente a un total de 90 atenciones de salud mental, de las cuales 10 fueron por ansiedad, y 15 por trastorno depresivo, en tal sentido se evidencio su aumento, reflejando cifras alarmantes, haciendo necesario su estudio, para el bienestar de Población.

1.2 Formulación del problema

Problema principal:

- ¿Cuál es la relación que existe entre Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018?

Problemas secundarios:

- ¿Cuáles son los niveles de Depresión Estado y Ansiedad Estado de los estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018?
- ¿Cuál es la relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo de los estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la Depresión y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir los niveles de Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.
- Determinar la relación entre Depresión Estado y Ansiedad Estado en estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.
- Describir la relación entre Depresión Estado y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.
- Describir la relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Estado en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.
- Describir la relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

Considerando que la ansiedad y la depresión son trastornos de la emoción (Lozano, et.al.,2011) afectan a toda la población, sin embargo Fernández (2009) refiere que su frecuencia se ha intensificado en la población infantil y adolescente, afectando con mayor intensidad al ámbito del desarrollo educativo y social de estas etapas; ya que “Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento” (p.100).

La depresión y ansiedad en niños y adolescentes es uno de los problemas más graves que afecta a la sociedad peruana, no solo por el aumento de los casos, sino también por sus consecuencias. Esta es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. Son varios los factores determinantes que ocasionan un problema de salud mental en los niños y/o adolescentes: factores individuales (factores biogénéticos, recursos psicológicos, hábitos de vida, factores familiares (educación y estilos de crianza).

En la actualidad los problemas de salud mental representan un problema de gran magnitud para los niños(as) y adolescentes afectados, para sus familias y para la sociedad. La depresión compromete al 28% de escolares limeños entre 12 y 17 años, y de ellos una cantidad importante tiene ideas suicidas que en algunos casos logra culminar esta autoeliminación, comenta el director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado (2009).

Las emociones tienen una función importante en la supervivencia humana, no solamente se involucran en los cambios fisiológicos, psicológicos y conductuales que se producen en demanda a las exigencias del medio ambiente (Cosmides & Toby, 2000; Nesse, 1990), sino también son fundamentales en la toma de decisiones (Damasio, 1994; Katelaar & Todd, 2001;

Overskeid, 2000) y fuente útil de información entre el individuo y su medio (Fridja, 1988; Mayer & Salovey, 1997; Plutchik, 1984; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995).

Méndez et.al. (2001), sugieren que el trastorno repercute negativamente a nivel personal, (malestar físico o psicológico), familiar (deterioro de las relaciones), escolar (bajo rendimiento académico), y social (aislamiento). De acuerdo a la edad se manifiestan las áreas afectadas. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores. Con el paso de los años afecta el nivel cognitivo, sexual o legal.

Se considera que la depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, a cargo del periodo evolutivo que atraviesan los jóvenes. Según Dallal y Castillo (2002, citado en Pardo et al., 2004), “la depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicionalmente, suceden varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno”.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Para ello, debemos tomar en cuenta la disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales que determinarán en última instancia, los alcances de la investigación (Rojas, 2001).

El presente proyecto de investigación es factible y viable ya que se cuenta con la muestra, con recursos financieros, materiales y con información relevante.

1.5 Limitaciones del estudio

Se presentó la posibilidad de falseamiento de las respuestas por parte de las encuestadas (estudiantes), debido a no querer mostrar sus verdaderas emociones, siendo una situación en el comportamiento de los adolescentes.

Se presentó la perseverancia en las alternativas de respuestas así como omisiones dentro de la misma, lo que significó la incidencia en marcar la misma alternativa en cada pregunta y la invalidación de la prueba.

El nivel de comprensión lectora de la muestra en algunas estudiantes se mostró ser deficiente o presentar problemas, lo cual perjudicó el desarrollo de la prueba. La exclusión de alumnos inclusivos dentro de las aulas, que por tiempo y apoyo no pudieron ser incluidos dentro de la evaluación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Núñez (2016). Realizó un estudio cuyo objetivo era identificar la relación existente entre la ansiedad y la autoestima en una muestra de 207 adolescentes de 12-18 años, debido a la problemática presente en los Institutos de Educación Secundaria de España, donde situaciones de ansiedad se producen diariamente, dificultando la comunicación entre alumnos y profesores, así como el desarrollo del currículo de un modo normalizado (Suárez Valdés y Pérez Pérez, 2012). Los factores estudiados son los siguientes: variables sociodemográficas como el género y el nivel socioeconómico y variables de personalidad como la autoestima (Rosenberg, 1989), la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Los resultados demostraron que existe una relación negativa entre la autoestima y la ansiedad, siendo la ansiedad significativa para la predicción de la autoestima. Existen diferencias significativas según el género. Las mujeres presentaron menor nivel de autoestima y mayores niveles de ansiedad-estado y rasgo. El nivel socioeconómico no presentó diferencias significativas para cada una de las variables de personalidad objeto de estudio.

Ávila (2014) realizó un estudio cuyo objetivo fundamental fue identificar los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas. La finalidad es probar que la ansiedad se presenta siempre en el primer trimestre de embarazo, los síntomas cognitivos prevalecen sobre los síntomas afectivos y las fluctuaciones del estado de ánimo son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes. Se explica bajo fundamentación cognitivo conductual y aportes del DSM IV, tratada en dos capítulos. Estudio no experimental de tipo Correlacional con una muestra de 52 adolescentes, con apoyo de entrevista, encuesta y método estadístico. Concluyéndose que la depresión constituye el síntoma predominante en

adolescentes que no cuentan con apoyo familiar durante el embarazo. Recomendándose desarrollar y aplicar una metodología adecuada para disminuir el porcentaje de embarazos en tan temprana edad, y que además se contemple asesoría a padres de toda índole social, a través de organismos gubernamentales conjuntamente con fundaciones especializadas en estos temas

Martínez, García y Inglés (2013) investigaron sobre las relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. El estudio consideró la ansiedad escolar como un constructo multidimensional y su objetivo fue analizar las relaciones y capacidad predictiva de las situaciones y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar sobre la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión. La muestra elegida para esta investigación fue de 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad, a quienes se les administró el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI y STAIC) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI). Los resultados mostraron correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y respuestas de ansiedad escolar con ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión.

Además, la mayoría de factores situacionales y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar son predictores significativos y positivos de la ansiedad rasgo.

Herrera, G. (2012) Murcia-España. En su investigación “Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes” señala como objetivo principal de esta investigación valorar la relación entre la depresión y ansiedad (como indicadores de salud psicológica) y el nivel de actividad física en la adolescencia. Con este propósito, se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Actividad Física Habitual para Adolescentes (IAFHA), en una muestra de estudiantes españoles de bachillerato. Desde la perspectiva de las Instituciones Promotoras de Salud (IPS), los resultados del presente trabajo sugieren la importancia de promocionar una actividad física

regular en niveles preuniversitarios, de manera que los adolescentes adquieran lo más tempranamente posible hábitos de vida saludables, antes de su incorporación a la vida universitaria.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Quiñones (2016), realizó una investigación con el objetivo de establecer la relación entre el nivel de estrés y depresión en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 50 adolescentes. La técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron; la Escala de Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés de Laura B. Oros de Sapia, Neifert, Ivana y el Inventario de Depresión de Beck, aplicados previo consentimiento informado. Resultados: del 100%(50), 32%(16) tienen estrés severo, 20%(10) moderado y 48%(24) leve; 14%(7) tienen depresión grave, 40%(20) moderada, 28%(14) leve y 18%(9) no sufren depresión. Concluyó que la mayoría de adolescentes tienen estrés leve a moderado y el mayor porcentaje sufren depresión de leve a moderada.

Collado (2014) investigó sobre las variaciones de los niveles de ansiedad estado y rasgo en estudiantes universitarios teniendo en cuenta el tipo de carrera profesional, la universidad de procedencia y sexo. Los participantes fueron 320 estudiantes universitarios de las carreras profesionales de Derecho, Ingeniería Civil, Medicina Humana y Psicología (160 mujeres y 160 varones) de 4 universidades (2 nacionales y 2 particulares). El estudio es de tipo descriptivo comparativo y se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) el cual se aplicó luego de la obtención del consentimiento informado por escrito. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas en relación a los niveles de ansiedad estado al comparar los puntajes obtenidos por estudiantes de universidades nacionales y privadas de las carreras de Ingeniería Civil y Medicina Humana; en relación a los niveles de ansiedad rasgo se hallaron

diferencias significativas en estudiantes mujeres de Psicología de universidades nacionales y privadas, y lo mismo en varones pero en relación a la ansiedad estado al considerar las carreras de Ingeniería Civil, Medicina Humana y Psicología. Se destacan los planteamientos de Tabernero y Márquez sobre las implicancias del género y la ansiedad.

Olivo (2013) Su investigación buscó determinar si existe alguna relación entre los estilos parentales percibidos y la ansiedad en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana de nivel socioeconómico bajo. Para ello, se aplicó el Instrumento del Vínculo Parental (PBI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (CMAS-R) a 221 estudiantes de 16 a 18 años de ambos sexos que cursaban el quinto grado de secundaria en tres instituciones educativas públicas en los distritos de Independencia, La Victoria y San Juan de Miraflores. Se encontraron diferencias significativas en la ansiedad de acuerdo al sexo siendo ésta mayor en mujeres. Respecto de los estilos parentales, encontró una mayor protección materna y paterna percibida en las mujeres y una mayor protección paterna en los participantes de mayor edad. Asimismo, correlaciones negativas entre la dimensión de cuidado materno y paterno y las escalas de ansiedad. Además, se encontraron correlaciones positivas entre la dimensión de Protección materna y paterna y las escalas de ansiedad. Para los hombres de la muestra, la dimensión de Cuidado materno y paterno se relacionó negativamente con la escala de Preocupaciones Sociales/Concentración; y la dimensión de Protección paterna se relacionó positivamente con todas las escalas de ansiedad. En el caso de las mujeres, las correlaciones son similares a las de la muestra en total.

Chapí (2012) realizó en dos instituciones educativas estatales del distrito de San Martín de Porras, ubicado en Lima Metropolitana un estudio cuyo objetivo fue estudiar la relación entre satisfacción familiar, ansiedad y cólera – hostilidad en adolescentes. La muestra fue conformada por 320 adolescentes (168 varones y 162 mujeres), a quienes se les evaluó mediante la escala de

satisfacción familiar (ESFA), el inventario Multicultural de la expresión de Cólera- Hostilidad (IMECH).El estudio abordado es de tipo descriptivo correlacional con diseño no experimental transaccional. Se confirmó la hipótesis de trabajo al hallarse correlaciones negativas significativas entre la escala familiar con la ansiedad estado- rasgo y la cólera hostilidad en el total de la muestra, de lo cual se deduce como conclusión general, que a mayor satisfacción familiar, menores indicadores de ansiedad y de cólera- hostilidad, a la vez que mayor control de emociones coléricas. En el análisis complementario se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres respecto a las variables trabajadas a excepción de la escala cólera estado. En ese sentido las mujeres obtuvieron mayores puntajes promedio en escalas de ansiedad y en las escalas de cólera- hostilidad, en contraste, los varones alcanzaron mayores puntajes promedio en satisfacción familiar y en las escalas control de la cólera manifiesta y control de la cólera contenida.

2.2. Depresión

2.2.1 Definición

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) “manifiestan que es un estado desadaptativo del organismo, cuando se da por más de 6 meses, ante situaciones de presión o pérdida que lo ameritan, caracterizando patrones conductuales y cognitivos de tristeza y desánimo, mostrando un desinterés por las actividades habituales, afectando las funciones motoras, así como la pérdida del sueño, necesidad de alimentación, aliño personal e interacción social” (Beck & Clark, 2012). Asimismo, Papalia, Wendkos y Duskin (2010) refieren que la depresión genera un desequilibrio psicológico, académico y social en los infantes y adolescentes, caracterizando patrones de irritación, asimismo frustración e ira, afectando, su desarrollo vital.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2016), refiere que “la Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o

placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Asimismo, consideran la posibilidad que la depresión pueda llegar a convertirse en crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Iglesias (2007) “expresa que aunque la mayoría de los seres humanos experimenta de vez en cuando por diferentes motivos que presenta la vida, en algunas otras personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana: interfiere en su capacidad de pensar, aprender y desarrollarse social y académicamente”.

Nardi (2004), plantea que en la adolescencia, la depresión puede manifestarse de diferentes formas: expresiones comportamentales (crisis de llanto, enojo y desesperación), actitudes inhibidas (mutismo, cierre relacional), trastornos psicósomáticos o conductas de riesgo (consumo de sustancias, exposición a situaciones de peligro). Éste estado se basa en un sí mismo centrado en un fracaso existencial del sujeto, donde cada esfuerzo resulta inútil, generando esto un constante sentimiento de enojo y desesperación.

Beck (1987), el individuo genera creencias negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro, asociados a inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico. Es de tener en cuenta que este modelo propone la existencia de representaciones estructurales de la experiencia humana, llamados esquemas, con los cuales las personas pueden identificar, interpretar, categorizar o evaluar su experiencia. Por lo general en individuos con depresión, estos esquemas son rígidos, impermeables y absolutos y son producto de la representación sesgada de

la experiencia, se activan con facilidad por una serie de estímulos que afectan el estado de ánimo (Beck & Clark, 2010; Gómez, Porras & Castro 2010).

2.2.2 Teorías

A lo largo de la historia se han desarrollado tres modelos claves para explicar la depresión: Modelo psicodinámico, modelo cognitivo y modelo del procesamiento de información. A continuación se describen brevemente estos modelos:

Modelo cognitivo. Beck (citado por Mendoza, 2001) se apoyó en el enfoque clínico y experimental que facilitaron el desarrollo del modelo y el estilo de la terapia, basándose en tres conceptos psicológicos que explican la depresión:

Concepto de triada cognitiva: Son tres patrones que influyen en la percepción de sí mismo, la percepción del futuro y de la experiencia propia, haciendo que la visión sea pesimista y negativa.

Esto ocasiona en el individuo signos físicos como la apatía, el desgano y los refuerza a adoptar una conducta negativa.

Organización estructural del pensamiento depresivo: Cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten, en el caso de los depresivos se distorsiona los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.

Errores en el procesamiento de información: Los errores sistemáticos en el pensamiento del deprimido hacen que valide sus conceptos negativos y son: La interferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista.

Modelo de procesamiento de información Este enfoque toma parte del estilo cognitivo y en lugar de apoyar la dirección que le da Beck a la influencia de un concepto con el otro (como estímulo la cognición, y la respuesta como emoción); indica que la influencia va en doble

sentido puesto que las emociones también pueden perturbar la cognición en la memoria, toma de decisiones, etc.

Ruíz y Gonzales (1996) estudiaron la relación entre la depresión, memoria implícita y el procesamiento de información llegando a la aproximación de que existe menor congruencia entre el estado de ánimo y la memoria implícita, pues hay más tendencia a asociarse con la memoria explícita. Teniendo en cuenta que la memoria implícita es aquella que almacena información recopilada en un episodio específico y su manifestación no requiere que el sujeto se esfuerce por evocar o recuperar lo aprendido, mientras que la memoria explícita es la que sí necesita recuperación consciente de experiencias aprendidas.

Modelo tetradimensional de depresión de Alonso Fernández . Alonso Fernández (citado por Pelayo, 2009, p. 29) refiere que “la depresión como estado clínico representa una alteración de la estructura vital, que puede ir introduciéndose simultáneamente en las vertientes psíquica y somática del ser humano, originando así una sintomatología depresiva. Esta alteración puede tener la misma intensidad en ambas vertientes, o bien manifestarse más intensamente en una de ellas...”

La estructura vital se compone de cuatro dimensiones: Anímica, impulsiva, comunicacional y de los ritmos, todas ellas involucran signos físicos como psicológicos y el modelo propuesto como tetradimensional es la sistematización del cuadro depresivo en base a la alteración de dichas dimensiones.

Pelayo (2009) y Alonso Fernandez (1998) explican la sintomatología depresiva según el modelo tetradimensional agrupando determinadas características por cada dimensión:

Dimensión I: Humor depresivo. Se compone de rasgos psicológicos como baja autoestima y sufrimiento por vivir, pesimismo, amargura, pérdida de alegría, sentimientos de culpa y

desesperanza; e indicadores corporales como rigidez, pesadez, dolores de cabeza, extremidades, espalda, etc.

Dimensión II: Anergia. La evidencia de la falta de motivación e impulso que va desde el aburrimiento, apatía hasta la petrificación afectiva. Entre los indicadores psicológicos están los pensamientos irracionales repetitivos y oscuros, la dificultad para concentrarse y la pérdida del deseo sexual; mientras que los indicadores físicos pueden ser falta de expresión corporal y gestual, disminución en su actividad e incluso síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, estreñimiento, etc.)

Dimensión III: Discomunicación. Es la incapacidad para ponerse en contacto con el entorno, siendo las características psicológicas el ensimismamiento del sujeto, dificultad para entender lo que ve y escucha, dificultad para comprender e incluso una actitud de desconfianza ante los demás; así también en la parte física se observa descuido en su aspecto personal, hasta alteraciones a nivel sensorial.

Dimensión IV: Ritmopatía. Son las alteraciones de los ritmos humanos como explica Alonso Fernández, trastornos del sueño como insomnio, pesadillas nocturnas inclusive sensación de no haber descansado bien al dormir. En la vertiente psicológica se presentan estancamiento en el pasado y falta de planes futuros; además es evidente el cambio de emociones respecto a los quehaceres diarios y el empeoramiento matutino. En el aspecto fisiológico aparece trastornos del apetito sea por aumento o disminución.

Teoría Integradora de Aaron Beck se basa en la premisa de que la depresión representa una adaptación a la percepción de una pérdida de los recursos humanos esenciales, que proporcionan acceso a las necesidades básicas de la vida del individuo.

Esto quiere decir que la pérdida -no necesariamente una muerte- de un miembro de la familia, una pareja, o un amigo acentúa el riesgo de depresión, especialmente en personas que

tienen otros factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Así, esta pérdida, para estas personas, es más probable que sea vista como una pérdida devastadora e insuperable.

Después de esta pérdida, la elevada reactividad fisiológica y los sesgos cognitivos llevan a estos individuos, generalmente en riesgo de depresión, a activar las creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, es decir, lo que se conoce clásicamente como “tríada cognitiva negativa”.

Estas creencias desencadenan emociones tales como la tristeza, anhedonia, y la culpa. Todas ellas características de la depresión, así como las respuestas fisiológicas y de comportamiento que incluyen la retirada y la inactividad.

Esta inactividad desencadenada a partir de la pérdida tiene sentido: se produce porque el individuo trata de conservar la energía de cara a la percepción de esa pérdida de recursos que está sufriendo. Es decir, la falta de inactividad en el marco de la depresión tiene un sentido protector, en post de guardar energía, temiendo que otras necesidades puedan ser amenazadas.

Con el tiempo, al que han llamado “el programa de la depresión” que consiste en guardar la energía, refuerza las creencias negativas. Es el propio sujeto el que se aísla, haciendo que las pérdidas se multipliquen y disminuyendo la cantidad de refuerzos cotidianos.

2.3 Ansiedad

2.3.1 Definición

Aarón Beck propone que en los trastornos emocionales como la Ansiedad se da una distorsión en el procesamiento de la información, en esta patología la percepción del peligro y la valoración de las habilidades del individuo para enfrentárselo aparecen sesgadas, hay una sobreestimación del grado de peligro y una desvalorización de las capacidades de enfrentamiento. Ese procesamiento cognitivo errado lleva a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos propios de este trastorno. La ansiedad es la más

común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. No es una emoción negativa en sí misma. Hay una ansiedad sana que nos permite preservar la vida y protege la obtención de nuestros deseos. Es una emoción que nos pone alerta, genera que estemos más atentos a las posibles complicaciones (Albert Ellis, 1994)

Según Spielberger (1972), el estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.

Eysenck, propone que la ansiedad es generada por una predisposición genética y una vulnerabilidad a factores constitucionales, quien postuló a 3 dimensiones de la conducta humana que son: Extraversión, el neuroticismo y el psicotisismo, cada una de ellas está relacionada con lo que Eysenck consideró los motores de la conducta (Pueyo, 1997). Para Valiente, Bonifacio, Chorot (2003) pone énfasis en su primer modelo sobre la génesis de las fobias: la respuesta de la ansiedad se aprende a través del condicionamiento clásico, asegurando que la ansiedad es una respuesta condicionada. Bandura en su teoría de aprendizaje social menciona que las respuestas de ansiedad a estímulos condicionados pueden darse a través de procesos vicarios o informaciones que permiten hacer una relación que son conductas

reforzadas en otros sujetos (condicionamiento vicario u observacional. Se puede concluir que la ansiedad se desarrolla no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Virues, 2005).

Barlow (2004) considera que la información procedente de estudios genéticos, psicofisiológicos, endocrinológicos y neurobiológicos debe ser también revisada e integrada a otras posturas etiológicas de la ansiedad. Propone que en los trastornos de ansiedad como el de pánico o fobia específica la herencia juega un papel importante en la configuración de la sintomatología ansiosa, a esto se acompaña la investigación bioquímica y farmacológica que también ha ido estableciendo la evidencia de que algunos trastornos de ansiedad pueden ser debido a mecanismos bioquímicos particulares, con una fisiopatología determinada. Los primeros estudios mostraron que en diferentes estados de ansiedad los mecanismos de adaptación se vieron acelerados por el descubrimiento del complejo receptor GABA que mediatiza la acción de multitud de sustancias ansiolíticas y sedantes. Se nota que los mecanismos de producción de la ansiedad no se encuentran del todo aclarados y las líneas de estudio se amplían a otros sistemas de neurotransmisión, por ello no solamente el sistema gabaérgico se halla en relación con la ansiedad, sino que se ha implicado a otros sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, el cual configura un aspecto más a considerar en la investigación biológica de la ansiedad.

En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés fluctuantes de la vida cotidiana.

Aunque naturalmente se habla de ansiedad y de angustia como términos equivalentes, realmente no son lo mismo, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento

interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones corporales que acompañan a la ansiedad.

2.3.2 Teorías

De acuerdo con la importancia que se le ha dado al estudio de la ansiedad, se han desarrollado diferentes teorías que intentan explicar cómo se manifiesta en las personas. Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación Lang en 1968 (como se citó en López, 2008).

Teoría Psicodinámica, Freud (1917), denomina a la ansiedad como el concepto de angustia; manifestando que la angustia es más que un proceso biológico insatisfecho, donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos que viene a ser el ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenan un estado de ansiedad.

Por otro lado, se realiza la diferenciación entre angustia real y angustia neurótica; donde Freud (1917) considera a la primera como la reacción de la percepción de un peligro exterior, donde llega ser un daño esperado y previsto. La reacción aparece enlazada al reflejo de fuga, donde se considera como la manifestación del instinto de conservación. Y la segunda, se considera que el peligro se desempeña en un mínimo o ninguno y se produce sin ninguna causa aparente y de una forma inexplicable.

Para Freud (1892) considera que la angustia se caracteriza por la denominada "excitabilidad general", siendo este un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de

los seres queridos o del paciente mismo. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la angustia; pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. Otra manifestación sobresaliente de la angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. A lo dicho se agrega el "pavor nocturno de los adultos", consistente en un despertar con angustia, disnea y sudoración.

Teoría tridimensional Lang (1968) propuso la teoría tridimensional de la ansiedad, este autor menciona que “la ansiedad se muestra como un conjunto de respuestas que se agrupan en tres sistemas: el cognitivo, fisiológico y motor o llamado también conductual. Desde entonces, se habla de un triple sistema de respuestas hasta la actualidad”. Seguidamente explicaremos a detalle de que se trata cada sistema:

- El sistema cognitivo – subjetivo es el componente emocional, de la experiencia interna, que incluye experiencias de miedo, alarma, inquietud, preocupación, obsesión, etc. Además destaca que es el componente central de la ansiedad.
- Por otro lado, el sistema fisiológico que está relacionado con los cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, como la sudoración, dilatación pupilar, aceleración cardíaca, aceleración respiratoria etc.
- Y finalmente, el sistema motor – conductual, que son las respuestas observables producidas por la ansiedad que incluye respuestas instrumentales de evitación o escape, respuestas defensivas, otros movimientos o gestos corporales, expresión facial etc.

Teoría conductista Dominic (2003) afirma que todas las conductas se aprenden y que la ansiedad es resultado de un proceso condicionado, del mismo modo la teoría del aprendizaje social revela que se desarrolla ansiedad no solo con la experiencia o por medio de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de personas significativas en el entorno del sujeto.

Así es como, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados. Además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está planteada a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado

Teoría de Spielberger el proceso comienza por una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos valorados no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad. Si la valoración es positiva ese individuo mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares.

Las características generales se agrupan, para su mejor descripción, en áreas que constituyen la triple forma en la que solemos responder.

Nivel cognitivo: atribución de significado catastrófico (pensamientos de peligro, amenaza)-vulnerabilidad psicológica-pensamientos de no ser asistido y morir-pensamientos desagradables-fusión pensamiento-acción-anticipación ansiógena.

Nivel fisiológico: aparición repentina de miedo o terror-sudoración-taquicardia-problemas digestivos-agitación-tensión muscular-palidez-aumento de la presión-sequedad bucal-emociones de miedo intenso.

Nivel motor: tics-tartamudeo-imposibilidad para aprender nuevas tareas-huida y evitación de situaciones y sensaciones físicas-aislamiento.

2.3 Definición en términos básicos

Depresión Trastorno causado por una alteración neurofisiológica responsable de la tristeza y del abatimiento que sumen al enfermo en un estado de aislamiento y desinterés por la vida.

Según (Lewinsohn et al., 1985), señalan que la depresión es el resultado de la acción combinada de múltiples factores incluyendo cogniciones negativas, altas tasas de refuerzos negativos, bajas tasas de refuerzos positivos, eventos estresantes, vulnerabilidades predisponentes o factores de riesgo.

CIE 10, En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: La disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y

la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Depresión Estado no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, pues es frecuente encontrarlos en personas con enfermedades crónicas o en personas que están atravesando por una situación estresante o que han sufrido una pérdida reciente, como el caso de las reacciones de duelo.(Ramírez, Grau, Martín y Grau, 1986)

Depresión Rasgo La tendencia a presentar un estado de ánimo deprimido, (Martín, Grau & Grau, 2003), puede verse facilitada por distorsiones cognitivas como la rumiación, específicamente acerca de situaciones referidas a la propia persona (Shestyuk & Deldin, 2010). En cuanto a la conceptualización de la depresión como rasgo se centra en la tendencia a responder de manera depresiva de manera cotidiana (Martín et al.,2003)

Ansiedad hace referencia al conjunto de sintomatología “psicofisiológicos asociados a la ansiedad, juntos a pensamientos intrusos, conductas de escape en situaciones sociales o agobio en lugares con mucha gente”.

La ansiedad Estado (A/E) esta conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que se difiere los sujetos en la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E). Como un concepto psicológico la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson llama "motivos"(esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Campbell alude como "disposiciones comportamentales adquiridas" (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar tendencias de respuesta vinculada al objeto).

Eutimia Estado de ánimo equilibrado y normal, caracterizado por una sensación de bienestar, relajación y tranquilidad. Está situado entre la distimia y la hipertimia.

Distimia es una forma leve, pero crónica, de depresión. Los síntomas de la distimia suelen durar al menos dos años, y muchas veces durante mucho más tiempo que eso.

Adolescentes La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

CAPITULO III HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

HIPÓTESIS GENERAL

Existe una relación significativa entre Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1 Existe una relación significativa entre Depresión Estado y Ansiedad Estado en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.

H0 No existe una relación significativa entre Depresión Estado y Ansiedad Estado en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.

H2 Existe una relación significativa entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.

H0 No existe una relación significativa entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.

3.2 Variables: definición conceptual y operacional

| VARIABLES | DEFINICION OPERACIONAL | OPERACIONALIZACION | NIVELES DE MEDICION | RANGO |
|----------------------|---|--|---|--------------------------------------|
| Variable Dependiente | <p>Puntaje obtenido en Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)</p> <p>Considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad. La ansiedad estado para Sipielberger es un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.</p> <p>Ansiedad rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estable, siendo éstas una disposición tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.</p> <p>Spielberger (1966,1972)</p> | <p>La ansiedad es una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión) (Sandín y Chorot (1995, citado por Piqueras, 2008).</p> | <p>Ordinal</p> <p>Casi Nunca 0</p> <p>A Veces 1</p> <p>A Menudo 2</p> <p>Casi Siempre 3</p> | <p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p> |
| Ansiedad | | | | |

| Variables Independiente | Puntaje obtenido en | (Lewinsohn et al., 1985), | | |
|--------------------------------|---|--|--|-----------------------|
| Depresión | Inventario de Depresión Estado Rasgo IDER Refieren que la depresión genera un desequilibrio psicológico, académico y social en los infantes y adolescentes, caracterizando patrones de irritación, asimismo frustración e ira, afectando, su desarrollo vital Papalia, Wendkos y Duskin (2010) | señalan que la depresión es el resultado de la acción combinada de múltiples factores incluyendo cogniciones negativas, altas tasas de refuerzos negativos, bajas tasas de refuerzos positivos, eventos estresantes, vulnerabilidades predisponentes o factores de riesgo. | Ordinal Nada Algo Bastante Mucho | Alto Medio Bajo |

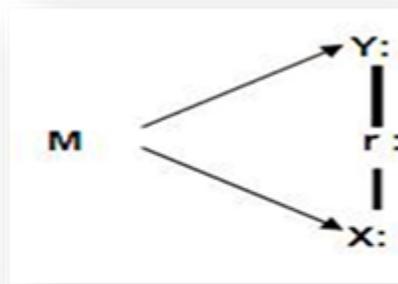
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

En la tesis se utilizará el enfoque cuantitativo. Sabiendo que en este enfoque se formula el problema, del cual derivarán en objetivos de la investigación (general y específicos), el procesamiento de datos se realizará con base en la medición numérica y el análisis estadístico, de todo esto, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Cada uno de estos pasos son adecuados para caracterizar la investigación como un enfoque cuantitativo (Hernandez S., R. et (2006).

El diseño a la que se ajustará corresponde al No Experimental, con respecto al objetivo de la investigación se considerará Transaccional- Correlacional:

FIGURA N°1 Representación gráfica del diseño Transaccional-Correlacional



Dónde:

- Y: Depresión
- r: Relación entre variables de estudio.
- X: Ansiedad
- M: Muestra

4.2 Diseño muestral

Diferentes autores coinciden en que una decisión importante en cualquier investigación es la selección adecuada del tamaño muestral (Montgomery [29], Gutiérrez y de la Vara [13]). Marrugat et al. [42] sostiene que la estimación del tamaño muestral puede considerarse un instrumento del que dispone el investigador para evaluar la factibilidad y la necesidad de recursos de su proyecto.

Muestreo no probabilístico cuando no se conoce la probabilidad de inclusión en la muestra para todos los elementos seleccionados, o cuando parte del universo no tuvo probabilidad de inclusión (Valencia, 1972).

Muestreo por Conveniencia John W.Creswell (2008) lo define como un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados.

Para la investigación la muestra es no probabilística por conveniencia debido a que es un estudio transversal cuantitativo por medio de inventarios. El tamaño de la muestra de los encuestados fue de 84 estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzalez de Fanning” Lima, 2018, cuyas edades fluctúan entre 12-14 años de género femenino.

Ficha Técnica Inventario de Depresión Estado Rasgo IDER

| | |
|-------------------------|--|
| Nombre Original | : Stat/Trait Depressin Questionnaire (ST/DEP) |
| Autor | : C.D Spielberger. |
| Procedencia | : Psybological Assesmente Resources |
| Nombre | : Inventario de Depresión Estado-Rasgo |
| Adaptación Española | : Gualberto Buela-Casal y DianaAguelo Velez (2008) |
| Administración | : Individual o Colectiva |
| Duración | : Entre 7-10 minutos |
| Aplicación | : Adolescentes y Adultos. |
| Baremación | : Baremos por sexo de adolescentes, universitarios, población general y población clínica. |
| Significación | : Identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión. |
| Confiabilidad y Validez | : Alfa de Cronbach fue de 0.64 para los hombres y 0.78 para las mujeres, valores aceptables. |

Ficha Técnica del Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

| | |
|-------------------------|---|
| Nombre Original | : State-Trit Anxiety Inventory |
| Autor | : Spielberger, C.D., Gorsuch, RL. Y Lushene, RE. |
| Procedencia | : Couseling Psychologist Press, Palo Alto, California |
| Nombre | : Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) |
| Adaptación Española | : Spilberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982) |
| Administración | : Individual o Colectiva |
| Formas | : Completa y Abreviada |
| Duración | : 15 minutos |
| Aplicación | : Adolescentes y Adultos. |
| Puntuación | : De las dos escalas pueden variar desde 0 hasta 60. |
| Tipificación | : Muestras de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadística de grupos clínicos. |
| Significación | : Evaluación de los niveles de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. |
| Confiabilidad y Validez | : 0.82 y 0.90, los cuales son valores consistentes con los reportados en los estudios originales. |

4.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Según Hurtado (2000), las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a sus pregunta de investigación, mientras que los instrumentos constituyen la vía mediante la cual es posible aplicar una determinada técnica de recolección de información.

En tal sentido, los instrumentos de recolección de datos fueron la aplicación del Inventario de Depresión Estado/Rasgo IDER, el cual evalúa el componente afectivo de la Depresión mediante dos escalas, Estado y Rasgo y cuatro sub-escalas (Eutimia-E, Distimia - E, Eutimia-R, Distimia-R); este fue diseñado por Spielberger en un cuestionario de 20 preguntas. Su objetivo principal es identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión. Así el área de contenido que abarca es la presencia de afectos negativos (distimia) y la ausencia de afectos positivos (eutimia) en la depresión.

Y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Goursh & Lushene, 1970). El cuestionario consta de 40 ítems. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 60. La consistencia interna reportada por Bermúdez (1978a, 1978b) osciló entre .82 y .90, los cuales son valores consistentes con los reportados en los estudios originales.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Luego se procedió a la calificación de las pruebas y se realizó el análisis estadístico de los resultados a través de la prueba estadística no paramétrica del coeficiente de correlación Tau-b de Kendall este coeficiente de correlación es una medida no paramétrica de asociación para variables ordinales y muestras pequeñas, el signo del coeficiente indica la dirección de la relación, los valores posibles van de -1 a 1, de tal modo que los mayores valores absolutos indican relaciones más fuertes (Genest y Nelešhová, 2009).

Para lo cual se utilizó la prueba del paquete de análisis estadístico para la investigación en ciencias sociales, psicología, etc. SPSS (Versión 20) con el fin de comprobar las hipótesis planteadas.

4.4 Aspectos Éticos

En primer lugar, se solicitará el permiso respectivo a los directores de las instituciones educativas, mediante una solicitud formal, para poder acceder a la aplicación del instrumento a las alumnas.

Antes de realizar la aplicación del instrumento, se explicará a los participantes el motivo de la investigación, haciendo énfasis que el cuestionario es anónimo.

Finalmente, la participación en la investigación se realizará de forma voluntaria. Todo lo antes mencionado, está regido bajo el código de ética del psicólogo de la sociedad peruana de psicología (1980).

CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados a los cuales se ha llegado en la presente investigación se exponen en función de los objetivos e hipótesis propuestas, a través de las siguientes tablas.

5.1 Análisis Descriptivo

Tabla 1 Niveles porcentuales de Depresión Estado de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| | | | GRADO | | |
|--------|--------------------|--------------------|---------|---------|--------|
| | | | Primero | Segundo | Total |
| ESTADO | Alto | Recuento | 5 | 6 | 11 |
| | | Recuento esperado | 5,9 | 5,1 | 11,0 |
| | | % dentro de ESTADO | 45,5% | 54,5% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 11,1% | 15,4% | 13,1% |
| | | % del total | 6,0% | 7,1% | 13,1% |
| | Medio | Recuento | 37 | 24 | 61 |
| | | Recuento esperado | 32,7 | 28,3 | 61,0 |
| | | % dentro de ESTADO | 60,7% | 39,3% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 82,2% | 61,5% | 72,6% |
| | | % del total | 44,0% | 28,6% | 72,6% |
| | Bajo | Recuento | 3 | 9 | 12 |
| | | Recuento esperado | 6,4 | 5,6 | 12,0 |
| | | % dentro de ESTADO | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 6,7% | 23,1% | 14,3% |
| | | % del total | 3,6% | 10,7% | 14,3% |
| Total | Recuento | 45 | 39 | 84 | |
| | Recuento esperado | 45,0 | 39,0 | 84,0 | |
| | % dentro de ESTADO | 53,6% | 46,4% | 100,0% | |
| | % dentro de GRADO | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 53,6% | 46,4% | 100,0% | |

En la tabla 1 se observa que el 11,1% del nivel alto corresponde al primero de secundaria y el 15,4% al segundo de secundaria de Depresión Estado, con nivel medio el 82,2% corresponde al primero de secundaria y 61,5% a segundo mientras que en el nivel bajo 6,7% corresponde a primero y 23,1% a segundo.

Tabla 2 Niveles porcentuales de Depresión Rasgo de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| | | | GRADO | | |
|-------|-------------------|-------------------|---------|---------|--------|
| | | | Primero | Segundo | Total |
| RASGO | Alto | Recuento | 15 | 9 | 24 |
| | | Recuento esperado | 12,9 | 11,1 | 24,0 |
| | | % dentro de RASGO | 62,5% | 37,5% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 33,3% | 23,1% | 28,6% |
| | | % del total | 17,9% | 10,7% | 28,6% |
| | Medio | Recuento | 25 | 28 | 53 |
| | | Recuento esperado | 28,4 | 24,6 | 53,0 |
| | | % dentro de RASGO | 47,2% | 52,8% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 55,6% | 71,8% | 63,1% |
| | | % del total | 29,8% | 33,3% | 63,1% |
| | Bajo | Recuento | 5 | 2 | 7 |
| | | Recuento esperado | 3,8 | 3,3 | 7,0 |
| | | % dentro de RASGO | 71,4% | 28,6% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 11,1% | 5,1% | 8,3% |
| | | % del total | 6,0% | 2,4% | 8,3% |
| Total | Recuento | 45 | 39 | 84 | |
| | Recuento esperado | 45,0 | 39,0 | 84,0 | |
| | % dentro de RASGO | 53,6% | 46,4% | 100,0% | |
| | % dentro de GRADO | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 53,6% | 46,4% | 100,0% | |

En la tabla 2 se observa que en el nivel alto de Depresión Estado el 33,3% corresponde al primero de secundaria y el 23,1% al segundo de secundaria el nivel medio el 55,6% al primero de secundaria y 71,8% al segundo de secundaria mientras que el nivel bajo 11,1% corresponde a primero de secundaria y 5,1% a segundo de secundaria.

Tabla 3 Niveles porcentuales de Ansiedad Estado de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| | | Tabla cruzada AE*GRADO | | | |
|-------|-------------------|-------------------------------|---------|--------|--------|
| | | GRADO | | | |
| | | Primero | Segundo | Total | |
| AE | Alto | Recuento | 1 | 1 | 2 |
| | | % dentro de AE | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 2,2% | 2,6% | 2,4% |
| | Medio | Recuento | 31 | 25 | 56 |
| | | % dentro de AE | 55,4% | 44,6% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 68,9% | 64,1% | 66,7% |
| | Bajo | Recuento | 13 | 13 | 26 |
| | | % dentro de AE | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 28,9% | 33,3% | 31,0% |
| Total | Recuento | 45 | 39 | 84 | |
| | % dentro de AE | 53,6% | 46,4% | 100,0% | |
| | % dentro de GRADO | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

En la tabla 3 se observa que en el nivel alto de Ansiedad Estado el 2,2% corresponde al primero de secundaria y el, 2,6% segundo de secundaria, con nivel medio el 68,9% a primero de secundaria y 64,1% a segundo de secundaria, mientras que en el nivel bajo 28,9% corresponde a primero y 33,3% a segundo

Tabla 4 Niveles porcentuales de Ansiedad Rasgo de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| | | Tabla cruzada AR*GRADO | | | |
|-------|-------------------|------------------------|---------|--------|--------|
| | | GRADO | | | |
| | | Primero | Segundo | Total | |
| AR | Alto | Recuento | 4 | 0 | 4 |
| | | % dentro de AR | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 8,9% | 0,0% | 4,8% |
| | Medio | Recuento | 9 | 14 | 23 |
| | | % dentro de AR | 39,1% | 60,9% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 20,0% | 35,9% | 27,4% |
| | Bajo | Recuento | 32 | 25 | 57 |
| | | % dentro de AR | 56,1% | 43,9% | 100,0% |
| | | % dentro de GRADO | 71,1% | 64,1% | 67,9% |
| Total | Recuento | 45 | 39 | 84 | |
| | % dentro de AR | 53,6% | 46,4% | 100,0% | |
| | % dentro de GRADO | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

En la tabla 4 se observa que en el Nivel alto de Ansiedad Rasgo el 8,9 % corresponde a primero de secundaria, el nivel medio el 20,0% (primero) y 35,9%(segundo) mientras que en el nivel bajo 71,1% corresponde a primero y 64,1% a segundo.

5.2 Análisis Inferencial

Tabla 5 Relación entre Depresión Estado y Ansiedad Estado (AE) de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| Correlaciones | | | | |
|-------------------------|--------|----------------------------|---------------|-----------|
| | | | ESTADO | AE |
| Tau_b de Kendall | ESTADO | Coeficiente de correlación | 1,000 | -,301** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,004 |
| | | N | 84 | 84 |
| | | | | |
| | AE | Coeficiente de correlación | -,301** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,004 | . |
| | | N | 84 | 84 |

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

Según la Tabla 05 se muestra los resultados de la prueba de correlación, la misma que evidencia la existencia de una correlación estadísticamente significativa ($t = -,301$) inversa y de grado bajo de la Depresión Estado y Ansiedad Estado.

Tabla 06 Relación entre Depresión Estado y Ansiedad Rasgo (AR) de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| Correlaciones | | | | |
|----------------------|--------|----------------------------|--------|--------|
| | | | ESTADO | AR |
| Tau_b de Kendall | ESTADO | Coeficiente de correlación | 1,000 | -,227* |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,026 |
| | | N | 84 | 84 |
| <hr/> | | | | |
| | AR | Coeficiente de correlación | -,227* | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,026 | . |
| | | N | 84 | 84 |

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Según la Tabla 06 se muestra los resultados de la prueba de correlación, la misma que evidencia la existencia de una correlación estadísticamente significativa inversa ($t = -,227$) y de grado bajo de la Depresión Estado y Ansiedad Rasgo

Tabla 07 Relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo (AR) de las estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima.

| Correlaciones | | | | |
|----------------------|-------|----------------------------|---------|---------|
| | | | RASGO | AR |
| Tau_b de Kendall | RASGO | Coeficiente de correlación | 1,000 | -,266** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,009 |
| | | N | 84 | 84 |
| | | | | |
| | AR | Coeficiente de correlación | -,266** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,009 | . |
| | | N | 84 | 84 |

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

Según la Tabla 07 se muestra los resultados de la prueba de correlación, la misma que evidencia la existencia de una correlación estadísticamente significativa ($t = -,266$) inversa y de grado bajo de la Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo.

5.3. Discusión

El presente estudio fue realizado con estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning”, cuya muestra fue de 84 alumnas de género femenino.

En cuanto a la hipótesis general existe una correlación estadísticamente significativa inversa ($t=-,301^{**}$) entre Depresión y Ansiedad.

En lo que respecta a la relación entre Depresión Estado y Ansiedad Rasgo existe un correlación estadísticamente significativa inversa ($t= -,277$).

Y en lo referente a las hipótesis específica entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo existe una correlación estadísticamente significativa inversa ($t= -266$).

Los resultados de la investigación son parecidos con la investigación realizada por Martínez, García y Inglés (2013) investigaron sobre las relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. Cuyos resultados arrojaron que existe correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y respuestas de ansiedad escolar con ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión.

Cabe mencionar que para Spielberger (1989), las diferencias entre rasgo y estado consisten, por una parte, en la potenciación ligada al rasgo, frente a la actualización unida al estado. Así, “la ansiedad-estado será la combinación de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, asociado todo ello a una elevada activación del organismo”. La “ansiedad-rasgo sería una disposición de la personalidad, tendencia o rasgo a percibir ciertas situaciones como amenazantes y responder a ellas con niveles elevados de ansiedad estado”.

La ansiedad rasgo no es directamente observable a través del comportamiento del individuo, sino que ha de “ser inferida a partir de la frecuencia con la que un individuo experimenta elevaciones en su ansiedad estado”. Así Spielberger (1989), sugirió una analogía “para

conceptuar la diferencia entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado sería a la ansiedad rasgo lo que la energía cinética a la energía potencial”. Dicho de otro modo, “la ansiedad estado es la energía cinética; una reacción que tiene lugar en un momento concreto con un determinado nivel de ansiedad”, mientras que la “ansiedad rasgo” sería “la energía potencial”, o “disposición latente para que ocurra una reacción si existen los estímulos apropiados”.

Brown, Campell, Lehman, Grisham & Mancill (2001), manifiestan que precisamente la aparición de depresión en casos de ansiedad. Cuando es notable índices de ansiedad y depresión es importante prestar atención ya que como lo manifiesta Lim, Saderson y Andrew (2000), éstas acarrear alta discapacidad, aún más si están juntas.

Referente a los resultados los porcentajes mayores se encuentran entre el nivel promedio y alto tanto en depresión estado, rasgo y ansiedad estado y ansiedad rasgo.

5.3.1 Conclusión

Los resultados del estudio arrojaron las siguientes características:

En relación a las hipótesis planteadas se concluye que existe una correlación estadísticamente significativa entre Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo en Estudiantes del Nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzalez de Fanning” Lima.

En cuanto a la depresión Estado, en el nivel medio está el porcentaje mayoritario de ambos niveles de secundaria, donde 82,2% corresponde al primero de secundaria y 61,5% a segundo de secundaria.

En cuanto a la depresión Rasgo, en el nivel medio está el porcentaje mayoritario de ambos niveles de secundaria, donde el 55,6% corresponde al primero y 71,8% a segundo de secundaria.

En cuanto a la Ansiedad Estado, en el nivel medio está el porcentaje mayoritario de ambos niveles de secundaria, donde 68,9% corresponde al primero de secundaria y 64,1% a segundo de secundaria.

En cuanto a la Ansiedad Rasgo, en el nivel bajo está el porcentaje mayoritario de ambos niveles de secundaria, donde el 71,1% corresponde al primero de secundaria y 64,1% a segundo de secundaria.

Existe una relación inversa baja entre la Depresión Estado con la Ansiedad Estado $t=-301$, donde $0,04 < p$.

Existe una relación inversa baja entre la Depresión Estado con la Ansiedad Rasgo $t=-,277$ donde $0,026 < p$.

Existe una relación inversa baja entre la Depresión Rasgo con la Ansiedad Rasgo $t=-,266$ donde $0,009 < p$.

RECOMENDACIONES

Realizar más investigaciones sobre la causa de lo observado en la población de estudio ya que en los niños y los jóvenes con depresión no pueden simplemente salir de ella por sus propios medios. Si se deja sin tratar, la depresión puede ocasionar el fracaso escolar, desórdenes de conducta y delincuencia, anorexia y bulimia, fobia a la escuela, ataques de pánico, abuso de drogas y sustancias químicas, e incluso el suicidio”.

Crear programas breves para las estudiantes que presenten depresión o ansiedad el o con síntomas similares con la finalidad de la mejoría en su bienestar emocional, dentro y fuera de la Institución Educativa.

Para lo cual se consideraría lo siguiente:

| 1. Psicoeducación | Objetivos |
|---|--|
| Técnicas de relajación (Respiración Diafragmática). | - Profundizar en el concepto de emoción. - Definir ansiedad, depresión y problemas de ansiedad y depresión. |
| 2. Técnicas de relajación (Relajación Muscular progresiva y visualización). | - Enseñar la técnica de la relajación muscular progresiva. -Enseñar el uso de la visualización. |
| 3. Técnicas de reestructuración cognitiva | -Distinción entre pensamientos positivos y sus efectos sobre la emoción y la acción. Aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos. -Conocer distintas distorsiones cognitivas. |

Concientizar mediante charlas, talleres a los padres de familia, personal docente y administrativo de la importancia que tiene la salud emocional, mental y la repercusión de esta dentro de la etapa de la adolescencia, mediante temas de Psicoeducación sobre:

- ¿Qué es la depresión?
- ¿Qué es la ansiedad?
- El estrés en la adolescencia
- Repercusión de los problemas familiares y los cambios fisiológicos psicológicos de los adolescentes.
- Los beneficios del ejercicio para la depresión y la ansiedad.
- Técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular.
- Importancia de evaluación y apoyo psicológico para los adolescentes.

También se espera que los resultados obtenidos en esta investigación puedan ser útiles y permitan concientizar con respecto a la necesidad de velar por la salud emocional abordando como una problemática importante, ya que existen muestras estadísticas donde existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ángel, C., (2016) España. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña. <http://eprints.ucm.es/37627/1/T37200.pdf>
- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Osorio, S. y Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios de Barranquilla. (Tesis de Licenciatura). Universidad Los Libertadores, Bogotá, Colombia. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679015.pdf>
- Ávila, A. (2104) Ecuador. “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis”. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>
- Barlow, D. (1993, 12-13 de junio). Avances en los trastornos por ansiedad: una entrevista con David H. Barlow (entrevista). Recuperado de: http://www.incosame.com.mx/uploads/13/08/docu_52001bce11a13.pdf
- Benjamin, A., Costello, E. y Warren, A. (1990). Trastornos de Ansiedad. Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad. Buenos Aires. Consultado en: http://www.centroima.com.ar/trastornos_de_ansiedad_en_ninos_menores.php
- Calvo, M.G. y Eysenck, M.W. (1995). Sesgo interpretativo en la ansiedad de evaluación. *Ansiedad y Estrés*, 1(1) 5-20. Consultado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4194781>
- Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud (2016). La depresión. Nota descriptiva N° 369. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Chero, A. (17 de agosto del 2014). Seis de cada 10 limeños con depresión no buscan ayuda: Pese a padecer cambios de humor, trastornos de sueño y apatía por más de 6 meses, mayoría opta por esperar en vez de tratarse. El Comercio.

Recuperado de <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/seis-cada-10-limenos-depresion-no-buscan-ayudanoticia-1750449>.

- Clark, D., Beck, A., (2012). España. Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. Editorial DESCLÉE DE BROWWER, S.A.
- Czemik, G., Dabski, M., Canteros, J. y Almirón, L. (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina, 162, 1- 4. Obtenido de http://med.unne.edu.ar/revista/revista162/1_162.htm
- García, C., Hijano, A., Carreño, P., Martín, M., Gisbert, J. & Peña, E. (2005). Ansiedad en adolescentes de un barrio de Madrid. Atención Primaria, 38 (3), 154 – 158 Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v38n03a13090978pdf001.p>
- Dos Santos, L., Umberto, J., Alonso-Fernández, F., y Tomasi, E. (2001) Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. Consultado el 10 de enero 2010 en Revista Atención Primaria 28(8), 543 – 549. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2890350>
- Gomar, M., Mandil, J (2010) Manual de terapia comportamental con niños y adolescentes. Buenos Aires. Editorial POLEMOS. 1ª edición.
- GUTIÉRREZ, Manuel (2000) Ansiedad y cognición; un marco integrado, revista Española de Motivación y emoción, Vol. 1, 2000.
- Manios V. M. & Rosero C. B. (2011). “Manifestaciones y Grados de depresión en un grupo de adolescentes de una Institución Educativa Distrital, de la localidad de Suba” (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Javeriana. Suba, Bogotá. Recuperado de <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9636/1/Tesis16-8.pdf>
- Ministerio de Educación (MINEDU, 2013). Escolares se suicidan por bullying en lo que va del año. Recuperado de: <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/sietealumnos-se-suicidaron-bullying-lo-que-va-ano-noticia-1625453>
- Navarro, J. (2017) La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso

- Núñez I. (2016). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. file:///C:/Users/FIORE/Downloads/rie71_2a06%20(1).pdf
- Olivo, D. (2013) Lima. Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4431>
- Quiñones, N. (2016). Relación entre el nivel de estrés y depresión en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la institución educativa particular nuevo Pitágoras, SJL http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6288/2/Qui%C3%B1ones_mn.pdf
- Restrepo, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41 – 48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134222985004>
- ROCHA , M. (1999) Trastorno de Ansiedad y Angustia con Agorafobia, Uruguay, 1999. <http://www.personales/uruguay/montetvideo/servitec/agorafobia.com> ROSE, O. (1999) Superando la Ansiedad de la Prueba, extraído de la red, <http://www.rebt.org,essays8.html>.
- Saad de Janon, E. y Saad de Janon, J. (2003) La depresión y la adolescencia y disfuncionalidad familiar: Un enfoque multidisciplinario. Consultado el 16 de diciembre 2009 en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/13495/>
- Saavedra, J., Paz, V., Vargas, H., Robles, Y., Poma, R., González, S., Zevallos, S., Luna, Y. y Saavedra, C. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1), S1 – 392. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20EESM%20-LM.pdf>
- Obando, R. (2011). Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima. (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1238>
- Valiente, R., Sandin, B., Chorot, P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad I la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7(1) ,61-70. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-200253A3F102-4709-9C17-ADA8-17AD4A9B2445&dsID=PDF>

- Velásquez, C. y Montgomery, W. (2009). Resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria de lima metropolitana con y sin participación en actos violentos. Revista de investigación UNMSM, 12(2), 75 – 87. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3756>.
- Virues, R. (2005) Estudio sobre ansiedad. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://www.psicologiainvestigacion.com>
- Vivar, R. (noviembre, 2011). Dos de cada diez niños sufren ansiedad. Perú 21. Recuperado de <http://peru21.pe/noticia/1332031/dos-cada-diez-ninos-sufren-ansiedad>
- Sausa, M. (06 de Setiembre del 2014). La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida: En nuestro país hay un millón 700 mil personas deprimidas, pero solo el 25% ha recibido atención especializada. Perú21.
Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>Problema principal: ¿Cuál es la relación que existe entre Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo de los estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fannig” Lima, 2018?</p> <p>Problemas secundarios 1. ¿Cuáles son los niveles de Depresión y Ansiedad Estado Rasgo de los estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fannig” Lima, 2018?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre Depresión y Ansiedad Rasgo de los estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fannig” Lima, 2018?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre Depresión y Ansiedad Estado de los</p> | <p>Objetivo general Determinar la relación que existe entre Depresión y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fannig” Lima, 2018.</p> <p>Objetivos específicos 1. Describir los niveles de Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fannig” Lima, 2018. 2. Determinar la relación entre Depresión Estado y Ansiedad Estado en estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fannig” Lima,</p> | <p>HIPÓTESIS GENERAL Existe una relación significativa entre Depresión Estado-Rasgo y Ansiedad Estado-Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS H1 Existe una relación significativa entre Depresión Estado y Ansiedad Estado en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018. H0 No existe una relación significativa entre Depresión Estado y Ansiedad Estado en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018. H2 Existe una relación significativa entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018. H0 No existe una relación significativa entre</p> | <p>Variable Independiente: Depresión Refieren que la depresión genera un desequilibrio psicológico, académico y social en los infantes y adolescentes, caracterizando patrones de irritación, asimismo frustración e ira, afectando, su desarrollo vital. (Papalia, Wendkos y Duskin (2010)</p> <p>Sub-escalas Eutimia La eutimia es el estado de ánimo normal, esto es, situado entre la hipertimia y la distimia o, más radicalmente, entre la manía y la depresión. Es una palabra derivada del griego, "eu" significa correcto, normal o verdadero y "timia" hace referencia al estado</p> | <p>Tipo: Basica Método: No Experimental Diseño: Transaccional- correlacional</p> <p>Instrumentos <u>Inventario de Depresión Estado Rasgo IDER</u> Nombre Original: Stat/Trait Depressin Questionnaire (ST/DEP) Autor: C.D Spielberger. Procedencia: Psybological Assesmente Resources Nombre: Inventario de Depresión Estado-Rasgo Adaptación Española: Gualberto Buela-Casal y Diana Aguelo Velez (2008) Administración: Individual o Colectiva Duración: Entre 7-10 minutos Aplicación: Adolescentes y Adultos. Baremación: Baremos por sexo de adolescentes, universitarios, población general y población clínica. Confiabilidad y Validez : Alfa de Cronbach fue de 0.64 para los hombres y 0.78 para las mujeres, valores aceptables.</p> <p><u>Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)</u> Nombre Original: State-Trit Anxiety</p> | <p>Población: La población de estudio son 400 estudiantes de la I.E.E “Teresa Gonzales de Fanning” Lima, 2018.</p> <p>Muestra: 84 Estudiantes del primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa Gonzalez de Fannig”.Lima, 2018.</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <p>estudiantes del primero y segundo grado del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018?</p> | <p>2018. 3.Describir la relación entre Depresión Estado y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018. 4.Describir la relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Estado en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018. 5.Describir la relación entre Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E “Teresa González de Fanning” Lima, 2018.</p> | <p>Depresión Rasgo y Ansiedad Rasgo en estudiantes de primero y segundo del nivel secundario de la I.E.E Lima, 2018.</p> | <p>Distimia La distimia es una forma leve, pero crónica, de depresión. Los síntomas de la distimia suelen durar al menos dos años, y muchas veces durante mucho más tiempo que eso.</p> <p>Variable Dependiente: Ansiedad La ansiedad es un sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Montelongo, Lar, Morales y Villa señor (2005)</p> <p>Sub-escalas Ansiedad rasgo</p> <p>Denota un característico estilo o tendencia</p> | <p>Inventory Autor: Spielberger, C.D., Gorsuch, RL. Y Lushene, RE. Procedencia: Counseling Psychologist Press, Palo Alto, California Nombre: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) Adaptación Española: Spilberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982) Administración: Individual o Colectiva Formas : Completa y Abreviada Duración: 15 minutos Aplicación: Adolescentes y Adultos. Puntuación: De las dos escalas pueden variar desde 0 hasta 60. Tipificación : Muestras de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadística de grupos Clínicos. Significación : Evaluación de los niveles de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Confiabilidad y Validez : coeficientes ($\alpha = .82$ y $.90$) los cuales son valores consistentes con los reportados en los estudios originales.</p> | |
|--|---|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no.</p> <p>Ansiedad estado Es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo.</p> | |
|--|--|--|--|--|

ANEXO 2: INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO RASGO – IDER

NOMBRE: _____ COLEGIO: _____ GRADO: _____ EDAD: _____

FECHA: ____/____/____

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

| EN ESTE MOMENTO... | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|-------------------------|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento bien | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Estoy apenada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estoy decaída | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estoy animada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento desdichada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estoy hundida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estoy contenta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Estoy triste | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Estoy entusiasmada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me siento enérgica | 1 | 2 | 3 | 4 |

NO SE DETENGA, CONTINUE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

| GENERALMENTE... | Casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--------------------------------------|------------|---------|----------|--------------|
| 11. Disfruto de la vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me siento desgraciada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me siento plena | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me siento dichosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Tengo esperanzas sobre el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Estoy decaída | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. No tengo ganas de nada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Estoy hundida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Estoy triste | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me siento enérgica | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 3: INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

(State-Traiti Anxiety Inventory, STAI)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Colegio _____ Grado _____

1. ANSIEDAD-ESTADO

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno así mismo Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | Nada (0) | Algo (1) | Bastante (3) | Mucho (4) |
|--|-------------|-------------|-----------------|--------------|
| 1.Me siento calmado | | | | |
| 2.Me siento seguro | | | | |
| 3.Estoy tenso | | | | |
| 4. Estoy contrariado | | | | |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto) | | | | |
| 6. Me siento alterado | | | | |
| 7.Estoy preocupado ahora pos posibles desgracias futuras | | | | |
| 8. Me siento descansado | | | | |
| 9. Me siento angustiado | | | | |
| 10. Me siento confortable | | | | |
| 11. Tengo confianza en mí mismo | | | | |
| 12. Me siento nervioso | | | | |
| 13. .Estoy desasosegado | | | | |
| 14. Me siento muy “atado” (como oprimido) | | | | |
| 15. Estoy relajado | | | | |
| 16. Me siento satisfecho | | | | |
| 17. Estoy preocupado | | | | |
| 18.Me siento aturdido y sobreexcitado | | | | |
| 19.Me siento alegre | | | | |
| 20. En este momento me siento bien | | | | |

1.1 ANSIEDAD-RASGO

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno así mismo Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | Nada (0) | Algo (1) | Basta nte (3) | Mucho (4) |
|--|-------------|-------------|---------------------|--------------|
| 21. Me siento calmado | | | | |
| 22. Me canso rápidamente | | | | |
| 23. Siento ganas de llorar | | | | |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros | | | | |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto | | | | |
| 26. Me siento descansado | | | | |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada. | | | | |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | | | | |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | | | |
| 30. Soy feliz | | | | |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente | | | | |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | | | | |
| 33. Me siento seguro | | | | |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades | | | | |
| 35. Me siento triste melancólico | | | | |
| 36. Estoy satisfecho | | | | |
| 37. Me rondan molestan pensamiento sin importancia | | | | |
| 38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos | | | | |
| 39. Soy una persona estable | | | | |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado | | | | |

