Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Psicología
Escuela Profesional de Psicología

Estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Romina Indira MOLINA PINEDO

ASESOR

Dra. Ana Gloria DÍAZ ACOSTA

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Molina, R. (2024). *Estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Romina Indira Molina Pinedo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76528381
URL de ORCID	No aplica
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ana Gloria Díaz Acosta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07940596
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2720-0195
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Alberto Loharte Quintana Peña
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25592284
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Víctor Eusebio Montero López
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06744095
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Susana Consuelo Roggero Rebaza
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40186947
Datos de investigación	

Línea de investigación	B.5.2.1. Promoción y prevención de la salud mental
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria) País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Calle: German Amezaga N°375 Latitud: -12.0561578 Longitud: -77.0888972
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2021 – 2023
URL de disciplinas OCDE	Psicología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, **DECANA DE AMÉRICA)**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Escuela Profesional de Psicología
Calle Germán Amézaga N° 375, Lima (Ciudad Universitaria)
Central Telefónica 6197000, anexo 3213, fax 3209

ACTA

Siendo las 10:00 horas del día 19 de junio del 2024, se dieron cita en el Mini Auditorio del Pabellón de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia del **Mg. ALBERTO LOHARTE QUINTANA PEÑA,** los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y la postulante al Título Profesional de Psicóloga, Bachiller **MOLINA PINEDO, ROMINA INDIRA;** quien a invitación del Presidente expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: **"ESTRÉS PERCIBIDO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19",** al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Finalizando el acto de sustentación, el Presidente del Jurado invitó a la postulante y asistentes a retirarse del recinto para dar inicio a la deliberación evaluativa; a su término cada Miembro del Jurado hizo entrega al Presidente en sobre cerrado sus respectivas calificaciones, habiendo obtenido la postulante al Título Profesional de Psicóloga el promedio de:

17 (diecisiete) Aprobado con mención honrosa.

Seguidamente, el Presidente del Jurado invitó al salón de grados, tanto a la postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia de titulación por la Modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.

Mg. ALBERTO LOHARTE QUINTANA PEÑA
PRESIDENTE

Dra. ANA GLORIA DIAZ ACOSTA
ASESORA

Dr. VÍCTOR MONTERO LÓPEZ
MIEMBRO

Mg. SUSANA CONSUELO ROGGERO REBAZA
MIEMBRO

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Vicerrectorado de Investigación y Posgrado

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Ana Gloria Díaz Acosta en mi condición de asesora acreditado con la Resolución Decanal N° 000001-2024-D-FPSI/UNMSM de la tesis, cuyo título es "Estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19", presentado por la bachiller Romina Indira Molina Pinedo para optar el título de PSICOLOGA, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y deSimilitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según larevisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documentoevaluado cuenta con el porcentaje de 16 % de similitud, nivel **PERMITIDO para** continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesora: UNMSM Firmado digitalmente por DIAZ ACOSTA Ana Gloria FAU 20148682282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 10.05.2024 14:08:23 -05:00

DNI: 07940596

Nombres y apellidos del asesor: Ana Gloria Díaz Acosta

Huella digital

DEDICATORIA

A mi mamá Ernestina, por ser la mujer más fuerte, fuente de mi inspiración y la motivación para superarme cada vez más; por su amor, paciencia y compañía en todo este proceso de mi etapa universitaria.

A mi abuelito Zenobio, que desde el cielo siempre está velando por mí, para poder cumplir la promesa que le hice en vida.

A Luis, por ser la persona quien me trae a la realidad cada vez que lo necesito, por estar ahí conmigo en las buenas y en las malas y por ser la luz al final de todo.

A Scottcito, por llegar a mi vida y completar mi familia, por acompañarme todas las amanecidas y los momentos más difíciles que atravesé durante la universidad.

A Erik Arenas Sierra, ya que con este trabajo siento que él también estaría alcanzando una de sus metas a través de mí; te extraño amigo, siempre te tengo presente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de corazón a Dios por permitirme cumplir mis metas y bendecirme con salud, lo cual ha sido un regalo inmenso en mi vida

A mi familia, por ser el soporte mío y de mi mamá para salir adelante y no rendirnos en el camino, por creer en mí y apoyarme en todo.

A la Dra. Gloria Díaz, quiero expresar mi profundo agradecimiento por su invaluable asesoría, su dedicación como docente, su amistad y su colaboración constante en este proyecto de investigación. Su paciencia, apoyo y valiosos consejos han sido fundamentales en todo el proceso.

A mis respetados profesores, les agradezco por brindarme la oportunidad de desarrollar la aplicación de instrumentos, al permitirme compartir un espacio en sus horas de clases.

A los generosos alumnos que participaron en este estudio de manera voluntaria, les agradezco por dedicar su valioso tiempo y contribuir de manera significativa a este proyecto. Su participación ha sido esencial y de gran valor para mi investigación.

ÍNDICE

RESUMEN ..... **x**

ABSTRACT ..... **xi**

INTRODUCCIÓN **12**

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **15**

1.1. Situación Problemática 15

1.2. Formulación del Problema 18

1.3. Justificación de la Investigación 18

1.3.1 Justificación Teórica 18

1.3.2. Justificación Práctica 19

1.4. Limitaciones de la Investigación 19

1.5. Objetivos 20

1.5.1. Objetivo General 20

1.5.2. Objetivos Específicos 20

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO **21**

2.1. Antecedentes de Investigación 21

2.1.1. Antecedentes Internacionales 21

2.1.2. Antecedente Nacionales 24

2.2. Bases teórica-científicas 27

2.2.1. Estrés 27

2.2.1.1. Definición del Estrés 27

2.2.1.2. Causas del Estrés 28

2.2.1.3. Tipos de Estrés 30

2.2.1.4. Fases del Estrés 31

2.2.1.5. Estrés Percibido 32

2.2.1.6. Síntomas del Estrés Percibido 32
2.2.1.7. Modelo Transaccional del Estrés Percibido 33
2.2.1.8. Dimensiones del Estrés Percibido 35
2.2.1.9. Niveles del Estrés Percibido 35
2.2.1.10. Consecuencias Negativas del Estrés Percibido 36
2.2.2. Depresión 37
2.2.2.1. Definición de la Depresión 37
2.2.2.2. Causas de la Depresión 38
2.2.2.3. Tipos de Depresión 41
2.2.2.4. Sintomatología de la Depresión 42
2.2.2.5. Diferencia entre Sintomatología Depresiva y Diagnóstico de Trastorno Depresivo 43
2.2.2.6. Modelo de Depresión de Beck 44
2.2.2.7. Dimensiones de la Sintomatología Depresiva 45
2.2.2.8. Niveles de Depresión 46
2.2.2.9. Consecuencias Negativas de la Depresión 47
2.2.3. Impacto de la Pandemia en la Salud Mental de Estudiantes Universitarios en Perú 48
2.3. Hipótesis 50
2.3.1. Hipótesis General 50
2.3.2. Hipótesis Específicas 50
2.4. Definición de Términos 51
2.4.1. Estrés 51
2.4.2. Estrés Percibido 51
2.4.3. Depresión 51
2.4.4. Sintomatología Depresiva 52

2.4.5. Pandemia COVID-19 52

4.4.6. Estudiantes Universitarios 52

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 53

3.1. Tipo y Diseño de Investigación 53

3.2 Unidad de Análisis 54

3.3. Participantes del Estudio 55

3.3.1. Población Objetivo 55

3.3.2. Determinación de la Muestra 55

a. Tamaño de la Muestra 55

b. Procedimiento de Muestreo 55

c. Criterios de Selección de la Muestra 55

d. Ubicación espacio temporal 56

e. Descripción de la muestra 56

3.4. Variables de Estudio 59

3.5. Técnicas de recolección de datos 59

3.5.1. Instrumentos 59

i. Estrés Percibido: Escala de Estrés Percibido 59

ii. Sintomatología depresiva: Inventario de Depresión de Beck 61

3.5.2 Técnicas de análisis estadísticos 63

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS 67

4.1. Resultados Descriptivos de la Investigación 67

4.2. Resultados Inferenciales de la Investigación 70

4.3. Resultados Psicométricos de la Investigación 75

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS 78

5.1. Análisis y Discusión de Resultados 78

CONCLUSIONES **81**

RECOMENDACIONES **82**

BIBLIOGRAFÍA **83**

ANEXOS **94**

ANEXO A: Formato de Consentimiento Informado 94

ANEXO B: Operacionalización de Variables 95

ANEXO C: Escala de Estrés Percibido (PSS) – versión completa 14 ítems. 97

ANEXO D: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) 99

ANEXO E: Matriz de Consistencia 104

ANEXO F: Análisis psicométrico de la Escala de Estrés Percibido (PSS) 107

ANEXO G: Análisis psicométrico del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) .. 111

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según el sexo* *57*

Tabla 2: *Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según la edad.* *57*

Tabla 3: *Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de psicología según el año académico.* *58*

Tabla 4*: Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según la escuela académica a la que pertenecen.* *58*

Tabla 5: *Medidas de tendencia central y cuartiles de los puntajes del PSS-14 y el BDI-II de Beck.* *64*

Tabla 6: *Medidas de dispersión de los puntajes del PSS-14 y el BDI-II de Beck.* *65*

Tabla 7: *Prueba de normalidad.* *66*

Tabla 8: *Nivel de estrés percibido según sexo en estudiantes de la facultad de psicología.* *68*

Tabla 9: *Nivel de sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de la facultad de psicología.* *70*

Tabla 10: *Índices de correlación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva.* *71*

Tabla 11: *Índices de correlaciones entre las dimensiones de la sintomatología depresiva y el estrés percibido en estudiantes de psicología.* *72*

Tabla 12: *Índices de correlaciones entre las dimensiones del estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología.* *73*

Tabla 13: *Diferencias según sexo en las variables estrés percibido y sintomatología depresiva.* *75*

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: *Niveles de estrés percibido en estudiantes de la facultad de psicología.* *68*

Figura 2: *Niveles de sintomatología depresiva en estudiantes de la facultad de psicología.* *69*

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia del COVID-19. La muestra fue de 258 estudiantes entre 17 y 28 años. Se empleó el diseño no experimental, transversal, cuantitativo y correlacional. Se recolectaron los datos previo consentimiento informado. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y ficha sociodemográfica. Los resultados señalaron correlación significativa y positiva ($p < 0.05$) entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva; donde el estrés se relaciona de manera significativa y positiva con las dimensiones cognitivo-afectiva y somático-motivacional de la sintomatología depresiva. Esto indica que, a mayor estrés, se presentó incremento en la predisposición a la depresión, impactando en las esperas cognitiva y motivacional de los estudiantes durante la pandemia. Asimismo, se encontró que la depresión se relaciona de manera significativa y positiva con las dimensiones del estrés percibido; es decir, cuando la percepción y capacidad de afrontamiento al estrés percibido disminuye los síntomas depresivos aparecen. Las mujeres presentaron mayor sintomatología depresiva moderada en comparación con los hombres que presentaron depresión leve.

Palabras clave: estrés percibido, sintomatología depresiva, pandemia COVID-19, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between perceived stress and depressive symptomatology in psychology students from a public university during the COVID-19 pandemic. The sample consisted of 258 students aged between 17 and 28 years. A non-experimental, cross-sectional, quantitative, and correlational design was employed. Data were collected following informed consent. The instruments used were the Perceived Stress Scale (PSS-14), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and a sociodemographic questionnaire. The results indicated a significant and positive correlation ($p < 0.05$) between perceived stress and depressive symptomatology, where stress was significantly and positively related to the cognitive-affective and somatic-motivational dimensions of depressive symptomatology. This suggests that higher stress levels were associated with an increase in the predisposition to depression, impacting the cognitive and motivational expectations of students during the pandemic. Additionally, it was found that depression was significantly and positively related to dimensions of perceived stress; that is, when the perception and coping capacity of perceived stress decrease, depressive symptoms appear. Women showed greater moderate depressive symptomatology compared to men, who exhibited mild depression.

Keywords: perceived stress, depressive symptomatology, COVID-19 pandemic, university students.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto global significativo en la salud mental, particularmente en la población estudiantil universitaria, estos jóvenes se han enfrentado a desafíos excepcionales y presiones adicionales que han influido de manera considerable en su bienestar psicológico (Wang, 2020). Además de los rigores académicos habituales, han tenido que lidiar con la interrupción de sus vidas académicas y sociales, así como a la transición repentina a un entorno de aprendizaje en línea. ha provocado un notable incremento en los niveles de estrés experimentado por los estudiantes (Cao et al., 2020).

El estrés percibido, que se refiere a la evaluación subjetiva de las tensiones y presiones en la vida cotidiana, ha suscitado un creciente interés en la población estudiantil debido a su impacto en la salud mental (Huang et al., 2020). Como respuesta al estrés prolongado, los estudiantes pueden experimentar síntomas de depresión, que van más allá de la tristeza ocasional y pueden incluir la pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de impotencia, fatiga y dificultades para concentrarse y que pueden afectar de manera significativa su calidad de vida y su desempeño académico (Salari et al., 2020). Es importante destacar que se ha observado que aspectos como el género, el nivel socioeconómico y la elección de carrera pueden influir en la relación entre el estrés que se siente y los signos de depresión en el contexto universitario (Bayram y Bilgel, 2008).

Según lo mencionado anteriormente, el objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre los niveles de estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. A través de este estudio, se busca ofrecer una comprensión más profunda de cómo estos dos factores se

relacionan en el contexto de la pandemia, lo que podría guiar a las instituciones educativas y profesionales de la salud mental en la implementación de estrategias y apoyos más efectivos.

Con el fin de cumplir con los objetivos del estudio, la información se ha organizado en seis capítulos de la siguiente manera:

El primer capítulo aborda la situación problemática, comenzando desde una perspectiva general y progresando hacia una descripción de la realidad peruana relacionada con el objetivo de la investigación. Esto permite examinar la relación entre el estrés y la depresión en estudiantes universitarios. Además, se realiza la formulación del problema, se establecen los objetivos, se proporciona una justificación tanto teórica como práctica y se identifican las limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se centra en la justificación teórica. Inicia con la revisión de antecedentes a nivel internacional y nacional, abordando temáticas relacionadas con las variables de interés en la investigación actual. Luego, se exploran las bases teórico-científicas del estrés y la depresión, prestando atención al modelo transaccional del estrés y al modelo cognitivo de Beck para la depresión. Además, se presentan las hipótesis del estudio y se detallan los marcos conceptuales de ambas variables.

El tercer capítulo describe la metodología utilizada, incluyendo el tipo y diseño de la investigación, las variables estudiadas, la población y la muestra. Se aborda el tipo de muestreo empleado, se presentan las herramientas empleadas para evaluar las variables y se explica el procedimiento de análisis estadístico.

El cuarto capítulo se destina a la revisión de los resultados. Se comienza por describir las características sociodemográficas de la muestra, seguido de la presentación de los resultados descriptivos que incluyen los niveles de estrés percibido y sintomatología depresiva en los estudiantes de psicología, así como las medidas de tendencia central y dispersión de ambas

variables. Además, se lleva a cabo la verificación de las hipótesis, mostrando las correlaciones encontradas entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva, junto con sus dimensiones correspondientes.

En el penúltimo capítulo, se realiza el análisis crítico, que implica comparar los resultados del estudio actual con investigaciones previas detalladas en la sección de antecedentes y con la literatura revisada en el marco teórico.

Por último, en el sexto capítulo, se presentan las conclusiones derivadas de los resultados del trabajo, así como las recomendaciones para futuras investigaciones que aborden problemáticas similares en estudiantes universitarios.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación Problemática

Las enfermedades infecciosas han sido históricamente responsables de un alto número de defunciones en todo el mundo. Gracias a los avances en farmacología médica, muchas de estas enfermedades han sido controladas, lo que ha contribuido a un aumento significativo en la esperanza de vida de la población. No obstante, este progreso ha dado paso a la aparición de enfermedades crónicas, como por ejemplo la angustia percibida y la manifestación de síntomas depresivos. Un ejemplo reciente y sin precedentes es el síndrome respiratorio agudo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2), conocido como COVID-19, que surgió en Wuhan, China, en diciembre de 2019 (Chen et al., 2020). Este virus se propagó a nivel global, generando un impacto sin precedentes en la salud pública, con un elevado número de víctimas mortales en todas las latitudes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En esta perspectiva, el Perú no quedó exento de experimentar los efectos adversos de esta pandemia. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se implementaron de inmediato las medidas de precaución de emergencia que se decretaron en marzo de 2020, que más tarde llevaron al confinamiento obligatorio. Es relevante mencionar que, en Perú, la pandemia comenzó con la confirmación del primer caso el 6 de marzo de 2020. La propagación a nivel nacional fue rápida, y según los informes del Ministerio de Salud [MINSA] (2023), se registraron 4.48 millones de casos confirmados y 219 mil fallecidos. Según Pedraz et al. (2021) estas circunstancias han tenido un impacto significativo en las rutinas y actividades cotidianas de la población. Se anticipa que las

restricciones de movilidad, los desafíos económicos, los problemas laborales y el temor a contagiarse, entre otros factores, generarán un impacto emocional negativo que podría tener graves repercusiones en la salud mental de la población. En este contexto específico, debido a la inclinación negativa de las personas hacia eventos vitales adversos al considerar las causas y consecuencias de situaciones estresantes, existe la posibilidad de que esto esté relacionado con un mayor riesgo de depresión, como argumentaron Abramson y Metalsky (1989).

El aislamiento social de los habitantes mantenido largamente en el Perú, aunado a la saturación de la información en los medios de comunicación que día a día reportaban los casos detectados, los fallecidos, entre otros; la pérdida de trabajo en muchos hogares por el cierre de negocios, la imposibilidad del trabajo ambulatorio y el despido masivo de trabajadores de las grandes empresas, así como las limitaciones para la movilización, preocupación por la falta de suministros y la falta de dinero para cubrir múltiples necesidades (Brooks et al., 2020) generaron no solamente un impacto económico en los hogares sino también afectaron la vida emocional de las personas, conllevando así a consecuencias graves para la salud mental de la población peruana. Dicho impacto psicológico es caracterizado por el estrés, desesperanza, incertidumbre, desasosiego, indefensión, niveles de ansiedad y depresión elevados, frustración, ira, fácil irritabilidad, hostilidad, intolerancia, violencia familiar, violencia de pareja produciendo cargas tensionales de zozobra y temor en un número importante de la población.

Uno de los grupos etarios más vulnerables se encuentran los estudiantes universitarios, cuyos familiares en su mayoría se encuentran dentro de la población más vulnerable y con ello la pérdida de la economía suficiente para el hogar, por lo que el estudiante se ha visto obligado a asumir responsabilidades económicas en detrimento de las horas de estudio dedicadas a su carga académica; circunstancia que provoca impacto en su esfera emocional, asimismo las horas dedicadas a su descanso fueron disminuidas, con repercusiones en su rendimiento académico y en

su estado de salud psicológica. Asimismo, debido a la suspensión de clases presenciales y prácticamente viéndose obligada la población a adaptarse a condiciones inusuales y limitaciones en la modalidad de la enseñanza que pasa súbitamente de la presencialidad a un sistema virtual, al cual el estudiante tiene que adaptarse e incorporarse activamente para mantener su rendimiento académico.

En este sentido UNICEF (2021) sostiene que la pandemia trae consigo condiciones particularmente duras para los jóvenes porque supone la pérdida de vivencias inherentes a esta etapa de la vida (institución educativa, amigos, reuniones, grupos de estudios, entre otros). En el caso de Perú, los universitarios han sido afectados por la ruptura de su cotidianeidad con el cierre total de la presencialidad en las universidades, la disminución de la relación con sus pares, así como los nuevos desafíos académicos, tecnológicos y emocionales y también la convivencia permanente en el aislamiento social, todo ello en conjunto ha propiciado un aumento en los niveles de depresión, estrés y ansiedad para los jóvenes (UNICEF, 2022). Considerando la importancia de integrar las políticas públicas nacionales en el marco de la investigación sobre salud mental durante la pandemia de COVID-19, es esencial destacar la relevancia de la depresión como un problema de salud pública reconocido por los modelos nacionales proyectados al 2030. El Plan Nacional de Salud Mental al 2030 del Ministerio de Salud del Perú identifica a la depresión como uno de los principales trastornos mentales a abordar en el país (Ministerio de Salud, 2020). Este plan establece estrategias específicas para la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de la depresión, con el objetivo de mejorar la salud mental y el bienestar de la población peruana. Al considerar estas políticas públicas en la investigación, se fortalece la vinculación entre las variables estudiadas y su contexto nacional, contribuyendo a la promoción de intervenciones efectivas para abordar las consecuencias del estrés percibido y la sintomatología depresiva en los estudiantes universitarios durante la pandemia.

El estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, representa un problema importante que requiere atención urgente debido a sus implicaciones en el bienestar académico y personal de los estudiantes. Sin embargo, la falta de información precisa y consistente sobre esta relación específica dificulta la comprensión de su alcance y consecuencias. Los estudios previos sobre este tema son escasos o no se centran en el contexto académico peruano, lo que impide obtener una visión clara de cómo el estrés percibido y la depresión afectan a los estudiantes de psicología en este entorno particular. Además, la poca disponibilidad de investigaciones longitudinales limita nuestra capacidad para establecer una relación causal entre ambos fenómenos. Esta carencia de datos confiables y actualizados obstaculiza el desarrollo de estrategias y políticas efectivas para abordar la salud mental de los estudiantes, subrayando la necesidad de un estudio exhaustivo que analice esta problemática en profundidad.

Dado lo expuesto previamente, el objetivo principal de este trabajo es abordar la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID - 19?

1.3. Justificación de la Investigación

1.3.1 Justificación Teórica

La presente investigación ofrece aportes al conocimiento científico referente al estrés. Su contribución teórica proviene del análisis empírico de los resultados obtenidos en la medida en que las personas consideran estresantes las condiciones de vida como consecuencia de la pandemia de

COVID-19 en estudiantes universitarios de la facultad de psicología. Se analizan las dimensiones percepción y capacidad de afrontamiento del estrés percibido.

De igual forma, a nivel teórico, se aborda la sintomatología depresiva en sus dimensiones cognitivo-afectivo y somático-motivacional, con el propósito de conocer y precisar las características de esta variable en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19.

Los resultados de la investigación permiten comprender en qué medida las situaciones son percibidas como estresantes y determinar la sintomatología depresiva que acompaña a los estudiantes de la facultad de psicología durante la pandemia de COVID-19.

1.3.2. Justificación Práctica

Asimismo, los resultados de la presente investigación conducirán a la elaboración de programas de intervención orientados hacia estrategias de afrontamiento efectivas en la población estudiada, tanto durante como después de la pandemia de COVID-19. Además, se dispondrá de instrumentos con validez y confiabilidad que podrán ser utilizados en muestras similares. Asimismo, los resultados hallados podrían servir de incentivo para la continuación del desarrollo de otras investigaciones que aborden problemáticas similares.

1.4. Limitaciones de la Investigación

El estudio presenta una limitación primordial que es la elección de la muestra de investigación que se realizó mediante una técnica no probabilística y se limitó únicamente a estudiantes de psicología de una universidad pública en Lima. Por lo tanto, los resultados de este estudio no pueden extrapolarse a otras poblaciones.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19.

1.5.2. Objetivos Específicos

Determinar la relación entre el estrés percibido y la dimensión *cognitivo – afectivo de la sintomatología depresiva*.

Determinar la relación entre el estrés percibido y la dimensión *somático – motivacional de la sintomatología depresiva*.

Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la dimensión *percepción del estrés percibido*.

Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la dimensión *capacidad de afrontamiento del estrés percibido*.

Determinar si existen diferencias en el estrés percibido y la sintomatología depresiva según sexo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigación

Se presenta a continuación un compendio de estudios actuales relevantes para el tema en cuestión, organizados según su ubicación geográfica, comenzando con investigaciones a nivel internacional y posteriormente aquellas llevadas a cabo en el territorio peruano.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Chiappelli et al. (2021), se propusieron examinar la conexión entre eventos vitales estresantes y la apertura a nuevas experiencias, con un enfoque en su relevancia para la depresión. Este estudio se llevó a cabo en poblaciones rurales con un alto grado de impacto social y ambiental, con la participación de 531 sujetos. En el marco de la investigación, se emplearon varios instrumentos, incluyendo el Inventario de Personalidad NEO, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión Estado y Rasgo de Maryland, así como un cuestionario para evaluar factores estresantes de la vida y pruebas cognitivas. Los resultados revelaron una correlación significativa entre los eventos vitales estresantes y la apertura a nuevas experiencias. Además, se encontró que los participantes con antecedentes de depresión presentaban niveles más elevados de apertura a nuevas experiencias. Esta apertura se asoció con la inteligencia general, pero no con la velocidad de procesamiento o la memoria de trabajo. De manera relevante, se observó que la apertura a nuevas experiencias desempeñaba un papel como mediador parcial en la relación entre los eventos estresantes y la depresión.

Husky et al. (2021), se centraron en examinar cómo el historial de depresión afectó la experiencia de estrés y ansiedad durante el confinamiento obligatorio por COVID-19 entre estudiantes universitarios en Francia. En total, participaron 291 individuos mayores de 18 años en este estudio. Para llevar a cabo la investigación, se implementó una encuesta que abarcaba preguntas relacionadas con datos sociodemográficos, bienestar emocional, acceso a atención de salud mental, características de personalidad y expectativas académicas. Además, se utilizaron instrumentos como la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el instrumento de Iniciativa de Encuestas de Salud Mental Mundial (WMH). Los resultados demostraron que los estudiantes con antecedentes de depresión previa experimentaron niveles más elevados de ansiedad y estrés durante el confinamiento en comparación con aquellos sin historial de depresión. Asimismo, se observó que la depresión previa estaba relacionada con distintas formas de estrés, incluyendo el estrés general, estrés financiero, estrés familiar, estrés laboral y estrés relacionado con seres queridos. Además, se confirmó que la depresión previa estaba significativamente relacionada con una mayor probabilidad de experimentar niveles más altos de ansiedad y estrés durante el confinamiento debido a la pandemia.

Velasco et al., (2021), llevaron a cabo un estudio que exploró el estrés percibido relacionado con la pandemia de COVID-19 en estudiantes, profesores de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil y profesionales de la salud. Utilizaron la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) en su investigación. Los resultados revelaron que un 13% de los encuestados experimentaron niveles elevados de estrés percibido. El análisis demostró que varias variables, como el género, tener un familiar con enfermedades crónicas, contar con un familiar diagnosticado con COVID-19 y haber tenido familiares que fallecieron debido al COVID-19, influyeron significativamente en los niveles de estrés percibido. Se observó que los hombres presentaban menos estrés en comparación con las mujeres. Además, se identificó un aumento en los niveles de

estrés en las personas con familiares que padecían enfermedades crónicas, quienes también mostraron síntomas de ansiedad, depresión y miedo. Esto podría deberse a su mayor vulnerabilidad a la infección por el virus, especialmente si habían experimentado la pérdida de un ser querido debido al COVID-19. Este duelo prolongado dificultaba la recuperación de su bienestar emocional.

Carballo et al. (2020), se enfocaron en evaluar los niveles de estrés académico y depresión mental en estudiantes de primer año de medicina. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron varios instrumentos de evaluación psicológica. De acuerdo con los resultados, se encontró que el 75,73 % de los estudiantes tenían edades comprendidas entre los 18 y 19 años, y de este grupo, 153 eran mujeres. El 63,11 % de los estudiantes presentaban niveles de estrés excesivos, mientras que el 56,8 % mostraba síntomas de estrés patológico. Además, el 54,85 % tenía un nivel de depresión moderado. Se observó que el 57,69 % de aquellos que experimentaban un estrés excesivo también presentaba niveles medios de depresión. Estos hallazgos sugieren que las dificultades para hacer frente a los desafíos académicos y personales influyeron significativamente en el desarrollo de la depresión en los estudiantes.

Gavurova et al. (2020), se centraron en investigar la relación entre el estrés percibido, la depresión y los trastornos por consumo de alcohol en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19, con un enfoque en la dimensión socioeconómica. El objetivo principal de la investigación fue analizar cómo el estrés percibido afecta a la depresión y, a su vez, cómo la depresión influye en la aparición de trastornos por consumo de alcohol en 1523 estudiantes universitarios eslovacos. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron tres herramientas de evaluación: la Escala de Estrés Percibido, el Cuestionario de Salud del Paciente para la Depresión y la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol. Los resultados del estudio revelaron que la muestra evaluada mostraba niveles más elevados de estrés percibido y que este estrés percibido se relacionaba de manera positiva con la depresión en estudiantes universitarios.

Además, se observó que la depresión desempeñaba un papel mediador en la relación entre el estrés percibido y el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol.

Xiong et al. (2020), se enfocaron en investigar de manera sistemática el efecto de la pandemia por COVID-19 en el bienestar psicológico de la población en general mediante una revisión exhaustiva. Su objetivo principal fue resumir la literatura disponible que describiera los efectos psicológicos del COVID-19 en la población en general, y también identificar los factores de riesgo asociados. Para lograr esto, llevaron a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Embase, Medline, Web of Science y Scopus. Además, llevaron a cabo una exploración manual en Google Scholar con el fin de descubrir investigaciones potencialmente pertinentes. Los resultados del estudio mostraron que, en poblaciones generales de varios países, incluyendo Italia, España, China, Estados Unidos, Irán, Turquía, Dinamarca y Nepal, la mayor parte de la población sufrió síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, angustia psicológica y estrés debido a la pandemia de COVID-19. Asimismo, se observó que ciertos grupos de personas presentaban un mayor riesgo de experimentar niveles elevados de angustia psicológica en relación con la pandemia, incluyendo a las mujeres, las personas menores de 40 años, aquellos con enfermedades crónicas o trastornos psiquiátricos, las personas desempleadas, estudiantes y aquellos que estaban expuestos frecuentemente a las plataformas sociales o información sobre el COVID-19.

2.1.2. Antecedente Nacionales

Leiva et al. (2022) se enfocó en establecer la correlación entre la ansiedad y la depresión en alumnos de medicina. Para llevar a cabo la investigación, se emplearon dos instrumentos de evaluación: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y los datos se recopilaron a través de Google Forms. Los hallazgos indicaron que algún nivel de

ansiedad se experimentó en el 85.46% de los estudiantes de medicina, mientras que un grado de depresión se manifestó en el 50%. Estas condiciones fueron más comunes en el género femenino, en aquellos con un nivel socioeconómico bajo y en los estudiantes que estaban cursando materias clínicas. Además, se identificó una correlación estadísticamente relevante entre la ansiedad y la depresión (p: 0.038), así como entre un estatus socioeconómico bajo y la depresión (p: 0.004). Sin embargo, no se observó una relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la depresión, ni entre la matrícula en materias de preclínica y la depresión. Se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión, así como entre el nivel socioeconómico bajo y la depresión en estudiantes de medicina.

Masias (2022) investigó la conexión entre los aspectos de la personalidad y la depresión en educandos de psicología en Cusco. Para llevar a cabo la investigación, se utilizaron el Inventario de Personalidad de Eysenck y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados del estudio sugieren que hay una relación moderada y directa entre la dimensión de neuroticismo en la personalidad y la presencia de síntomas depresivos, lo que sugiere que niveles más altos de neuroticismo se asocian con una mayor probabilidad de experimentar depresión. Por otro lado, se identificó una relación leve y negativa entre la característica de extraversión y los niveles de depresión en los estudiantes, lo que implica que mayores niveles de extraversión se relacionan con una menor probabilidad de padecer depresión. Además, se observó que la asociación entre la faceta "Neuroticismo" y la tristeza se mantenía directa en relación del sexo y el año de estudios. Por otro lado, la relación entre la dimensión "Extraversión" y la depresión variaba según el sexo, siendo inversa o poco significativa. En otros aspectos, no se identificaron correlaciones significativas. Estos hallazgos sugieren que abordar el neuroticismo puede ser una estrategia apropiada para evitar la depresión, especialmente en campos donde el equilibrio emocional es una característica esencial del conjunto de habilidades y competencias laborales.

Estrada, Mamani, Gallegos, Mamani y Zuloaga (2021), investigaron el estrés académico en estudiantes universitarios peruanos durante la pandemia del COVID-19. El objetivo principal del estudio fue determinar la frecuencia de estrés académico en estudiantes de la carrera de educación en este contexto. Para llevar a cabo esta investigación, se emplearon una ficha sociodemográfica y el Inventario SISCO de estrés académico como parte de un enfoque correlacional en un grupo de 172 estudiantes. Los resultados revelaron que la mayoría de los estudiantes presentaban niveles elevados de estrés académico, y este estrés se relacionaba de manera significativa con variables como el género, el rango de edad y el nivel de avance en la carrera. Específicamente, se observó que las mujeres experimentaban niveles más altos de presión en el ámbito educativo. Los individuos menores de 26 años mostraban tanto niveles elevados como moderados de estrés académico, y, por último, se encontró que aquellos que estaban cursando desde el primer hasta el último año de sus estudios también experimentaban niveles elevados de estrés académico.

Guzmán y Reyes (2018), validaron la Escala de Percepción Global de Estrés en una muestra de universitarios peruanos que formaban parte de un programa nacional de becas. Los resultados demográficos arrojaron que las mujeres tenían una presencia mayor de estrés percibido a los registrados por los hombres. Sin embargo, no se detectaron discrepancias de importancia en cuanto al estrés y el lugar de procedencia de los estudiantes. Estos resultados podrían estar relacionados con la dificultad que experimentan las mujeres para encontrar recursos personales que les permitan manejar la amenaza que perciben en su entorno. Esto se vincula con la teoría del modelo transaccional del estrés, que sugiere que la evaluación secundaria debería explorar si la incapacidad de acceder a recursos adecuados se debe a problemas de naturaleza social, material, psicológica o física.

Chau y Vilela (2017), estudiaron los factores que influyen en la salud mental de estudiantes universitarios en las ciudades de Lima y Huánuco. Su objetivo principal fue identificar las variables

psicológicas que pueden predecir la salud mental en una muestra de 1024 estudiantes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 17 y 28 años. En la investigación se emplearon múltiples herramientas de evaluación, incluyendo la escala de autoconfianza general, el formulario de evaluación de afrontamiento, el cuestionario sobre experiencias académicas, la escala de percepción de estrés y el cuestionario de salud SF 36. Los hallazgos del estudio señalaron que tanto la tensión, la dimensión del afrontamiento de evitación y las interacciones en el ámbito interpersonal tenían la capacidad de prever el bienestar psicológico de los estudiantes. Además, se observó que el estrés desempeñaba un papel intermediario en la conexión entre la estrategia de afrontamiento evitativa y el bienestar emocional.

2.2. Bases teórica-científicas

2.2.1. Estrés

2.2.1.1. Definición del Estrés

Existen diversas definiciones del estrés según distintos autores y disciplinas, por ejemplo, según Selye (1976) el estrés es una respuesta inespecífica del cuerpo ante cualquier demanda, ya sea física o psicológica y puede tener consecuencias tanto positivas como negativas para la salud y el bienestar de la persona, dependiendo de la intensidad, duración y capacidad de adaptación del organismo a dicha demanda.

Para Lazarus y Folkman (1984), esta tensión mental es un proceso que involucra la valoración cognitiva de un escenario como amenazante y la evaluación de los medios disponibles para afrontar la circunstancia. Es decir, el estrés no es solo una respuesta automática del cuerpo ante un estímulo estresante, sino que también implica la percepción y la interpretación subjetiva de la situación además de cómo cree que puede manejarlo. Esta perspectiva se conoce como el modelo

transaccional del estrés, que destaca la interacción entre la persona y su entorno en el proceso de estrés.

De acuerdo con Sandín (2003), el estrés se refiere a un proceso psicofisiológico donde el organismo se activa en respuesta a una demanda o estímulo estresante. Este proceso puede tener efectos tanto positivos, como la motivación y la adaptación a situaciones difíciles, pero que también puede ser perjudicial en la salud y bienestar de la persona cuando es excesivo o prolongado. Asimismo, destaca la importancia de la respuesta fisiológica del cuerpo ante situaciones estresantes, pero también hace referencia a la dimensión psicológica y subjetiva del estrés, al señalar que se produce cuando se perturba el equilibrio o la adaptación del individuo al entorno (Sandín, 1999).

Según la definición de McEwen y Lasley (2002), el estrés se describe como una respuesta compleja y adaptable del cuerpo a situaciones que representan un desafío, es decir que involucra la activación de varios sistemas fisiológicos, endocrinos e inmunológicos para mantener la homeostasis del cuerpo.

La American Psychological Association [APA] (2013), define el estrés como una respuesta emocional, fisiológica y conductual frente a circunstancias que son percibidas como amenazantes, exigentes o retadoras para la persona. Esta respuesta se caracteriza por la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de hormonas del estrés, lo que puede tener efectos tanto positivos como negativos en la salud.

2.2.1.2. Causas del Estrés

El estrés puede estar asociado con diversos problemas de bienestar, como la melancolía, los trastornos alimentarios, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y sustancias estupefacientes, dificultades en el trabajo, la escuela o en las relaciones conyugales, muchas de estas cuestiones son

las causas del estrés. Y aunque el estrés es una reacción innata y esencial para la supervivencia, cuando se convierte en una condición persistente o desmedida, puede acarrear consecuencias adversas para el bienestar corporal y psicológico. Por esta razón, es importante entender los motivos del estrés con el propósito de poder prevenirlo y manejarlo de manera efectiva, asimismo cabe destacar que estos factores no siempre actúan de manera aislada y pueden interactuar entre sí para influir en la experiencia del estrés.

Diferentes autores han propuesto distintas clasificaciones de las causas del estrés, pero una de las más comunes divide las causas en biológicas, psicosociales y de personalidad.

- **Factores biológicos:** La manera en que las personas afrontan el estrés puede ser influenciada por factores como la genética, la salud física y la edad, ya que la reacción frente al estrés está regulada por el sistema nervioso y endocrino. Esto significa que estos sistemas pueden influir en cómo el cuerpo y la mente reaccionan ante situaciones estresantes y pueden afectar la capacidad de una persona para hacer frente al estrés de manera efectiva (McEwen, 2017).
- **Factores psicosociales:** Las creencias, actitudes, percepciones y pensamientos influyen en la respuesta emocional y conductual ante una situación estresante (Lazarus y Folkman, 1984). Asimismo, la cultura y el contexto social también pueden influir en la manera en que las personas interpretan y manejan el estrés (Berry y Sam, 1997) . Por lo tanto, factores psicosociales como el estrés laboral, académico y las relaciones interpersonales estresantes, así como el apoyo social y el estatus socioeconómico (Cohen y Wills, 1985), es posible que generen un impacto significativo en el bienestar emocional y corporal debido a su relevancia en la experiencia del estrés, tal como lo han mencionado autores como Lazarus y Folkman. Por otro lado, cabe resaltar que el modo de enfrentar y la habilidad para gestionar las emociones son importantes para manejar el estrés (Gross y John, 2003).

- **Factores de personalidad:** El estrés proviene de la dinámica interna del individuo, su percepción de sí mismo y el significado que le atribuye a las circunstancias estresantes. Como resultado, algunas personalidades pueden ser más susceptibles al estrés que otras. En un estudio, Costa y McCrae (1980) descubrieron que las personas con rasgos neuróticos son más propensas a experimentar estrés y menos bienestar subjetivo, lo que sugiere que la personalidad puede influir en cómo las personas experimentan el estrés y cómo lo manejan. Por otro lado, Rottenberg et al. (2005) descubrieron que las personas con trastorno depresivo mayor son menos sensibles a los contextos emocionales, lo que puede aumentar su vulnerabilidad al estrés.

2.2.1.3. Tipos de Estrés

Los investigadores han propuesto diversas clasificaciones para entender mejor los diferentes tipos de estrés. En lugar de utilizar una clasificación de estrés positivo y negativo, algunos investigadores prefieren categorizar el estrés según su duración (ya sea agudo o crónico) o por su origen, ya sea físico o psicológico.

El estrés también se puede clasificar según García (2012), en estrés físico, que es la respuesta del cuerpo ante situaciones peligrosas o amenazantes, que desencadena la respuesta de lucha o huida y se caracteriza por la liberación de hormonas como el cortisol y la adrenalina; y el estrés psicológico, que lo describe como una respuesta emocional ante situaciones que se perciben como amenazantes o desafiantes, ya sean reales o imaginarias, y que pueden afectar el bienestar mental y emocional del individuo.

Otra clasificación, es la de Barradas (2018), quien señala que el estrés puede ser clasificado en diferentes categorías dependiendo de su intensidad y duración, lo cual es relevante para comprender los efectos a largo plazo que el estrés puede tener en la salud tanto mental como física. De acuerdo con lo mencionado, entre los tipos de estrés se encuentran: (a) el estrés agudo, el cual

es una reacción inmediata ante una situación estresante; (b) el estrés crónico, que surge como respuesta prolongada a situaciones estresantes continuas; y (c) el estrés traumático, que se manifiesta como respuesta a una experiencia traumática, como puede ser un evento violento, un desastre natural o un accidente grave.

2.2.1.4. Fases del Estrés

Selye (1976) propone su teoría del "síndrome general de adaptación", en la que describe las tres fases del estrés que se producen en respuesta a los estresores ambientales. Estas fases son: (a) Fase de Alarma, también conocida como "shock" o "etapa de reacción", es la primera fase de la respuesta al estrés. Ocurre cuando un organismo se enfrenta a un estresor y sufre una reacción inicial. Durante esta fase, el cuerpo activa la respuesta de "lucha o huida", que implica la liberación de hormonas como la adrenalina y la noradrenalina, preparando al organismo para enfrentar la amenaza o huir de ella. (b) Fase de Resistencia, si el estresor persiste y el organismo no logra eliminarlo o escapar de él en la fase de alarma, ingresa en la etapa de resistencia. Durante esta fase, el organismo intenta ajustarse a la tensión constante y se produce una mayor secreción de hormonas del estrés, como el cortisol. El organismo intenta mantener su respuesta a largo plazo para hacer frente al estrés. (c) Etapa de desgaste, si el estrés continúa en el transcurso de un período prolongado y los medios del organismo se consumen por completo, entra en la fase de agotamiento. En esta etapa, el cuerpo ya no puede sostener la reacción al estrés y sus sistemas se vuelven disfuncionales. Se puede producir una extenuación corporal y psicológica, aumentando la probabilidad de padecimiento de afecciones y trastornos.

Estas tres fases representan el proceso general que atraviesa el organismo cuando se enfrenta a un estresor. La teoría de Selye ha sido fundamental para comprender cómo el estrés

afecta al cuerpo y ha sido ampliamente reconocida en el campo de la investigación sobre el estrés y la salud.

2.2.1.5. Estrés Percibido

El concepto de "estrés percibido" es introducido en el estudio de Cohen et al. (1983), en el cual se refiere a cómo una persona interpreta y evalúa las demandas y desafíos que experimenta en su rutina diaria en términos de si los considera como amenazas o como oportunidades para superarse. En dicha investigación, se ha centrado en cómo el estrés percibido, puede afectar la función del sistema inmunológico y la susceptibilidad a enfermedades. Asimismo, ha encontrado evidencia de que los individuos que perciben un elevado grado de estrés en sus vidas pueden ser más vulnerables a infecciones y enfermedades, en parte debido a cómo el estrés puede suprimir la función inmunológica.

2.2.1.6. Síntomas del Estrés Percibido

En el plano físico, quienes experimentan estrés percibido pueden sufrir de tensión muscular, lo que a menudo se manifiesta como dolores de cabeza y malestar gastrointestinal, como dolor de estómago. La fatiga y el agotamiento también son comunes, junto con dificultades para conciliar el sueño o insomnio (McEwen, 2008).

Desde un punto de vista emocional, el estrés percibido puede dar lugar a una variedad de respuestas. La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes, acompañada de irritabilidad, tristeza y frustración. Los cambios en el estado de ánimo pueden ser notorios y las personas pueden sentirse abrumadas por una gama de emociones (Kessler et al., 2005).

A nivel cognitivo, quienes enfrentan estrés percibido pueden experimentar dificultades para

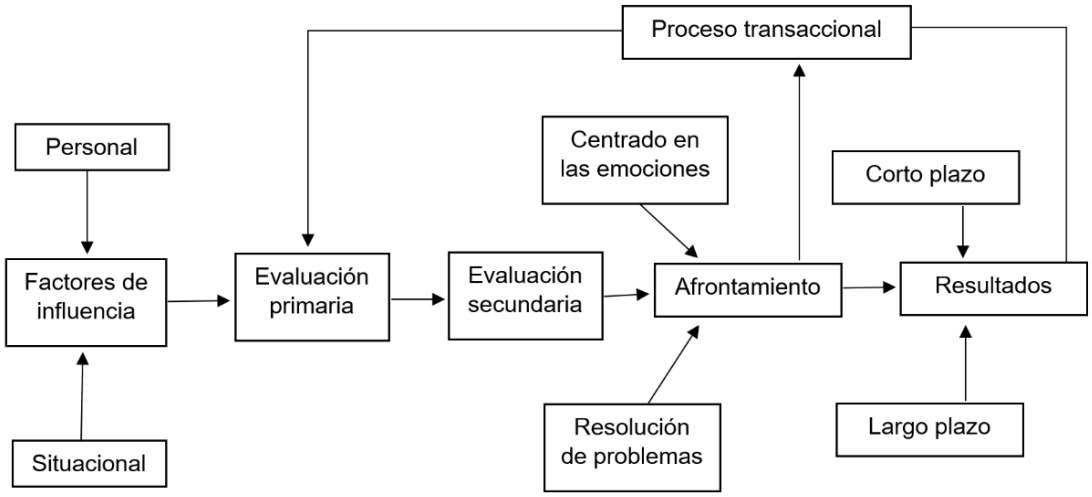
concentrarse. La pérdida de memoria a corto plazo y pensamientos acelerados son síntomas comunes. También es frecuente la preocupación constante o la rumiación de pensamientos negativos (Lupien et al., 2009).

En cuanto a comportamientos, el estrés percibido puede influir de manera notoria. Cambios en los hábitos alimenticios, como comer en exceso o falta de apetito, son comunes. El aumento en el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco puede ser una respuesta al estrés. Además, es posible que las personas tiendan a evitar situaciones sociales y experimenten dificultades en sus relaciones interpersonales (S. Cohen et al., 1983).

Estos síntomas del estrés percibido pueden variar en intensidad y duración según la persona y la situación de estrés. Además, el estrés percibido crónico o prolongado puede contribuir a problemas de salud más graves a largo plazo.

2.2.1.7. Modelo Transaccional del Estrés Percibido

El modelo transaccional del estrés, desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), ofrece una perspectiva fundamental para comprender cómo las personas experimentan y manejan el estrés en su vida cotidiana. Este modelo se centra en la idea de que el estrés es una relación dinámica entre el individuo y su entorno, y que la percepción y evaluación subjetiva de los eventos estresantes desempeñan un papel crucial en la experiencia de estrés.



Modelo transaccional de estrés/afrontamiento basado en la teoría desarrollada por Lazarus y Folkman (1984).

En su formulación, el modelo se divide en varias etapas. En la primera etapa, conocida como evaluación primaria, el individuo evalúa si un evento o situación es relevante para sus metas, valores y bienestar. Esto se clasifica en tres categorías: eventos irrelevantes, eventos percibidos como positivos y eventos que se consideran estresantes debido a su amenaza o perjuicio percibido.

Si un evento se evalúa como estresante en la evaluación primaria, se procede a la segunda etapa, la evaluación secundaria. En esta fase, la persona evalúa sus recursos y habilidades para enfrentar la situación estresante, incluyendo su percepción de control sobre la misma.

Luego, en la tercera etapa, se seleccionan técnicas de manejo para lidiar con el estrés. Estas estrategias pueden ser activas, como buscar soluciones, o emocionales, como la regulación de las emociones.

Finalmente, las estrategias de afrontamiento elegidas pueden llevar a diferentes resultados, que varían según la percepción de control y la eficacia de las estrategias utilizadas. Estos resultados pueden incluir la adaptación al estrés o la aparición de problemas de salud.

2.2.1.8. Dimensiones del Estrés Percibido

Según Cohen et al. (1983), las dimensiones de la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale o PSS-14) en su versión original en inglés se conocen como "Perceived Helplessness" (Percepción de Impotencia) y "Perceived Self-Efficacy" (Percepción de Autoeficacia):

- *Percepción de Estrés (Perceived Helplessness):* Esta dimensión se refiere a la percepción de una persona de que las situaciones en su vida son impredecibles, incontrolables y sobrecargantes. Evalúa cómo las personas perciben la magnitud de las demandas y desafíos en su vida.
- *Capacidad de Afrontamiento (Perceived Self-Efficacy):* Esta dimensión guarda correlación con el punto de vista de una persona sobre su capacidad para hacer frente al estrés. Evalúa si la persona siente que puede manejar y controlar las dificultades y desafíos en su vida.

Estas dimensiones reflejan cómo las personas perciben y evalúan las situaciones estresantes en sus vidas en términos de estrés y su confianza en su capacidad para hacerles frente. Esta escala se desarrolló como una medida para cuantificar estas percepciones subjetivas de estrés y ha sido ampliamente utilizada en la investigación y la práctica clínica, ayudando a destacar que el estrés no es solo una cuestión de eventos externos objetivos, sino que depende en gran medida de cómo las personas interpretan y evalúan esas situaciones.

2.2.1.9. Niveles del Estrés Percibido

En el libro de Bosqued (2004), el psiquiatra norteamericano Robert J. Amberg expuso la existencia de seis niveles o grados de estrés: (a) El estrés leve de grado uno, que permite aumentar la actividad para mejorar el rendimiento en una tarea determinada, será positivo siempre y cuando no se mantenga por un largo período de tiempo; (b) Grado dos, que hace mención a la presencia de

manifestaciones tempranas alarmantes como palpitaciones, fatiga y dificultad para relajarse; (c) En el tercer grado, los síntomas mencionados anteriormente se intensifican y se acompañan de trastornos del sueño y una sensación de cansancio persistente; (d) En el cuarto grado, es difícil completar un día de trabajo, lo que reduce la capacidad para concentrarse y resolver problemas; (e) En el grado cinco, las personas experimentan dificultades para realizar tareas básicas debido a la fatiga; (f) por ultimo los síntomas de grado seis son graves ya que dificultan realizar cualquier actividad.

2.2.1.10. Consecuencias Negativas del Estrés Percibido

Durante la pandemia de COVID-19, los estudiantes universitarios experimentaron un aumento significativo en los niveles de ansiedad y depresión. La incertidumbre que rodeaba a la situación y las alteraciones súbitas en la rutina diaria contribuyeron a un mayor estrés percibido (Kecojevic et al., 2020). Además, para aquellos que ya lidiaban con desafíos de bienestar psicológico, la pandemia pudo haber agravado aún más sus condiciones preexistentes (Aucejo et al., 2020).

La transición abrupta al aprendizaje en línea interrumpió significativamente la experiencia académica de los estudiantes universitarios. Mantener la concentración y la motivación en un entorno de aprendizaje a distancia se convirtió en un desafío (Son et al., 2020). La falta de recursos, el estrés y las distracciones resultaron en una reducción del rendimiento académico para muchos estudiantes (Rajhans et al., 2020).

El distanciamiento social y la cuarentena resultaron en una reducción significativa de las interacciones sociales y la vida social de los estudiantes universitarios. Esta situación generó sentimientos de soledad y aislamiento, lo que tuvo un efecto desfavorable en el bienestar emocional y la salud psicológica (González-Sanguino et al., 2020).

La pandemia también alteró las costumbres cotidianas de los estudiantes universitarios. Se observaron cambios en las rutinas de descanso y nutrición, además de una reducción en la actividad física. Asimismo, hubo un aumento en el uso de sustancias como el consumo de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar tabaco (Pieh et al., 2020).

La incertidumbre económica y las preocupaciones sobre las perspectivas laborales y el futuro profesional fueron fuentes adicionales de estrés para los estudiantes universitarios. La preocupación por el mercado laboral y las perspectivas futuras añadió una carga adicional a su estrés percibido (Cao et al., 2020).

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definición de la Depresión

La depresión según Beck (1967), es una enfermedad que abarca una profunda tristeza, la pérdida de interés en casi todas las actividades, una disminución drástica en la capacidad de experimentar placer, además de síntomas como fatiga, problemas de sueño, sentimientos de inutilidad, dificultades para concentrarse y pensamientos negativos automáticos, críticos y autocríticos.

La depresión se destaca por la percepción de impotencia y falta de esperanza que se origina al percibir que los acontecimientos y desafíos en la vida son incontrolables e inevitables. Las personas que experimentan depresión pueden llegar a convencerse de que sus esfuerzos carecen de utilidad y que no tienen la capacidad de modificar su situación, lo que conlleva en una profunda sensación de desamparo (Seligman, 1975).

La American Psychiatric Association (2014), proporciona una definición detallada de la depresión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, en la cual menciona que la depresión mayor se caracteriza por un estado de ánimo depresivo

persistente y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades durante al menos dos semanas. También puede incluir síntomas como cambios en el apetito o peso, problemas de sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. Estos síntomas deben causar un malestar significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes de la vida. El diagnóstico de la depresión mayor se establece cuando se cumplen cinco o más de los síntomas enumerados en un período de dos semanas.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023), la depresión se describe como una trastorno psicológico común que se distingue por un persistente sentimiento de melancolía o la falta de interés y satisfacción en las actividades durante largos períodos de tiempo. Se diferencia de los cambios de ánimo habituales en la vida diaria. Puede afectar todos los aspectos de la vida, incluyendo las relaciones familiares, de amistad y comunitarias, y puede estar relacionada con problemas en la escuela y en el trabajo o agravarlos. Cualquier individuo puede verse afectado por la depresión, aunque es más común en aquellos que han experimentado abusos, pérdidas significativas u otros eventos estresantes. Además, las estadísticas indican que las mujeres tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión en comparación con los hombres.

2.2.2.2. Causas de la Depresión

La depresión es un trastorno mental complejo y multifactorial. Las causas de la depresión son el resultado de una interacción entre factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. La pandemia por COVID-19 también ha desempeñado un papel significativo en el aumento de los casos de depresión. A continuación, se presentan algunas de las causas más comunes de la depresión:

- **Factores genéticos:** Numerosas investigaciones han confirmado la influencia de factores genéticos en la predisposición a la depresión. Sullivan et al. (2000) realizaron estudios con gemelos y familias donde han identificado un mayor riesgo de desarrollar depresión en personas con antecedentes familiares de esta enfermedad. No obstante, aunque los factores genéticos representan un componente fundamental en la aparición de la depresión mayor, es igualmente esencial tener en cuenta los factores ambientales y psicosociales, los cuales desempeñan un rol determinante en el surgimiento de la depresión. La genética puede aumentar la vulnerabilidad a la depresión, pero no se trata de la única causa. La depresión mayor se considera un trastorno complejo en el cual interactúan diversos factores, tanto genéticos como ambientales.
- **Factores biológicos:** La depresión se ha relacionado con desequilibrios en los neurotransmisores, que son sustancias químicas encargadas de transmitir señales entre las células nerviosas, en particular, la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Duman y Aghajanian (2012), sugieren que factores biológicos pueden influir en el tema en cuestión, como la reducción de estas sustancias químicas que promueven el crecimiento y funcionamiento de las neuronas, y cambios en las vías de comunicación entre ellas. Las causas biológicas de la depresión pueden estar vinculadas a la disminución de estos neurotransmisores y la atrofia de las conexiones neuronales en regiones cerebrales que regulan el estado de ánimo y las emociones.
- **Factores psicológicos:** Las experiencias traumáticas en la infancia, estrés crónico, baja autoestima y patrones de pensamiento negativos pueden ser factores que contribuyan al desarrollo de la depresión. Beck (1967), se enfoca en los aspectos psicológicos y cognitivos relacionados con la depresión, dando origen a la "teoría cognitiva de la depresión". Esta teoría postula que los pensamientos negativos y distorsionados desempeñan un papel central en la génesis y el mantenimiento de la depresión. Según esta teoría, los individuos que padecen de depresión tienden

a tener reflexiones automáticas desfavorables sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos automáticos negativos contribuyen a la vivencia de tristeza, desesperanza y otros síntomas de la depresión. Beck también aborda la "triada cognitiva", que se refiere a la visión pesimista de uno mismo, del mundo y del futuro que caracteriza a las personas con depresión. Además, sugiere que ciertas "distorsiones cognitivas", como la interpretación catastrófica de eventos, la exageración de lo negativo y la minimización de lo positivo, son comunes en la depresión.

- **Factores ambientales y de estilo de vida:** Los eventos estresantes de la vida y los factores ambientales tienen un impacto significativo en el riesgo de desarrollar depresión mayor. Acontecimientos estresantes como la pérdida de un ser querido, dificultades económicas o conflictos familiares pueden desencadenar episodios de depresión. Además, el estudio de Kendler et al. (2002), identificó que un entorno familiar perturbado y la carencia de respaldo social aumentan la probabilidad de exposición a estos factores de riesgo. Estos hallazgos sugieren que los factores ambientales y el estilo de vida, como el abuso de sustancias, la ausencia de apoyo social y hábitos no saludables, como la falta de ejercicio o una alimentación deficiente, también pueden constituir factores de riesgo.
- **Pandemia por COVID-19:** La pandemia ha tenido un impacto notable en la salud mental de las personas. El aislamiento social, la incertidumbre, el miedo a la enfermedad y las restricciones han contribuido al incremento de los casos de depresión. En el estudio de Ettman et al. (2020), se observó un aumento significativo en los síntomas de depresión durante la pandemia, lo que respalda la idea de que esta y sus efectos, como el estrés y la ansiedad relacionados con la enfermedad, el aislamiento social y la incertidumbre, han contribuido al aumento de la depresión en la población.

Además, se encontró que los grupos con ingresos más bajos presentaban un mayor riesgo de experimentar síntomas de depresión en comparación con los grupos de ingresos más altos.

2.2.2.3. Tipos de Depresión

Existen diversos tipos de trastornos depresivos, y en términos generales, se categorizan según su gravedad, ya sea como depresión leve, moderada o grave. Entre los trastornos que con mayor frecuencia se encuentran en el tratamiento, destacan el trastorno depresivo grave y la distimia. Según la American Psychiatric Association (2014), el DSM-5 se centra en establecer diagnósticos específicos basados en los síntomas y la gravedad de los trastornos depresivos. Los diagnósticos principales relacionados con la depresión en el DSM-5 son:

a. Depresión mayor: Se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos graves y persistentes que afectan significativamente la capacidad de funcionar en la vida diaria. Los síntomas incluyen tristeza profunda, pérdida de interés o placer en actividades, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos de suicidio**.** Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran semanas o meses).

b. Distimia (o trastorno distímico): Se trata de una forma crónica de depresión de menor intensidad que la depresión mayor, pero que persiste durante al menos dos años. Las personas con distimia experimentan síntomas depresivos crónicos que pueden afectar significativamente su calidad de vida. Las personas con distimia pueden experimentar episodios de depresión mayor en ocasiones.

c. Trastorno depresivo persistente: Abarca tanto la depresión mayor como la distimia. Se caracteriza por una duración prolongada de los síntomas depresivos, que pueden persistir durante años.

d. Otros trastornos depresivos: Esta categoría engloba los síndromes depresivos que pueden ser parte de los síntomas en otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno bipolar, el trastorno de adaptación, el trastorno de ansiedad comórbido, y condiciones no psiquiátricas, como aquellas relacionadas con una condición médica subyacente, como enfermedades crónicas, lesiones cerebrales, trastornos neurológicos, entre otros

Cualquier subclasificación adicional o especificación del trastorno depresivo se realiza según la severidad y el lapso de los síntomas, la presencia de características psicóticas u otros factores clínicos relevantes.

2.2.2.4. Sintomatología de la Depresión

La sintomatología depresiva puede variar de una persona a otra y puede manifestarse de diversas maneras. Sin embargo, existen síntomas característicos que son comunes en la mayoría de los casos de depresión, según los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), una referencia ampliamente utilizada en psiquiatría y psicología. A continuación, se presentan los síntomas más comunes de la depresión, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014):

- **Estado de ánimo deprimido:** La tristeza, la sensación de vacío y la desesperanza son los síntomas principales de la depresión. Las personas pueden sentirse abrumadas por una profunda tristeza sin una razón aparente.
- **Pérdida de interés o placer:** La anhedonia se refiere a la pérdida de interés o placer en actividades que antes solían ser gratificantes, como hobbies, relaciones sociales y actividades recreativas.

- **Cambios en el apetito y el peso:** Las personas con depresión pueden experimentar una pérdida significativa o aumento de peso debido a cambios en el apetito.
- **Trastornos del sueño:** Los problemas para conciliar el sueño, mantener el sueño o dormir en exceso (hipersomnia) son comunes en la depresión.
- **Fatiga y pérdida de energía:** Las personas deprimidas suelen sentirse extremadamente cansadas, incluso después de descansar adecuadamente.
- **Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva:** Los individuos pueden experimentar una autocrítica intensa, sentirse inútiles y culpables sin razón aparente.
- **Dificultad para concentrarse:** La depresión puede dificultar la concentración, la toma de decisiones y la memoria.
- **Agitación o retraso psicomotor:** Algunas personas pueden experimentar una agitación excesiva, mientras que otras pueden volverse notoriamente lentas en su comportamiento y movimiento.
- **Pensamientos de suicidio:** Las personas deprimidas pueden tener pensamientos suicidas o incluso hacer intentos de suicidio.

2.2.2.5. Diferencia entre Sintomatología Depresiva y Diagnóstico de Trastorno Depresivo

El concepto de sintomatología depresiva y el diagnóstico de depresión se basa en la psicología y la psiquiatría clínica. A continuación, se detallan las diferencias entre estos dos conceptos:

La sintomatología depresiva incluye una serie de síntomas emocionales, cognitivos y físicos que pueden experimentar las personas, como tristeza persistente, fatiga, variaciones en el

deseo de comer, problemas de sueño, falta de motivación en realizar actividades previamente disfrutadas y sentimientos de inutilidad. Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración, y pueden estar presentes en respuesta a situaciones de estrés o eventos de la vida, sin cumplir necesariamente con los criterios para un diagnóstico de depresión clínica (American Psychiatric Association, 2014).

El diagnóstico de depresión implica una evaluación formal realizada por un profesional de la salud mental, como un psicólogo o psiquiatra, que utiliza los criterios diagnósticos establecidos en los sistemas de clasificación, como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Para recibir un diagnóstico de depresión clínica, una persona debe cumplir con los criterios específicos que incluyen la duración y la severidad de los síntomas, así como la interferencia significativa en la vida cotidiana.

En otras palabras, la sintomatología depresiva se refiere a los síntomas de la depresión que una persona puede experimentar, pero no constituye un diagnóstico formal. El diagnóstico de depresión se realiza a través de una evaluación profesional que verifica si una persona se ajusta a los estándares específicos para un trastorno depresivo clínico, lo que implica una mayor gravedad y duración de los síntomas.

2.2.2.6. Modelo de Depresión de Beck

Este modelo se basa en la idea de que la depresión es el resultado de procesos cognitivos negativos y distorsiones cognitivas en la forma en que las personas piensan y perciben el mundo que las rodea. Beck, (1976) argumenta que las personas con depresión tienen una forma específica de filtrar la información que reciben. Cualquier información que se ajuste a su visión negativa de sí mismas, su entorno y su futuro se acepta de forma incondicional, mientras que cualquier

información que pueda desafiar su perspectiva pesimista sobre estos aspectos se descarta automáticamente.

Los principales conceptos del modelo de depresión de Beck, (1976), incluyen:

- **Triada cognitiva:** Se propone que las personas con depresión tienden a tener una visión negativa de sí mismas, del mundo y del futuro. Esta triada cognitiva refleja cómo los individuos con depresión suelen percibirse a sí mismos como inadecuados, el mundo como un lugar hostil e incontrolable, y el futuro como sombrío y sin esperanza.
- **Distorsiones cognitivas:** Se identificó una serie de patrones de pensamiento negativo que son comunes en personas con depresión. Estas distorsiones cognitivas incluyen el pensamiento catastrofista (esperar lo peor), la filtración (enfocarse en los aspectos negativos y desatender lo positivo), la personalización (atribuir el fracaso o los eventos negativos a uno mismo), entre otros.
- **Creencias automáticas:** En el modelo de Beck, se destaca la importancia de las creencias automáticas, que son pensamientos negativos automáticos y sin procesar que surgen en respuesta a situaciones desencadenantes. Estas creencias automáticas suelen ser inadecuadas y contribuyen a mantener o agravar la depresión.
- **Esquemas cognitivos:** Son patrones de pensamiento arraigados y duraderos que influyen en la forma en que una persona interpreta la información. Los esquemas cognitivos negativos pueden ser una base importante para las distorsiones cognitivas y las creencias automáticas negativas en la depresión.

2.2.2.7. Dimensiones de la Sintomatología Depresiva

Estrada et al. (2014), aborda las dimensiones del Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II), dividiéndolas en las categorías cognitivo-afectivas y somáticas-

motivacionales, lo que proporciona una comprensión más completa de la sintomatología de la depresión

- *Cognitivo-Afectivas:* Estas dimensiones se centran en los aspectos emocionales y cognitivos de la depresión. Incluyen la tristeza profunda y prolongada, la percepción de un futuro sombrío (desesperanza), la autocrítica excesiva y sentimientos de inutilidad, la sensación de fracaso en la vida y un enfoque pesimista en la percepción de las circunstancias y el futuro.
- *Somático-Motivacionales:* Estas dimensiones se centran en los aspectos físicos y motivacionales de la depresión. Incluyen síntomas físicos como la fatiga y cambios en el apetito y el sueño, así como cambios en la actividad motora, como agitación o retraso psicomotor. Además, la dimensión de pensamientos suicidas evalúa la presencia de pensamientos autodestructivos.

2.2.2.8. Niveles de Depresión

La evaluación de los niveles de depresión es un componente crucial en la identificación y tratamiento de la enfermedad. A través de instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II), es posible medir la gravedad de los síntomas depresivos y determinar la intensidad de la afección (Beck et al., 1996).

- *Nivel mínimo:* Se experimentan síntomas depresivos en su forma más leve. Pueden ser sentimientos ocasionales de tristeza o desánimo que no interfieren significativamente con la vida cotidiana. Las personas en este rango generalmente pueden funcionar con normalidad.
- *Nivel leve:* Los síntomas depresivos son un poco más notorios y pueden afectar la calidad de vida. Las personas pueden sentirse más tristes, menos motivadas y experimentar dificultades en algunas áreas de su vida, como el trabajo o las relaciones.

- *Nivel moderado:* Los síntomas depresivos son más pronunciados y tienen un impacto más significativo en la vida diaria. Las personas pueden experimentar tristeza constante, fatiga, dificultades para concentrarse y problemas en las relaciones y el funcionamiento cotidiano.
- *Nivel severo:* Los síntomas depresivos son graves y pueden ser discapacitantes. Las personas pueden experimentar una profunda tristeza, fatiga extrema, dificultades graves para funcionar en el trabajo y en las relaciones, y pueden tener pensamientos suicidas.

Cabe recalcar que estos niveles se utilizan como una guía general para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en función de la puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck – II. Sin embargo, el diagnóstico y la evaluación precisos de la depresión deben ser realizados por un profesional de la salud mental, ya que otros factores y contextos individuales también deben tenerse en cuenta en la evaluación clínica.

2.2.2.9. Consecuencias Negativas de la Depresión

La depresión, un trastorno del estado de ánimo, puede tener un impacto significativo en la vida de quienes la padecen. Numerosos estudios científicos respaldan estas consecuencias. En primer lugar, la depresión reduce el nivel de satisfacción en la vida de las personas, disminuyendo su capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas (Moussavi et al., 2007). Además, puede generar conflictos en las relaciones interpersonales, ya que los síntomas depresivos, como el aislamiento y la irritabilidad, dificultan la interacción social (Cuijpers et al., 2014).

La depresión también aumenta el riesgo de ideación y comportamientos suicidas (O'Connor y Pirkis, 2016). En el ámbito de la salud física, se ha observado que la depresión se asocia con problemas como enfermedades cardiovasculares, diabetes y trastornos del sueño (Patten et al., 2005). En lo laboral y académico, la depresión puede ocasionar problemas significativos, ya que la

falta de energía y concentración puede llevar a la pérdida de empleo o el fracaso académico (T. L. Brooks et al., 2002).

Además, algunas personas recurren al alcohol o las drogas como una forma de autotratar sus síntomas depresivos, lo que puede desencadenar el abuso de sustancias (Dumais et al., 2005). La depresión también tiene un costo económico importante, debido a los gastos relacionados con la atención médica y la pérdida de productividad en el trabajo (Greenberg et al., 2021). Por último, se ha observado que la depresión afecta la función cognitiva, incluyendo la memoria y la toma de decisiones (Snyder, 2013).

Sin embargo, es crucial destacar que la depresión es tratable. La terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, y los medicamentos antidepresivos son enfoques comunes para el tratamiento de la depresión. Por lo tanto, buscar ayuda profesional es fundamental para abordar esta condición y mitigar sus efectos negativos.

2.2.3. Impacto de la Pandemia en la Salud Mental de Estudiantes Universitarios en Perú

La propagación del COVID-19 ha generado consecuencias significativas en la salud mental de estudiantes universitarios en Perú, al igual que en muchos otros lugares del mundo, varios factores han contribuido a este impacto (Livia et al., 2021):

- El distanciamiento social y las restricciones de movimiento pueden llevar a la soledad, lo que a su vez puede contribuir a la depresión y al estrés. La ausencia de contacto social y la sensación de soledad pueden tener un impacto desfavorable en el bienestar psicológico de los estudiantes.
- La transición al aprendizaje en línea y los cambios en la rutina académica pueden generar estrés. La presión académica adicional y la adaptación a nuevas modalidades

de estudio pueden aumentar la ansiedad y el estrés, lo que a su vez puede contribuir a la depresión.

- Las dificultades financieras pueden ser una fuente importante de estrés, y el estrés financiero continuo puede aumentar el riesgo de depresión. Los estudiantes y sus familias pueden enfrentar dificultades económicas debido a la pérdida de empleo o ingresos relacionada con la pandemia.
- La incertidumbre en torno a cuándo terminará la pandemia y cómo afectará el futuro puede aumentar la ansiedad y el estrés en los estudiantes. La preocupación por el futuro académico y profesional puede contribuir a la depresión.
- La pérdida de familiares o amigos debido al COVID-19 puede ser una experiencia traumática que aumenta el riesgo de depresión y estrés postraumático en los estudiantes.

En resumen, el marco teórico de la investigación sobre "estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública" explora el concepto de estrés desde diferentes perspectivas, citando autores como Selye, Lazarus y Folkman. Analiza las causas del estrés, que pueden ser biológicas, psicosociales o de personalidad, y aborda los tipos de estrés (agudo, crónico y traumático) y sus fases (alarma, resistencia y agotamiento). Además, se centra en el estrés percibido, su relación con el sistema inmunológico y sus síntomas, como problemas físicos, emocionales y cognitivos. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman enfatiza la evaluación primaria y secundaria de situaciones estresantes, subrayando la importancia de comprender el estrés percibido para prevenir y gestionar sus efectos negativos en los estudiantes.

En cuanto a la depresión, el marco teórico aborda su definición, causas, tipos, sintomatología y diagnóstico, destacando los modelos teóricos de Beck. Se describe cómo la depresión es una enfermedad compleja influenciada por factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Se mencionan las consecuencias negativas de la depresión, como

problemas en las relaciones interpersonales, mayor riesgo de suicidio, problemas de salud física y cognitiva, y desafíos en el ámbito laboral y académico. Se subraya la importancia de buscar tratamiento profesional para mitigar los efectos de la depresión.

La pandemia de COVID-19 ha exacerbado el estrés y la depresión entre los estudiantes universitarios en Perú. El distanciamiento social y las restricciones de movimiento han aumentado la soledad, contribuyendo a la depresión. La transición al aprendizaje en línea y los cambios en la rutina académica han incrementado el estrés y la ansiedad. Además, las dificultades financieras derivadas de la pandemia han aumentado el riesgo de depresión. La incertidumbre sobre el futuro académico y profesional, junto con la pérdida de seres queridos, ha intensificado los síntomas de depresión y estrés postraumático entre los estudiantes.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19.

2.3.2. Hipótesis Específicas

Existe relación significativa entre el estrés percibido y la dimensión *cognitivo – afectivo de la sintomatología depresiva*.

Existe relación significativa entre estrés percibido y la dimensión *somático – motivacional de la sintomatología depresiva*.

Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la dimensión *percepción del estrés percibido*.

Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la dimensión *capacidad de afrontamiento del estrés percibido*.

Existe diferencias significativas en el estrés percibido y la sintomatología depresiva según sexo.

2.4. Definición de Términos

2.4.1. Estrés

El estrés es una respuesta natural y psicológica y una reacción fisiológica del organismo cuando se enfrenta a situaciones que considera desafiantes, amenazadoras o exigentes. Esta respuesta puede activarse cuando una persona se enfrenta a situaciones que requieren una adaptación o respuesta inmediata, como un evento estresante, una presión emocional, o una carga de trabajo intensa (Selye, 1976).

2.4.2. Estrés Percibido

El estrés percibido se define como la interpretación subjetiva que una persona realiza de las demandas y tensiones en su vida, así como de su percepción sobre su habilidad para enfrentarlas. Es una medida de cómo una persona evalúa y valora los eventos y circunstancias que le rodean como estresantes o desafiantes (Lazarus y Folkman, 1984).

2.4.3. Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una profunda sensación de tristeza, falta de interés en actividades cotidianas, fatiga, cambios en el apetito y el sueño, y una disminución de la capacidad para experimentar placer. Puede ser un trastorno grave y debilitante

que afecta la calidad de vida de una persona y su capacidad para funcionar de manera adecuada en la sociedad (American Psychiatric Association, 2014).

2.4.4. Sintomatología Depresiva

La sintomatología depresiva engloba una serie de signos y síntomas, como cambios en el apetito, sueño, fatiga, entre otros, que indican la presencia de un trastorno del estado de ánimo. Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración, pero no necesariamente indican la presencia de un trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2014).

2.4.5. Pandemia COVID-19

Se refiere a la propagación mundial de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. Declarada por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020, la COVID-19 ha afectado a numerosos países, dando lugar a medidas de salud pública, como el distanciamiento social y el uso de mascarillas, para contener su expansión. La enfermedad varía en gravedad, desde síntomas leves hasta casos críticos, y ha tenido un impacto significativo en la salud, la economía y la vida cotidiana a nivel global (Organización Mundial de la Salud, 2023b).

4.4.6. Estudiantes Universitarios

Son personas que están matriculados en instituciones de educación superior para obtener un título profesional participando y aprobando la currícula de estudios en la carrera de su preferencia. La vivencia universitaria implica cambios que se relacionan con la transformación y adaptación, así como la reorganización a nivel personal, familiar y social.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En esta sección, se aborda la información relacionada con la naturaleza y planificación de la investigación actual, así como los detalles acerca de la selección de la muestra de participantes. También se detallan las variables objeto de estudio, así como la metodología y las herramientas empleadas para llevar a cabo las mediciones necesarias, junto con una explicación del proceso seguido.

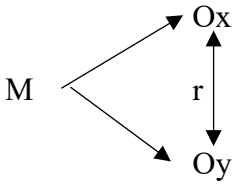
3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Este estudio se enmarcó en el enfoque cuantitativo, dado que implicó la recopilación y el escrutinio de información para comprobar hipótesis (Creswell, 2009), utilizando mediciones numéricas y análisis estadísticos para medir las variables de estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de la facultad de psicología durante la pandemia de COVID-19. Esto permitió determinar patrones de comportamiento y confirmar teorías. Por lo tanto, la investigación se dedicó a estimar y medir variables, siendo específica y bien delimitada. Además, se revisó la literatura sobre temas específicos, y se anticipó que los resultados se contrastarían con la realidad que surgiría del proceso de recopilación de datos y su correspondiente análisis.

Además, el enfoque de este estudio fue descriptivo correlacional, ya que se orientó a describir el grado de estrés que una persona percibe y la presencia de síntomas depresivos entre los educandos universitarios, así como también se destinó a determinar el grado de relación que podría existir entre dos o más variables utilizadas en la misma muestra (Hernández, Fernández y Baptista,

2014). El diseño de esta investigación fue no experimental, ya que las variables evaluadas solo se observaron y no se manipularon (Neuman, 2002). Además, se trató de un estudio transversal, ya que se recopilaron datos en un solo momento, en un punto temporal único, permitiendo una visión general en un momento específico (Singleton y Straits, 2009).

Se utilizó el diseño mencionado anteriormente en el presente estudio con propósito de investigar la conexión entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad pública durante la pandemia por COVID-19. El diseño fue estructurado siguiendo las directrices de Hernández et al. (2014) y (Sánchez y Reyes, 2015)



Donde

M: Muestra de la investigación.

Ox: Observaciones de la variable estrés percibido.

Oy: Observaciones de la variable sintomatología depresiva.

r: Relación entre variables

3.2 Unidad de Análisis

En este estudio, la unidad de análisis es el estudiante universitario.

3.3. Participantes del Estudio

3.3.1. Población Objetivo

La población objetivo estuvo específicamente conformada por estudiantes de pregrado pertenecientes a la facultad de psicología de una universidad nacional pública ubicada en Lima. Dichos estudiantes estuvieron matriculados durante el ciclo académico 2021 - I.

3.3.2. Determinación de la Muestra

a. Tamaño de la Muestra

La muestra estuvo integrada por 258 estudiantes universitarios que cursaban entre el segundo y sexto año de la carrera de pregrado, con edades comprendidas entre los 17 y 28 años.

b. Procedimiento de Muestreo

Se empleó una selección de muestra no probabilística intencionada, dado los resultados del estudio se considerarían pertinentes únicamente para grupos con atributos comparables a los de la población mencionada (Hernández et al., 2014). Además, la selección de los participantes dependía del acceso a las aulas virtuales de los alumnos y según el criterio del investigador, así como la disposición a participar voluntariamente en el estudio.

c. Criterios de Selección de la Muestra

i. Criterios de Inclusión

- Estudiantes de la UNMSM.
- Estudiantes de pregrado de la Facultad de Psicología.
- Estudiantes matriculados en el semestre académico 2021-I.
- Estudiantes que aceptaron el consentimiento informado.

ii. Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no pertenecían a la UNMSM.
- Estudiantes que no pertenecían a la Facultad de Psicología.
- Estudiantes que no estaban matriculados en el semestre académico 2021-I.
- Aquellos que no completaron la evaluación de uno o ambos instrumentos.
- Estudiantes que no aceptaron el consentimiento informado.

d. Ubicación espacio temporal

La evaluación de cada participante se llevó a cabo de manera virtual, con un tiempo aproximado de 30 minutos. Este proceso se realizó ingresando a las aulas virtuales, previa obtención del permiso del docente de cada clase, asegurando así la colaboración y coordinación adecuada. Durante este periodo, se procuró crear un ambiente tranquilo y de confianza, asegurándonos de obtener el consentimiento informado (Anexo A) del evaluado antes de iniciar el proceso.

e. Descripción de la muestra

Se detalló aspectos sociodemográficos como el género, la edad, el año académico y la afiliación a la escuela académica correspondiente. Este análisis contribuye a una comprensión más precisa de la diversidad y características fundamentales de la población estudiantil involucrada en el estudio.

En la Tabla 1, se aprecia que la mayor parte de la muestra son mujeres, conformado por 173 (67.1%) mujeres, mientras que los 85 restantes (32.9%) son hombres.

Tabla 1

Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según el sexo.

Sexo	f	%
Mujer	173	67,1
Hombre	85	32,9
Total	**258**	**100,0**

La Tabla 2 evidenció que la mayoría de la muestra en un total de 151 (58.5%), se encontraban en el rango de edad de 17 a 22 años, mientras que 107 participantes (41.5%) se ubicaban en el rango de edad de 23 a 28 años.

Tabla 2

Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según la edad.

Edades	f	%
17 a 22 años	151	58,5
23 a 28 años	107	41,5
Total	**258**	**100,0**

En la Tabla 3 se halló que los estudiantes de segundo año fueron 36 (14%), del tercero 26 (10,1%), cuarto 80 (31%), quinto 47 (28, 7%) y sexto 42 (16,3%).

Tabla 3

Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según el año académico.

Año académico	f	%
Segundo año	36	14,0
Tercer año	26	10,1
Cuarto año	80	31,0
Quinto año	47	28,7
Sexto año	42	16,3
Total	**258**	**100,0**

En la Tabla 4 se encontró que 180 (69.8%) estudiaban en la escuela de psicología general y 78 (30.2%) pertenecían a la escuela de psicología organizacional y de la gestión humana.

Tabla 4

Distribución de frecuencias y porcentajes de los estudiantes de la facultad de psicología según la escuela académica a la que pertenecen.

Escuela académica	f	%
Psicología General	180	69,8
Psicología Organizacional y de la gestión humana	78	30,2
Total	**258**	**100,0**

3.4. Variables de Estudio

Las variables correlacionadas del estudio (Sánchez et al., 2018) fueron las siguientes:

- Estrés percibido, evaluado a través de la Escala de Estrés Percibido.
- Sintomatología depresiva, medido mediante el Inventario de Depresión de Beck.

Variable control: Estudiantes universitarios.

Además, se utilizó la variable sociodemográfica como elemento de comparación:

- Sexo.

Consultar el Anexo B para obtener información detallada sobre la operacionalización de estas variables.

3.5. Técnicas de recolección de datos

Para que el estudio pudiera obtener un análisis confiable y se situara en función de los objetivos e hipótesis planteados, se aplicaron, junto con una ficha sociodemográfica que recopilaba datos generales, las herramientas psicométricas utilizadas para recopilar información, tales como la "Escala de Estrés Percibido" y el "Inventario de Depresión de Beck" (ver Anexos C y D), a aquellos estudiantes que aprobaron participar en la investigación mediante su consentimiento. A continuación, se presentan las fichas técnicas e información psicométrica relevante de cada instrumento utilizado.

3.5.1. Instrumentos

i. Estrés Percibido: Escala de Estrés Percibido

Ficha Técnica

a. Instrumento: Escala de Estrés Percibido - EEP

b. Nombre original: Perceived Stress Scale -PSS.

c. **Autores:** Cohen, Kamarck y Memeslstein.

d. **Procedencia:** Estados Unidos.

e. **Año de creación:** 1983.

f. **Adaptación Española**: Remor y Carrobles (2001).

g. **Adaptación peruana:** Cecilia Chau y Patty Vilela (2017).

h. **Finalidad:** Evaluar en qué medida las personas consideran como estresantes las situaciones de su vida diaria en el último mes.

i. **Forma de aplicación:** Individual o colectiva.

j. **Tiempo de aplicación:** 15 minutos.

k. **Número de ítems:** 14 ítems.

l. **Escala de medición:** Ordinal, tipo Likert.

m. **Dimensiones:** Percepción del estrés y capacidad de afrontamiento

n. **Puntuación:** Se invierte las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y se suma el resto con la puntuación correspondiente.

o. **Descripción:** Este instrumento se compone de 14 preguntas que evalúan el nivel de estrés percibido en el último mes, tomando en cuenta cómo las personas valoran las situaciones de la vida como estresantes. Específicamente, se analiza el grado de control que sienten sobre situaciones impredecibles o inesperadas, así como el malestar asociado con la falta de control percibido. La escala original consta de 14 ítems, algunos de los cuales están formulados en negativo. Se han identificado dos dimensiones clave en su evaluación: la percepción del estrés y la capacidad de afrontamiento.

p. **Confiabilidad:** La versión española (europea) de este instrumento (14 ítems) ha mostrado una fiabilidad adecuada (consistencia interna, alfa = .81, y test-retest, r = .73),

validez (convergente), y sensibilidad. En la adaptación peruana del instrumento se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .83 (Chau y Vilela, 2017).

q. Validez: La Escala de Estrés Percibido (EEP) exhibió una fiabilidad interna de 0.81, y su validez se confirmó mediante correlaciones significativas de 0.71 y 0.64 con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983). Por otro lado, en un estudio realizado por Remor (2006), se evidenció que la versión en español de la Escala de Estrés Percibido (PSS) presentó una consistencia interna apropiada (α = 0.81).

ii. Sintomatología depresiva: Inventario de Depresión de Beck

Ficha Técnica

a. Instrumento: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II).

b. Nombre original: Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II).

c. Autores: Beck, A., Steer, R y Brown, G.

d. Procedencia: Estados Unidos.

e. Año de creación: 1996.

f. Adaptación Española: Sans, J y Vásquez, C (2011).

g. Adaptación peruana: Oscanoa, B y Gálvez, M. (2016).

h. Finalidad: Evaluar el grado de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de los 13 años.

i. Forma de aplicación: Individual o colectiva.

j. Tiempo de aplicación: 15 minutos.

k. Número de ítems: 21 ítems.

l. Escala de medición: Cuantitativo de intervalo.

m. **Dimensiones:** Cognitivo-afectivo y somático-motivacional.

n. **Puntuación** Suma de los ítems del instrumento.

o. **Descripción:** Consiste en 21 grupos de declaraciones y se ha creado para medir la intensidad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona debe seleccionar, de entre cuatro opciones ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor refleja su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el inventario. En cuanto a la calificación, cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida, y al sumar las puntuaciones de todos los ítems, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

p. **Confiabilidad:** Beck et al. (1996) observaron una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92. En población de estudiantes universitarios peruanos se demostró que el BDI-II tiene niveles adecuados de fiabilidad, con un coeficiente alfa superior a .80 para la escala general y las dimensiones específicas (Farfán y Sánchez-Villena, 2019).

q. **Validez:** Ha demostrado una sólida validez discriminante en estudiantes universitarios al diferenciar entre la depresión y la ansiedad. Presenta alta validez convergente con la Escala de Depresión de Reynolds (EDAR) ($r=.708$, $p<.001$) y baja validez divergente con la Escala de Felicidad de Alarcón ($r=-.585$). Además, muestra una correlación directa significativa con la escala de soledad de Jong Gieverd ($r=.392$), respaldando teóricamente la relación entre la soledad y la depresión. Estos hallazgos subrayan la utilidad del BDI-II en la evaluación de la depresión en estudiantes universitarios (Farfán y Sánchez-Villena, 2019).

3.5.2 Técnicas de análisis estadísticos

Después de realizar la aplicación de pruebas y crear el repositorio de datos, se logró establecer la validez interna y confiabilidad, ambos instrumentos utilizaron la validez de constructo evaluada mediante análisis factorial confirmatorio para respaldar la estructura interna propuesta y la confiabilidad se evaluó principalmente a través del coeficiente alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de las escalas y sus dimensiones.

Se emplearon los programas estadísticos IBM-SPSS 23.0 y JAMOVI 2.3.28. En primer lugar, se realizó una caracterización sociodemográfica de la muestra estudiada, determinando las proporciones de sujetos según su edad, sexo, año de estudios y escuela académica.

Luego, se realizó un análisis de los estadísticos descriptivos de los puntajes de ambos instrumentos psicométricos, recopilando información sobre las medidas de tendencia central y dispersión de cada instrumento.

En la Tabla 5 se detallan los indicadores de centralidad estadística más relevantes. El puntaje promedio de la Escala de Estrés Percibido fue de 27.72, mientras que el del Inventario de Depresión de Beck fue de 14.68.

Tabla 5

Medidas de tendencia central y cuartiles de los puntajes del PSS-14 y el BDI-II de Beck.

	Media	Mediana	Moda	Percentil 25	Percentil 75
Escala de estrés percibido	27,72	27,00	22*	22,00	34,00
Inventario de Depresión de Beck	14,68	13,00	5	5,75	21,00

En la Tabla 6, se observa que la desviación estándar de las puntuaciones de estrés en estudiantes de una institución universitaria de financiamiento público fue de 8.330. Esto indica que alrededor de la media de 27.72, hubo una variabilidad del 30.05% de los datos. Por otro lado, en cuanto a la desviación estándar de las puntuaciones de depresión, esta fue de 11.128, lo que implica que alrededor de la media de 14.68, existió una variabilidad del 75.80% de los datos.

Tabla 6

Medidas de dispersión de los puntajes del PSS-14 y el BDI-II de Beck.

	DE	Varianza	Rango	Mínimo	Máximo	CV
Escala de Estrés Percibido	8,330	69,385	45	3	48	30,05
Inventario de Depresión de Beck	11,128	123,836	56	0	56	75,80

En cuanto al análisis inferencial, inicialmente se planteó una prueba de contrastación de hipótesis para determinar si los puntajes de ambas pruebas se ajustaban a la normalidad. Para ello, se empleó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar si la muestra era paramétrica o no paramétrica, dado que la muestra utilizada tenía un tamaño $n>50$.

En la Tabla 7, se observó que $p<0.05$ tanto para el puntaje total del estrés percibido como para el puntaje total de sintomatología depresiva, lo cual señaló que los datos no se ajustaban a una distribución normal (muestra no paramétrica). Por lo tanto, se optó por utilizar una estadística no paramétrica, específicamente el coeficiente Rho de Spearman (ρ), para examinar la relación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva, así como para contrastar la hipótesis general y específicas y determinar si existe una relación entre las variables de estudio y sus dimensiones.

Tabla 7

Prueba de normalidad.

	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estrés percibido	,062	258	,016	,992	258	,158
Sintomatología depresiva	,098	258	,000	,923	258	,000

En relación con las hipótesis específicas de comparación, se empleó la prueba U de Mann-Whitney como estadístico no paramétrico para evaluar posibles disparidades en los puntajes de estrés y depresión según el género de los estudiantes de psicología en una institución universitaria de carácter público. Para expresar la magnitud del efecto, se utilizó la medida d de Cohen (d), donde valores entre 0,21 y 0,49 indican un efecto pequeño (Cohen, 1988). En el caso de diferencias estadísticamente significativas, se consideró un valor de p menor a 0,05 como criterio de significancia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

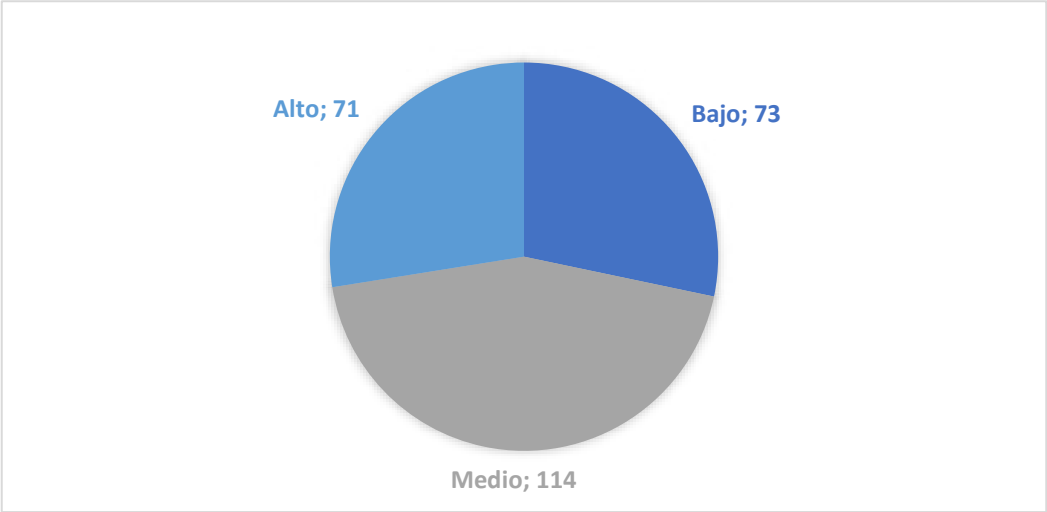
Seguidamente, se exponen los resultados alcanzados después de aplicar las pruebas destinadas a medir el estrés percibido y la sintomatología depresiva en la muestra con las características previamente mencionadas en los párrafos anteriores. Se analizó los datos reunidos en consonancia con los propósitos y suposiciones establecidos en la investigación.

4.1. Resultados Descriptivos de la Investigación

En el análisis de la Figura 1 de los niveles de estrés en los estudiantes universitarios de la facultad de psicología, se observó que la mayor parte de los colaboradores exhibían un nivel intermedio de percepción de estrés, con un total de 114 (44.2%). Les seguían 73 (28.3%) estudiantes que se encontraban en un nivel bajo de percepción de estrés, y 71 (27.5%) de los examinados señalaban un nivel elevado de percepción de estrés.

Figura 1

Niveles de estrés percibido en estudiantes de la facultad de psicología



En cuanto al desglose por sexo en la Tabla 8, es importante destacar que tanto las mujeres como los hombres mostraban un predominio del nivel de estrés percibido medio, con un 42.2% en el caso de las mujeres y un mayor porcentaje, 48.2%, en el caso de los hombres. Esto sugiere que un número significativamente mayor de evaluados presentaba este nivel de estrés percibido promedio en ambas categorías de sexo.

Tabla 8

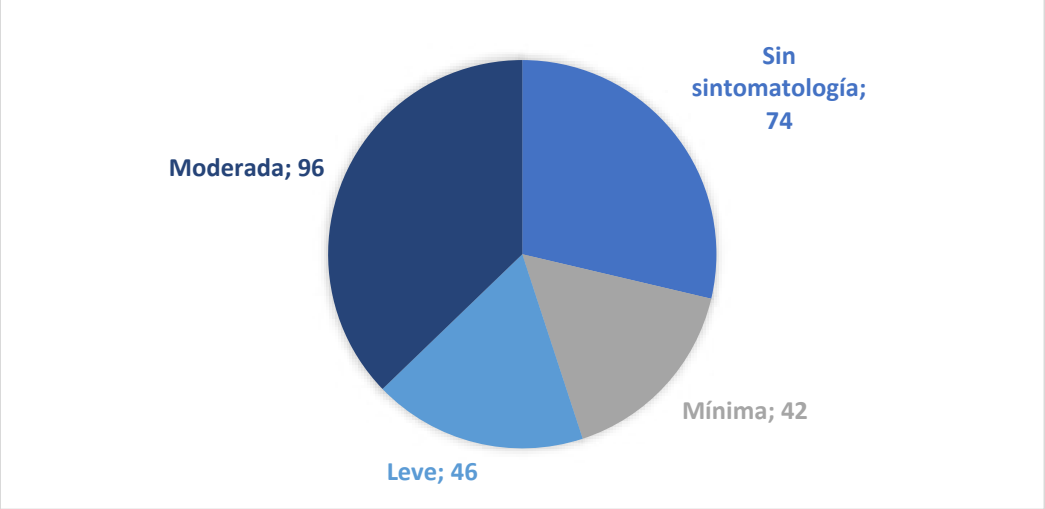
Nivel de estrés percibido según sexo en estudiantes de la facultad de psicología.

Nivel de estrés percibido	**Sexo**			
	Mujer		Hombre	
	f	%	f	%
Bajo	44	25,4%	29	34,1%
Medio	73	42,2%	41	48,2%
Alto	56	32,4%	15	17,7%
Total	**173**	**100%**	**85**	**100%**

Por otro lado, en la Figura 2 se presentó la evaluación de los niveles de sintomatología depresiva en los estudiantes universitarios de la facultad de psicología. La mayoría de los participantes, un total de 96 (37.2%), exhibió un nivel moderado de estas sintomatologías. Además, 74 (28.7%) de los estudiantes no presentaban estos síntomas, 46 (17.8%) de los evaluados tenían una sintomatología leve y solo 42 (16.3%) de los participantes del estudio mostraban una depresión mínima.

Figura 2

Niveles de sintomatología depresiva en estudiantes de la facultad de psicología.



En relación con el análisis por sexo, según la Tabla 9 es importante destacar que un mayor porcentaje de las mujeres, concretamente el 40.5%, tenía un nivel de sintomatología depresiva moderada. En contraste con los hombres, donde la mayoría, el 38.8%, no mostraba esta sintomatología. Estos hallazgos resaltan una diferencia significativa en los niveles entre géneros, con una mayor prevalencia de sintomatología moderada entre las mujeres y una menor incidencia en los hombres.

Tabla 9

Nivel de sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de la facultad de psicología.

Nivel de sintomatología depresiva	Sexo			
	Mujer		Hombre	
	f	%	f	%
Sin sintomatología	41	23.7%	33	38.8%
Mínima	29	16.8%	13	15.3%
Leve	33	19.0%	13	15.3%
Moderada	70	40.5%	26	30.6%
Total	**173**	**100,0%**	**85**	**100,0%**

4.2. Resultados Inferenciales de la Investigación

En respuesta a la hipótesis de investigación general, se procedió con la revisión de correlación entre la variable estrés percibido y la variable sintomatología depresiva.

Previo a esto, se efectuó la prueba de Kolmogórov-Smirnov con el propósito de verificar si los puntajes totales de la Escala de Estrés Percibido y del Inventario de Depresión de Beck se ajustaban a una distribución normal.

Para confirmar la *hipótesis general* de la presente investigación (H: Existe una relación significativa entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID-19), se efectuó el análisis de correlación utilizando el coeficiente Rho de Spearman (r_s), un estadístico no paramétrico.

La Tabla 10 muestra que el estrés percibido correlacionó de manera positiva y significativa con la sintomatología depresiva ($r_s = 0.788$, $p < 0.01$), lo que indica una correlación significativa a

un nivel del 0.01. Esta correlación sugiere que a medida que el estrés percibido aumenta, también lo hacen la sintomatología depresiva en los estudiantes.

Tabla 10

Índices de correlación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva.

			1	2
Rho de Spearman	Estrés	Coeficiente de correlación	---	,788**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	---	258
	Depresión	Coeficiente de correlación	,788**	---
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	258	---

En cuanto a las *hipótesis específicas* que se refieren a la relación entre el *estrés percibido y las dimensiones de la sintomatología depresiva* (cognitivo-afectivo y somático-motivacional), se llevó a cabo un análisis estadístico de correlación utilizando el coeficiente Rho de Spearman (r_s).

La Tabla 11 muestra que existe correlación positiva considerable entre la dimensión cognitivo-afectiva y el estrés percibido ($r_s = 0.798$; $p < 0.01$), así como una correlación positiva de magnitud media entre la dimensión somático-motivacional y el estrés percibido ($r_s = 0.648$; $p < 0.01$). Ambas correlaciones son significativas al nivel de 0.01.

Estos resultados indican que existe una relación positiva entre el estrés percibido y ambas dimensiones de la sintomatología depresiva en los estudiantes de psicología de la universidad

pública. La dimensión cognitivo-afectiva muestra una correlación más fuerte con el estrés, lo que sugiere una estrecha interconexión entre los aspectos cognitivos y emocionales de la depresión y los niveles de estrés percibidos. La dimensión somático-motivacional también exhibe una correlación significativa, aunque de magnitud menor, insinuando que los síntomas físicos y motivacionales de la depresión también se ven influenciados por el estrés en este grupo de estudiantes. Estos hallazgos proporcionan una comprensión más profunda de la relación entre el estrés y la depresión en este contexto específico.

Tabla 11

Índices de correlaciones entre las dimensiones de la sintomatología depresiva y el estrés percibido en estudiantes de psicología.

		Dimensiones de la sintomatología depresiva	
		Cognitivo-Afectivo	**Somático-Motivacional**
Estrés Percibido	Coeficiente de correlación	,798**	,648**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	258	258

Asimismo, en relación con las *hipótesis específicas* que abordan la relación entre la *sintomatología depresiva y las dimensiones del estrés percibido* (percepción y capacidad de afrontamiento del estrés) en estudiantes de psicología de una universidad pública, se realizó un análisis estadístico de correlación mediante el coeficiente Rho de Spearman (r_s). Esto se puede observar en la Tabla 12, donde se muestra una correlación positiva de magnitud media entre la dimensión de percepción del estrés y la sintomatología depresiva ($r_s = 0.739$; $p < 0.01$), así como

entre la dimensión de capacidad de afrontamiento del estrés y la sintomatología depresiva (r_s = 0.709; $p < 0.01$). Ambas correlaciones son significativas al nivel de 0.01.

Estos resultados reflejan la compleja interacción entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología. Mientras que la dimensión de percepción del estrés percibido destaca la importancia de cómo los estudiantes comunican y experimentan el estrés, la dimensión de capacidad de afrontamiento del estrés percibido pone de manifiesto la relevancia de la capacidad de los estudiantes para gestionar y regular el estrés en sus vidas. Estos hallazgos brindan una visión más completa de cómo el estrés percibido y la sintomatología depresiva se entrelazan en este contexto académico.

Tabla 12

Índices de correlaciones entre las dimensiones del estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología.

		Dimensiones del estrés percibido	
		Percepción del Estrés	**Capacidad de Afrontamiento**
Sintomatología depresiva	Coeficiente de correlación	,739**	,709**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	258	258

Por otro lado, Con el fin de confirmar la *hipótesis específica* relacionada con la *comparación según el género*, se llevó a cabo un análisis de prueba de muestras independientes utilizando la prueba U de Mann-Whitney, la cual es una estadística no paramétrica. Esto se debió

a que, como se mencionó anteriormente, los puntajes no se ajustaron a una distribución normal. El objetivo fue determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables de estrés percibido y sintomatología depresiva en función del género.

La Tabla 13 muestra los resultados de la prueba de Mann-Whitney U que revelan diferencias estadísticamente significativas tanto en el estrés percibido (U=6086,500) como en la sintomatología depresiva (U=6104,500) según el sexo.

En el caso del estrés percibido, el valor de p fue 0,025 ($p<0,05$), indicando que hay una diferencia significativa en el estrés percibo entre ambos géneros. La magnitud del efecto, expresada por la medida de Cohen ($d = 0,298$), señala un efecto de tamaño pequeño en la percepción del estrés, donde las mujeres exhiben una media más alta ($M = 28,53$) en comparación con los hombres ($M = 26,07$).

Por otro lado, en la sintomatología depresiva, el valor de p fue 0,027 ($p<0,05$), evidenciando una disparidad significativa entre mujeres y hombres en cuanto a la presencia de síntomas depresivos. La magnitud del efecto, expresada por la medida de Cohen ($d = 0,239$), revela efecto pequeño en la sintomatología depresiva, con una media más alta en mujeres ($M = 15,55$) en comparación con hombres ($M = 12,91$).

En otras palabras, el sexo del estudiante parece tener un impacto significativo en los niveles de estrés percibido y sintomatología depresiva observados en el estudio. Las diferencias estadísticamente significativas sugieren que las puntuaciones de estrés y depresión varían de manera significativa entre hombres y mujeres, y no se deben simplemente al azar.

Por lo tanto, estos resultados señalan que el sexo es un factor relevante por considerar al analizar los niveles de estrés percibido y sintomatología depresiva en la población estudiada y la magnitud del efecto observado se encuentra dentro del rango indicado para un efecto pequeño.

Tabla 13

Diferencias según sexo en las variables estrés percibido y sintomatología depresiva.

Variables	Mujer (n=173)			Hombre (n=85)			*U(256)*	*p*	*d*
	M	**DE**	**RP**	**M**	**DE**	**RP**			
Estrés Percibido	28,53	8,278	136,82	26,07	8,237	114,61	6086,500	,025	0.298
Sintomatología depresiva	15,55	11,021	136,71	12,91	11,199	114,82	6104,500	,027	0.239

Nota: M=media, DE=desviación estándar, RP=rango promedio, U=U de Mann Whitney, p=valor de significancia estadística y d=d de Cohen.

4.3. Resultados Psicométricos de la Investigación

i. Análisis psicométrico de la Escala de Estrés Percibido (PSS)

a. Validez

Se obtuvo evidencia de validez basada en la estructura interna por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC) a partir de los puntajes obtenidos de los alumnos de psicología de una institución universitaria de carácter público.

Las cargas factoriales del modelo de dos factores presentan valores óptimos ya que en su mayoría superan el valor de 0.40 (Lloret-Segura et al., 2014), a excepción del ítem 12 que carga con un valor de 0.24 para el factor de percepción del estrés, que se conservó para no afectar la estructura interna de la escala. Asimismo, el modelo de dos factores o dimensiones logró obtener un índice de ajuste global adecuado: $X^2(76) = 131$, $p < .001$ y los índices de bondad de ajuste

también evidenciaron un modelo adecuado: RMSEA = .09, SRMR= .05, CFI = .96, TLI = .95, según los criterios de Keith (2014) (Anexo F).

b. Análisis de los ítems y confiabilidad

Se evidencia en el anexo F, que la correlación ítem-test corregida de la Escala de Estrés Percibido presenta un valor mínimo de 0.2 (ítem 12) y un valor máximo de 0.78 (ítem 14), cumpliendo con el criterio de poseer ítems con un valor mínimo de 0.2 (Delgado et al., 2006).

Se analizó mediante el alfa de Cronbach la consistencia interna de la Escala de Estrés Percibido, que evidenció un $\alpha = 0.91$ para la escala total; y unos coeficientes $\alpha = 0.86$ y $\alpha = 0.86$, de las dimensiones de percepción del estés y capacidad de afrontamiento respectivamente (Ver anexo F), lo que indicaría que existe una adecuada consistencia interna en la escala (Meneses et al., 2013).

ii. Análisis psicométrico del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

a. Validez

Se obtuvo evidencia de validez basada en la estructura interna por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC) a partir de los puntajes obtenidos de los alumnos de psicología de una institución universitaria de carácter público.

Las cargas factoriales del modelo de dos factores presentan valores óptimos ya que todos superaron el valor de 0.40 (Lloret-Segura et al., 2014). Asimismo, según el modelo de dos factores propuesto se logró obtener un índice de ajuste global adecuado: $X^2(188) = 221$, $p = .048$ y los índices de bondad de ajuste también evidenciaron un modelo de dos factores adecuado: RMSEA = .06, SRMR= .05, CFI = .99, TLI = .99, según los criterios de Keith (2014) (Ver en anexo G).

b. Análisis de los ítems y confiabilidad

Se evidencia en el anexo G, que la correlación ítem-test corregida del Inventario de Depresión de Beck presenta un valor mínimo de 0.54 (ítem 16) y un valor máximo de 0.73 (ítem 1), cumpliendo con el criterio de poseer ítems con un valor mínimo de 0.2 (Delgado et al., 2006).

Asimismo, se analizó mediante el alfa de Cronbach la consistencia interna del Inventario de Depresión de Beck, que evidenció un $\alpha = 0.95$ para la escala total; y unos coeficientes $\alpha = 0.93$ y $\alpha = 0.84$, de las dimensiones cognitivo-afectivo y somático-motivacional respectivamente (Ver anexo G), lo que indicaría que existe una adecuada consistencia interna de la escala (Meneses et al., 2013).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Análisis y Discusión de Resultados

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la hipótesis general, que demostró una correlación significativa directa entre las variables de estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia de COVID-19, es decir que a medida que el estrés percibido aumenta también aumenta la sintomatología depresiva, resultado similar a lo hallado por Lozada (2016) que también destacó la relación entre el estrés y la depresión. Cabe señalar que dada esta situación de distanciamiento social por pandemia COVID-19, puede tener un impacto en la salud mental de los estudiantes universitarios. Estos estudiantes se enfrentan no solo al desafío de adaptarse a las clases virtuales, que requieren habilidades de adaptación diferentes a las clases presenciales, sino que también deben lidiar con limitaciones económicas, el distanciamiento social y los problemas comunes de la juventud, lo que puede generar sentimientos de depresión. Además, los hallazgos de este estudio coinciden con los de (Vargas et al., 2018), quienes encontraron una relación positiva y directamente proporcional entre la depresión y los factores estresantes. Asimismo, Husky et al. (2021) encontraron que los factores estresantes previos asociados a la pandemia y al distanciamiento social pueden desarrollar niveles significativos de ansiedad. Además, Gavurova et al. (2020), en un estudio realizado en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19, han destacado que esta población no solo enfrenta la amenaza del coronavirus, sino también una serie de situaciones críticas que pueden desencadenar estrés y depresión durante su etapa universitaria.

Con relación a la asociación entre el estrés percibido y las distintas dimensiones de la depresión, se encontró que existe una correlación positiva significativa entre el estrés y la dimensión cognitivo-afectiva de la depresión, es decir cuando se incrementa el estrés el aspecto cognitivo-afectivo de la depresión se eleva significativamente impactando en la afección, concentración y estado emocional del estudiante.

Por otro lado, los resultados indican una correlación significativa y positiva entre la sintomatología depresiva y las dimensiones del estrés percibido, tales como la dimensión de percepción del estrés, que refleja la sensación de abandono o pérdida de control y sus repercusiones; y la dimensión de capacidad de afrontamiento del estrés, que se relaciona con la autoeficacia o el control de situaciones estresantes o amenazantes. Ambas dimensiones están directamente vinculadas con la depresión que una persona puede experimentar. Según el estudio realizado por Lakdawalla et al. (2007), la teoría de la depresión de Beck se fundamenta en el modelo de vulnerabilidad al estrés, sugiriendo que la activación de pensamientos distorsionados influye en el inicio y la persistencia de los síntomas depresivos. Además, la teoría de la desesperanza de la depresión sostenida por Abramson y Metalsky, (1989) argumenta que una predisposición negativa de la persona hacia los eventos vitales adversos, puede aumentar el riesgo de desarrollar depresión debido a la desesperanza.

Por otra parte, se observa que el 44,2% de la muestra tiene un nivel promedio de estrés percibido, mientras que el 37,2% de los estudiantes presentan niveles moderados de sintomatología depresiva. Estos resultados pueden ser comparados con el estudio de Brooks et al. (2020), quienes señalan que la pandemia de COVID-19 no solo ha tenido un impacto económico en los hogares de los estudiantes universitarios, sino que también ha generado un impacto emocional negativo, con consecuencias adversas para la salud mental. Además, se puede corroborar con el estudio realizado por León (2007), que, aunque se llevó a cabo antes de la pandemia de COVID-19, mostró que la

exposición prolongada a factores estresantes puede justificar la presencia de indicadores de depresión. Actualmente, la pandemia ha introducido diversos factores estresantes, como la sobrecarga de información en los medios de comunicación que informan sobre los casos detectados, el miedo al contagio, la pérdida de empleo, el aislamiento social y las lamentables pérdidas humanas.

En cuanto a los análisis del estrés percibido y la sintomatología depresiva según el género, se observa que 41 hombres (48,2%) y 73 mujeres (42,2%) presentan estrés moderado. Estos hallazgos se respaldan en el estudio de Gavurova et al. (2020) que sugiere, que las estudiantes de género femenino tienen una mayor susceptibilidad de presentar elevado estrés.

En cuanto a la depresión, se observa que la mayoría de las mujeres tienen moderada sintomatología depresiva, a diferencia de los hombres que en su mayoría no tienen sintomatología depresiva. Esta diferencia en la depresión entre mujeres y hombres se encuentra respaldo con el estudio de Rodas et al. (2010), quienes señalan que esta diferencia se explica desde múltiples perspectivas, permitiendo establecer cómo la estructura psicobiológica y algunos factores psicosociales hacen que el género femenino sea más susceptible a estos trastornos. En un contexto más actual, esto se confirma también en la investigación de Xiong et al. (2020), donde identificaron numerosos elementos de riesgo vinculados con la sintomatología depresiva durante la pandemia de COVID-19. Se observó que las mujeres, en comparación con los hombres, son generalmente más propensas a desarrollar síntomas depresivos. Además, se encontró que la condición de estudiante era un factor de riesgo para experimentar una mayor sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES

- Durante la pandemia COVID-19, se evidenció una clara correlación entre el incremento del estrés percibido y el desarrollo de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios.
- Se encontró que el aumento del estrés se asocia directamente con una disminución significativa en las funciones cognitivas-afectivas de este grupo poblacional.
- El estrés percibido elevado durante la pandemia repercutió negativamente en las funciones somático-motivacionales de los estudiantes, produciendo un impacto en su desempeño académico y su bienestar general.
- Los resultados apuntan hacia una relación bidireccional entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva, surgiendo un ciclo continuo donde ambos factores se refuerzan mutuamente en un contexto de crisis sanitaria.
- Se destaca una disparidad de género, donde se observa que las mujeres enfrentan mayor riesgo para desarrollar sintomatología depresiva moderada en comparación con los hombres que en su mayoría presentaron mínima depresión durante la pandemia por COVID-19.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar investigaciones referidas a la sintomatología depresiva como al estrés percibido incrementando los grupos etarios pospandemia COVID-19 y ampliando a los factores socioeconómicos, la exposición a la información mediática, el ámbito familiar y laboral que visualicen las consecuencias sobre las variables estudiadas.
- En futuras investigaciones, sería conveniente estudiar la relación entre la sintomatología depresiva, el estrés percibido, el apoyo social y la disponibilidad de servicios de atención psicológica. Además, sería importante explorar la eficacia de las intervenciones psicosociales específicas en la prevención y en tratamiento de la depresión y el estrés en diferentes realidades.
- La importancia del estrés y la depresión como problemas de salud pública en el Perú, requieren de medidas de promoción y prevención dirigidas a mejorar las condiciones emocionales en estudiantes de todos los niveles educativos. Esto podría incluir programas de intervención psicológica temprana, campañas de concientización y políticas educativas que aborden la salud mental de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

Abramson, L. y Metalsky, G. (1989). *Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression*. *96*(2), 358-372.

American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2013). *Stress in America: Missing the health care connection.* https://www.apa.org/news/press/releases/stress

Aucejo, E., French, J., Ugalde, M. y Zafar, B. (2020). The impact of COVID-19 on student experiences and expectations: Evidence from a survey. *Journal of Public Economics*, *191*, 104271. https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104271

Barradas, M. (2018). *Estrés Y Burnout Enfermedades En La Vida Actual*. Palibro. https://www.amazon.com/-/es/Mar%C3%ADa-Esther-Barradas-Alarc%C3%B3n/dp/1506525547

Bayram, N. y Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(8), 667-672. https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition*. The National Child Traumatic Stress Network. https://www.nctsn.org/measures/beck-depression-inventory-second-edition

Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division, Harper y Row.

Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.

Berry, J. y Sam, D. (1997). *Handbook of Cross-cultural Psychology: Social behavior and applications*. John Berry.

Bosqued, M. (2004). *Que no te pese el trabajo: Cómo combatir el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral: «mobbing», estar quemado, tecnoestrés*--. Gestión 2000. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=248319

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Brooks, T., Harris, S., Thrall, J. y Woods, E. (2002). Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health*, *31*(3), 240-246. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00385-3

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, *287*, 112934. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

Carballo, L., Hernández, A. y Gómez, O. (2020). *Estrés académico y depresión mental en estudiantes de primer año de medicina*.

Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología*, *35*(2), 387-422. https://doi.org/10.18800/psico.201702.001

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, *7*(4), e15-e16. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X

Chiappelli, J., Kvarta, M., Bruce, H., Chen, S., Kochunov, P. y Hong, L. (2021). Stressful life events and openness to experience: Relevance to depression. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 711-716. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.112

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed., reprint). Psychology Press.

Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385. https://doi.org/10.2307/2136404

Cohen, S. y Wills, T. (1985). *Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis*. *98*(2), 310-357.

Costa, P. y McCrae, R. (1980). *Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective Well-Being: Happy and Unhappy People*. *38*(4), 668-678.

Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, 3rd ed* (pp. xxix, 260). Sage Publications, Inc.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. y Van, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *159*, 118-126. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026

Delgado, A., Escurra, L. y Torres, W. (2006). *La Medición en Psicología y Educación: Teoría y Aplicaciones*. Editorial Hozlo. https://www.elvirrey.com/libro/la-medicion-en-psicologia-y-educacion-teoria-y-aplicaciones_77953

Dumais, A., Lesage, A., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J., Benkelfat, C. y Turecki, G. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry*, *162*(11), 2116-2124. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2116

Duman, R. y Aghajanian, G. (2012). Synaptic Dysfunction in Depression: Potential Therapeutic Targets. *Science*, *338*(6103), 68-72. https://doi.org/10.1126/science.1222939

Estrada, B., Delgado, C., Landero, R. y González, M. (2014). Propiedades psicométricas del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, *14*(1). https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppmb

Estrada, E., Mamani, M., Gallegos, N., Mamani, H. y Zuloaga, M. (2021). *Estrés académico en estudiantes universitarios peruanos en tiempos de la pandemia del COVID-19*. https://doi.org/10.5281/ZENODO.4675923

Ettman, C., Abdalla, S., Cohen, G., Sampson, L., Vivier, P. y Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, *3*(9), e2019686. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686

Farfán, E., y Sánchez-Villena, A. (2019). Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en Universitarios Cajamarquinos. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, *5*(3), e177. https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.177

García, M. (2012). *Manejo del estrés*. Innovación Y Cualificación.

Gavurova, B., Ivankova, V. y Rigelsky, M. (2020). Relationships between Perceived Stress, Depression and Alcohol Use Disorders in University Students during the COVID-19 Pandemic: A Socio-Economic Dimension. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(23), 8853. https://doi.org/10.3390/ijerph17238853

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 172-176. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040

Greenberg, P., Fournier, A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. y Kessler, R. (2021). The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2010 and 2018). *PharmacoEconomics*, *39*(6), 653-665. https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4

Gross, J. y John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348-362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Guzmán, J. y Reyes, M. (2018). Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, *36*(2), 719-750. https://doi.org/10.18800/psico.201802.012

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill España. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008

Huang, J., Han, M., Luo, T., Ren, A. y Zhou, X. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, *38*(3), 192-195. https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063

Husky, M., Kovess-Masfety, V., Gobin-Bourdet, C. y Swendsen, J. (2021). Prior depression predicts greater stress during Covid-19 mandatory lockdown among college students in France. *Comprehensive Psychiatry*, *107*, 152234. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152234

Kecojevic, A., Basch, C., Sullivan, M. y Davi, N. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PLOS ONE*, *15*(9), e0239696. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239696

Keith, T. (2014). *Multiple Regression and Beyond: An Introduction to Multiple Regression and Structural Equation Modeling* (2.ª ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315749099

Kendler, K., Gardner, C. y Prescott, C. (2002). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *Am J Psychiatry*.

Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. y Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, *62*.

Lakdawalla, Z., Hankin, B. y Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A Conceptual and Quantitative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*(1), 1-24. https://doi.org/10.1007/s10567-006-0013-1

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Leiva, M., Indacochea, S., Cano, L. y Medina, M. (2022). Association between anxiety and depression in Medical students at Universidad Ricardo Palma during the year 2021. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, *22*(1), 735-742. https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i4.4842

León, R. (2007). *Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de 'agotamiento nervioso'? 20*.

Livia, J., Aguirre, M. y Rondoy, D. (2021). Impacto Psicológico del aislamiento social en estudiantes de una Universidad Pública de Lima. *Propósitos y Representaciones*, *9*(2). https://doi.org/10.20511/pyr2021.v9n2.768

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, *30*(3), 1151-1169. https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361

Lozada, I. (2016). *Depresión y estrés en los estudiantes universitarios de la ciudad de León, Guanajuato.* https://docplayer.es/88663052-Depresion-y-estres-en-los-estudiantes-universitarios-de-la-ciudad-de-leon-guanajuato.html

Lupien, S., McEwen, B., Gunnar, M. y Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(6), 434-445. https://doi.org/10.1038/nrn2639

Masias, R. (2022). *Personalidad y depresión en estudiantes de una carrera profesional de una universidad del cusco - 2016*.

McEwen, B. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, *583*(2-3), 174-185. https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071

McEwen, B. (2017). Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic Stress*, *1*, 247054701769232. https://doi.org/10.1177/2470547017692328

McEwen, B. y Lasley, E. (2002). *The end of stress as we know it* (pp. xii, 239). Joseph Henry Press.

Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. y Valero, S. (2013). *Psicometría*.

Ministerio de Salud. (2020). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. «Perú, País Saludable»*. ttps://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf

Ministerio de Salud. (2023). *Datos Abiertos Minsa y Gestión del Conocimiento en Covid-19*. https://www.minsa.gob.pe/datosabiertos/

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, *370*(9590), 851-858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9

Neuman, W. (2002). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. *Teaching Sociology*, *30*(3), 380. https://doi.org/10.2307/3211488

O'Connor, R. y Pirkis, J. (Eds.). (2016). *The international handbook of suicide prevention* (Second edition). Wiley Blackwell.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Depresión*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses

Patten, S., Beck, A., Kassam, A., Williams, J., Barbui, C. y Metz, L. (2005). Long-Term Medical Conditions and Major Depression: Strength of Association for Specific Conditions in the General Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(4), 195-202. https://doi.org/10.1177/070674370505000402

Pedraz, B., Arévalo, M., Krüger, H. y Anculle, V. (2021). Validación por expertos del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado con la Enfermedad por Coronavirus 2019 para su uso en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, *83*(4), 228-235. https://doi.org/10.20453/rnp.v83i4.3888

Pieh, C., Budimir, S. y Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, *136*, 110186. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186

Rajhans, V., Memon, U., Patil, V. y Goyal, A. (2020). Impact of COVID-19 on academic activities and way forward in Indian Optometry. *Journal of Optometry*, *13*(4), 216-226. https://doi.org/10.1016/j.optom.2020.06.002

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 86-93. https://doi.org/10.1017/S1138741600006004

Rodas, J., Vélez, L., Isaza, B., Zapata, M., Restrepo, E. y Quintero, L. (2010). *Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico*.

Rottenberg, J., Gross, J. y Gotlib, I. (2005). Emotion Context Insensitivity in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 627-639. https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.627

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S. y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w

Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*.

Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. *Universidad Ricardo Palma*. https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1480

Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial. Conceptos y consecuencias clínicas*. https://www.librosuned.com/LU16944/El-estr%C3%A9s-psicosocial--Conceptos-y-consecuencias-cl%C3%ADnicas.aspx

Sandín, B. (2003). *El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales*. *3*(1), 141-157.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W. H. Freeman.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. McGraw-Hill.

Singleton, R. y Straits, B. (2009). *Approaches to Social Research*.

Snyder, H. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, *139*(1), 81-132. https://doi.org/10.1037/a0028727

Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X. y Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9), e21279. https://doi.org/10.2196/21279

Sullivan, P., Neale, M. y Kendler, K. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552-1562. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552

UNICEF. (2021). *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes | UNICEF*. https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes

UNICEF. (2022). *Un año de pandemia, un año de acción en Perú | UNICEF*. https://www.unicef.org/peru/coronavirus/un-ano-pandemia-covid-ano-accion-peru

Vargas, M., Talledo-Ulfe, L., Heredia, P., Quispe-Colquepisco, S. y Mejia, C. (2018). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: Estudio en siete

departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *47*(1), 32-36. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.008

Velasco, R., Cunalema, J., Franco, J. y Vargas, G. (2021). *Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador*.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. y Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1729. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. y McIntyre, R. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 55-64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ANEXOS

ANEXO A: Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación realizada por Romina Indira Molina Pinedo, estudiante del sexto año de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se encuentra enfocada en el estudio de estrés y depresión en estudiantes de pregrado de la Facultad de Psicología durante la pandemia COVID-19, con la finalidad de obtener el título profesional.

Si usted accede a participar, se le pedirá completar algunos datos generales y dos instrumentos que tiene una duración estimada entre 10 a 15 minutos.

El formulario se responde de manera voluntaria y anónima. La información se tratará en forma confidencial y sólo tendrá fines para la investigación sin ningún otro propósito.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con la investigadora al correo electrónico romina.molina@unmsm.edu.pe o al teléfono 993140808.

☐ ACEPTO participar en esta investigación.

☐ NO ACEPTO participar en esta investigación.

_____
Firma.

Me despido agradeciendo de antemano su valiosa participación.

Lima, ___ de Agosto del 2021.

ANEXO B: Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
VARIABLE I: Estrés percibido.	El estrés percibido se define como la interpretación subjetiva que una persona realiza de las demandas y tensiones en su vida, así como de su percepción sobre su habilidad para enfrentarlas. Es una medida de cómo una persona evalúa y valora los eventos y circunstancias que le rodean como estresantes o desafiantes (Lazarus y Folkman, 1984).	Puntajes obtenidos de la suma de los ítems del instrumento, primero invirtiendo puntuaciones de los ítems de la dimensión percepción del estrés y sumando con la otra dimensión de capacidad de afrontamiento.	Percepción del estrés.	percepción de una persona de que las situaciones en su vida son impredecibles, incontrolables y sobrecargantes.	Ítems: 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14.
			Capacidad de afrontamiento.	Punto de vista de una persona sobre su capacidad para hacer frente al estrés. Evalúa si la persona siente que puede manejar y controlar las dificultades y desafíos en su vida.	Ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13.
VARIABLE II: Sintomatología depresiva.	La sintomatología depresiva engloba una serie de signos y síntomas, como cambios en el apetito, sueño, fatiga, entre otros, que indican la presencia de un	Puntajes obtenidos de la suma de los ítems del instrumento, en sus dos dimensiones: somático – motivacional y cognitivo – afectivo.	Cognitivo - Afectivo	Tristeza – Pesimismo – Fracaso - Pérdida de placer - Sentimientos de culpa - Sentimientos de castigo - Disconformidad con uno mismo –	Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 y 21

	trastorno del estado de ánimo. Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración (American Psychiatric Association, 2014).			Autocrítica - Pensamientos o deseos suicidas - Llanto – Agitación - Pérdida de interés - Indecisión - Desvalorización – Irritabilidad - Pérdida de interés en el sexo.	
			Somático - Motivacional	Pérdida de energía - Cambios en los hábitos de sueño - Cambios de apetito - Dificultad de concentración - Cansancio o fatiga.	Ítems: 15, 16, 18, 19 y 20.

ANEXO C: Escala de Estrés Percibido (PSS) – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	**Casi nunca**	**De vez en cuando**	**A menudo**	**Muy a menudo**
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ANEXO D: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este inventario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas**, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo.

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual.

3a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo

ANEXO E: Matriz de Consistencia

<table>
<tr><th>PROBLEMA</th><th>OBJETIVOS</th><th>HIPÓTESIS</th><th>VARIABLES E INDICADORES</th><th>TÉCNICA E INSTRUMENTOS</th><th>METODOLOGÍA</th></tr>
<tr>
<td rowspan="2">Problema general
¿Cuál es la relación entre los niveles de estrés percibido y sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID - 19?</td>
<td>Objetivo general
Determinar la relación entre los niveles de estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19.</td>
<td>Hipótesis general
HG: Existe relación significativa entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19.</td>
<td rowspan="2">Variable I: Estrés percibido.
Dimensiones:
- Percepción del estrés.
- Capacidad de afrontamiento.

Variable II: Sintomatología depresiva.
Dimensiones:
- Cognitivo – Afectivo.
- Somático – Motivacional-</td>
<td rowspan="2">EEP. Escala de Estrés Percibido.
- Autor: Cohen, Kamarck y Memeslstein (1983).
- Adaptado a España: Remor y Carrobles (2001).
- Aplicación: Adultos
- Duración: Entre 15 aprox.

BDI-II. Inventario de Depresión de Beck.
- Autor: Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996).
- Adaptado a España: Sans, J y Vásquez, C (2011).</td>
<td rowspan="2">Diseño de investigación: No experimental de corte transeccional o transversal de tipo descriptivo correlacional.

Población: La población objetivo se encuentra conformada por estudiantes universitarios de pre-grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos matriculados en el ciclo 2021 – I.

Muestra: Conformada por 258 estudiantes universitarios de la</td>
</tr>
<tr>
<td>Objetivos específicos
- Determinar la relación entre el estrés percibido y la dimensión cognitivo – afectivo de la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la</td>
<td>Hipótesis específicas
- Existe relación significativa entre el estrés percibido y la dimensión cognitivo – afectivo de la sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la</td>
</tr>
</table>

	pandemia COVID – 19. - Determinar la relación entre el estrés percibido y la dimensión *somático – motivacional de la sintomatología depresiva* en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. - Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la dimensión *percepción del estrés percibido* en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. - Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la	pandemia COVID – 19. - Existe relación significativa entre estrés percibido y la dimensión *somático – motivacional de la sintomatología depresiva* en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. - Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la dimensión *percepción del estrés percibido* en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. - Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la		- **Aplicación:** 13 años en adelante. - **Duración:** Entre 05 a 10 minutos.	Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Seleccionados mediante la técnica de muestreo no probabilístico intencional. **Técnica:** Con el propósito de asegurar un análisis confiable en el marco de los objetivos y las hipótesis establecidas en esta investigación, se emplearon técnicas y herramientas psicométricas para recopilar datos. Esto permitirá la medición de diversos resultados que, a su vez, servirán de apoyo en la elaboración de la investigación y en la obtención de conclusiones significativas

	dimensión *capacidad de afrontamiento del estrés percibido* en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. - Determinar si existen diferencias en el nivel de estrés percibido y la sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19.	dimensión *capacidad de afrontamiento del estrés percibido* en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19. - Existe diferencias significativas entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de psicología de una universidad pública durante la pandemia COVID – 19.			relacionadas con el trabajo realizado.

ANEXO F: Análisis psicométrico de la Escala de Estrés Percibido (PSS)

i. Validez

Tabla F.1

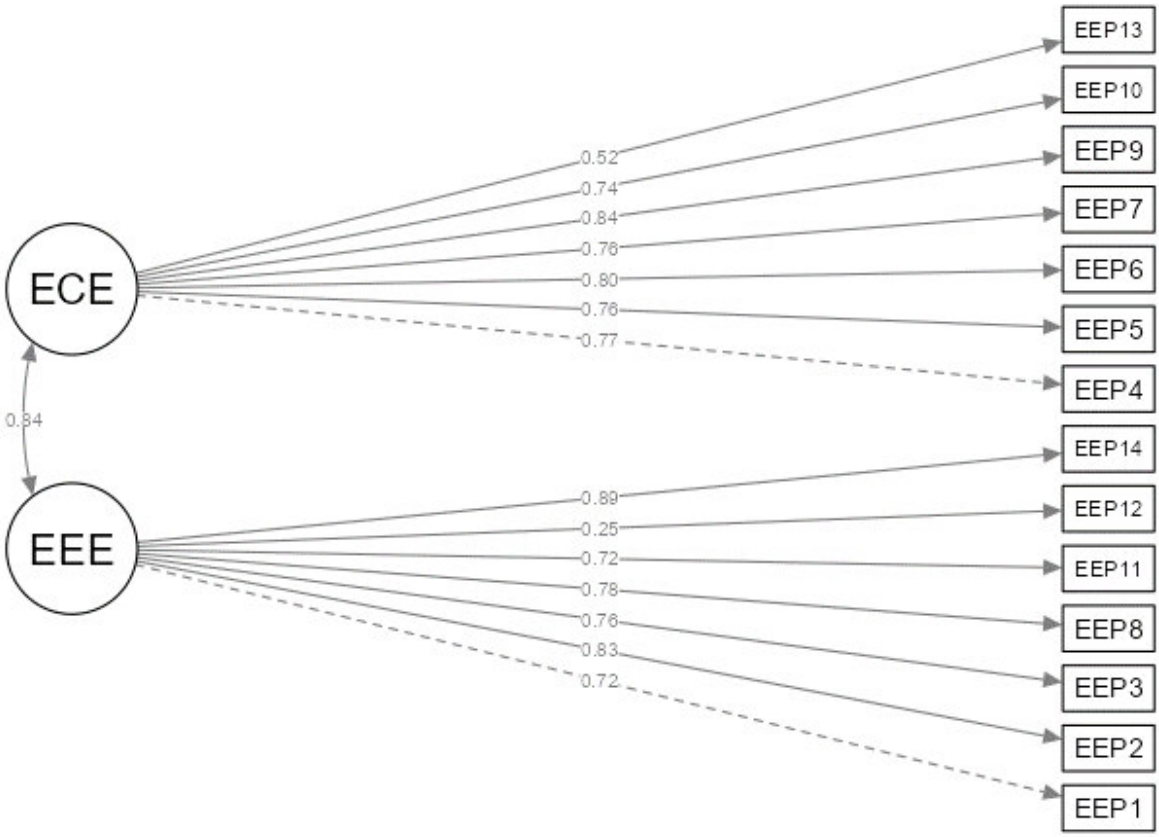
Análisis Factorial Confirmatorio la Escala de Estrés Percibido, índices de ajuste global e índices de bondad de ajuste

Escala	X^2	*gl*	*p*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*
Escala de Estrés Percibido	131	76	<.001	.965	.959	.091	.051

Nota. N = 258. El método de estimación usado fue mínimos cuadrados ponderados robusto (WLSMV).

Figura F

Modelo estructural de la Escala de Estrés Percibido con el modelo final de 2 factores



Nota. n = 258. Los valores presentados son coeficientes estandarizados. Las abreviaturas son "EEP" para los ítems del instrumento y para las dimensiones ECE: Capacidad de afrontamiento y EEE: Percepción del estrés.

Tabla F.2

Cargas factoriales de la solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio para la escala de Estrés Percibido.

Ítems	Percepción del estrés	Capacidad de afrontamiento
1	.72	
2	.83	
3	.77	

8	.78		
11	.72		
12	.25		
14	.89		
4			.77
5			.76
6			.80
7			.76
9			.84
10			.74
13			.52

Nota. n = 258.

ii. Confiabilidad

Tabla F.3

Análisis de ítems de la escala de Estrés Percibido

Ítem	Media de escala si el ítem es eliminado	Varianza de escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
1	25.5	59.2	0.62	0.90
2	25.7	57.3	0.73	0.89
3	24.8	59.7	0.67	0.90
4	26.3	61.9	0.61	0.90

5	26.3	61.9	0.60	0.90
6	26.1	59.8	0.68	0.89
7	26.1	60.5	0.66	0.90
8	25.6	58.3	0.69	0.89
9	26.3	61.7	0.65	0.90
10	25.8	60.1	0.64	0.90
11	25.6	58.0	0.63	0.90
12	24.7	66.0	0.20	0.92
13	25.8	62.4	0.44	0.91
14	25.6	56.5	0.78	0.89

Nota. n = 258.

Tabla F.4

Análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa

	Percepción del estrés	Capacidad de afrontamiento	Escala total
Coeficiente alfa	.86	.86	.91

ANEXO G: Análisis psicométrico del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

i. Validez

Tabla G.1

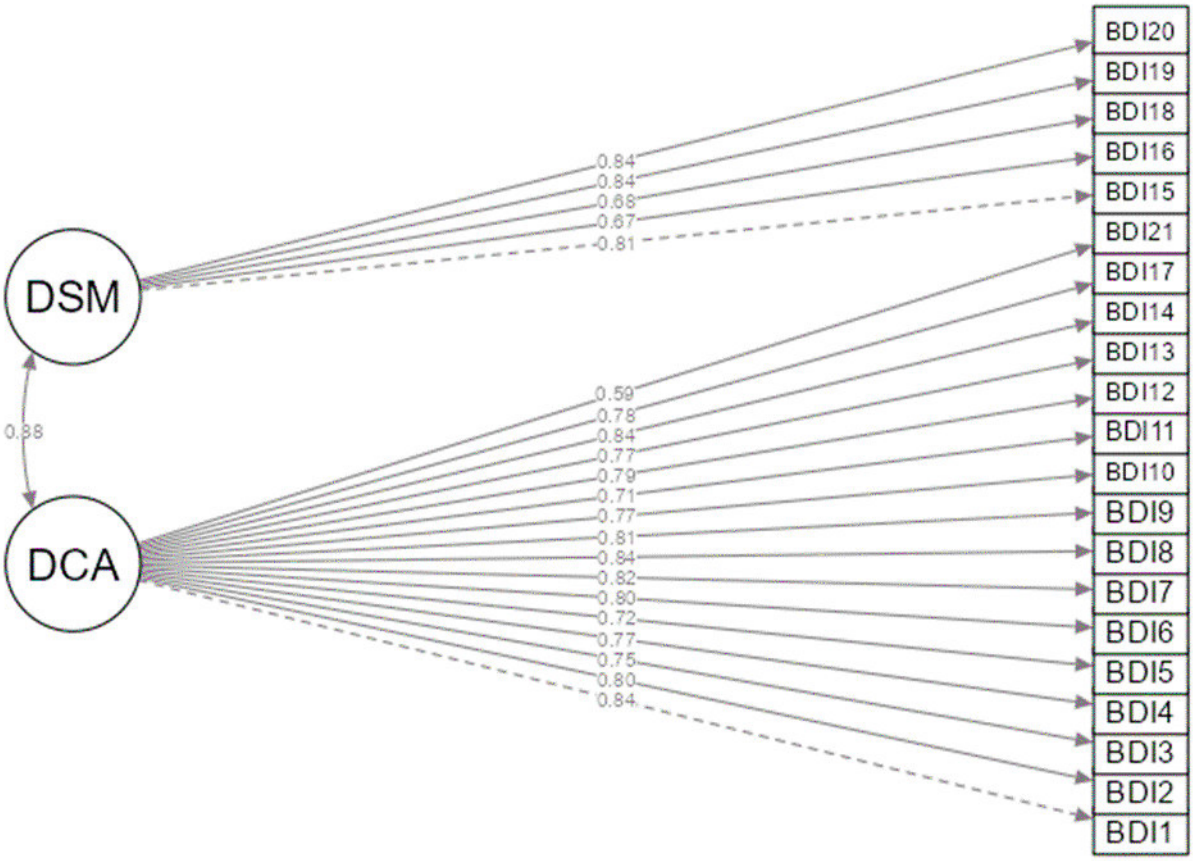
Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), índices de ajuste global e índices de bondad de ajuste

Escala	X^2	*gl*	*p*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*
Inventario de Depresión de Beck	221	188	.048	.999	.999	.057	.049

Nota. N = 258. El método de estimación usado fue mínimos cuadrados ponderados robusto (WLSMV).

Figura G

Modelo estructural del Inventario de depresión de Beck con el modelo final de 2 factores



Nota. n = 258. Los valores presentados son coeficientes estandarizados. Las abreviaturas son "BDI" para los ítems del instrumento y para las dimensiones DSM: Somático - Motivacional y DCA: Cognitivo – Afectivo.

Tabla G.2

Cargas factoriales de la solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio del Inventario de depresión de Beck

Ítems	Cognitivo - Afectivo	Capacidad de afrontamiento
1	.84	
2	.80	

3	.75	
4	.77	
5	.72	
6	.79	
7	.81	
8	.84	
9	.81	
10	.77	
11	.71	
12	.79	
13	.77	
14	.84	
17	.77	
21	.59	
15		.81
16		.67
18		.68
19		.84
20		.85

Nota. n = 258.

ii. Confiabilidad

Tabla G.3

Análisis de ítems de la escala del Inventario de depresión de Beck

Ítem	Media de escala si el ítem es eliminado	Varianza de escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
1	14.1	112.7	0.72	0.94
2	14.0	114.5	0.67	0.94
3	14.1	112.6	0.64	0.94
4	13.9	112.8	0.66	0.94
5	13.9	112.5	0.62	0.94
6	14.2	113.9	0.65	0.94
7	14.0	111.6	0.69	0.94
8	13.8	110.2	0.74	0.94
9	14.4	115.3	0.63	0.94
10	14.1	111.5	0.65	0.94
11	13.9	113.8	0.62	0.94
12	13.9	112.4	0.69	0.94
13	13.9	111.1	0.67	0.94
14	14.0	110.3	0.70	0.94
15	13.7	111.9	0.66	0.94
16	13.4	113.3	0.54	0.94

17	14.0	112.0	0.68	0.94
18	13.9	113.9	0.55	0.94
19	13.6	110.6	0.69	0.94
20	13.6	110.4	0.70	0.94
21	14.3	116.9	0.47	0.94

Nota. n = 258.

Tabla G.4

Análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa

	Somático - Motivacional	Cognitivo - Afectivo	Escala total
Coeficiente alfa	.93	.83	.94