



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS
**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS CON
TARTAMUDEZ DE LA ASOCIACIÓN PERUANA HABLA LIBRE
DE SAN MIGUEL, LIMA 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:
Claudia Patricia Sanchez Silva
Ruby Elizabeth Saavedra Huaranga

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en
Psicología

Docente asesor:

Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada
Código Orcid N° 0000-0002-3770-1287

Chincha, Ica, 2021

Asesor

DR. YRENEO EUGENIO CRUZ TELADA

Miembros del jurado

- Dr. Edmundo González Zavaleta
- Dr. William Chu Estrada
- Dr. Carlos Gamarra Bustillos

DEDICATORIA

Claudia Patricia Sánchez Silva

A mi familia, porque es nuestra gran motivación y parte fundamental para el desarrollo de nuestra investigación.

Ellos me dieron la fuerza y apoyo en momentos de debilidad, su amor incondicional y su confianza para lograr este sueño alcanzado.

DEDICATORIA

Ruby Elizabeth Saavedra Huaringa

Este trabajo de investigación está dedicado a mi hermana, Magali por el gran apoyo incondicional que me brindo en estos cinco años de carrera.

A mis padres; Máxima y Dionicio, que me dieron la vida y siempre me impulsaron hacia adelante para alcanzar mis metas.

Y por último mi esposo Juan Carlos, y mis hijos Yuleimi y David que son mi mayor fuente de motivación.

AGRADECIMIENTO

Claudia Patricia Sánchez Silva

Mi agradecimiento inicial a Dios por este logro, por darnos salud y paciencia para superar las dificultades, por darnos fuerza y enseñarnos a conservar la calma en momentos de debilidad. A mis padres por darnos la vida, por amarnos como somos y por confiar en nosotras en esta larga y ardua carrera. A mi familia y esposo, quienes son la razón de nuestra continua lucha y superación, muchas gracias por su comprensión y paciencia en estos largos años de ausencia donde teníamos que dividir nuestros tiempos entre la familia, el trabajo y los estudios.

A mis profesores por sus enseñanzas impartidas durante nuestra formación profesional, a nuestros compañeros de aula porque también formaron parte de nuestro desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTO

Ruby Elizabeth Saavedra Huaringa

Agradecer en primer lugar a Dios, por permitirme realizar mis metas, guiarme en cada decisión, darme salud y así seguir adelante; en segundo lugar, a mi familia, mis padres, hermanos, hermana y mi esposo quienes me apoyaron para terminar la carrera; y por último a los docentes de la universidad por sus enseñanzas que me han brindado en estos años de estudio.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue demostrar la relación entre Ansiedad y Depresión en Personas con Tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel – Lima, 2021”. Estudio de relevancia porque permitió abordar de cómo se relacionan la ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre Pueblo Libre de San Miguel-Lima, 2021. Fue de tipo aplicada, nivel descriptivo-correlacional, diseño no experimental. Los instrumentos de medición aplicados fueron la Escala de ansiedad de Zung y la escala de Depresión de Zung. La muestra fue de 131 personas con tartamudez. El método y análisis de datos fue la codificación y tabulación de los datos, se usó el programa estadístico SSPS 23.0, se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov, para precisar que los datos sigan la curva de distribución normal, que determino el uso de la prueba no paramétrica. Con la correlación de Spearman se obtuvo de todos los cálculos un nivel de significación igual a $p < .05$ y $p < .01$. se utilizaron los criterios de la estadística descriptiva. De ello se concluye, que existe relación significativa inversa y significativa entre la ansiedad y la depresión ($\rho = 0,831$); respondiendo con base a los objetivos específicos, podemos decir que la variable ansiedad se correlacionan en sentido positivo con las dimensiones cognitiva ($\rho = -0,580$), asimismo con la dimensión afectiva ($\rho = -0,665$); finalmente con la dimensión conductual ($\rho = -0,458$) en Personas con Tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel – Lima, 2021; resultados que confirma que, a menor nivel de ansiedad menores estados depresivos a nivel cognitivo, afectivo y conductual.

Palabras Claves: Habilidades sociales, habilidades alternativas, afrontamiento.

ABSTRACT

The objective of the research was to demonstrate the relationship between Anxiety and Depression in People with Stuttering from the Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel - Lima, 2021". Relevant study because it allowed addressing how anxiety and depression are related in people with stuttering from the Peruvian Association Habla Libre Pueblo Libre de San Miguel-Lima, 2021. It was applied type, descriptive-correlational level, non-experimental design. The measurement instruments applied were the Zung Anxiety Scale and the Zung Depression Scale. The sample was 131 people with stuttering. The method and data analysis was the coding and tabulation of the data, the statistical program SSPS 23.0 was used, the Kolmogorov-Smirnov goodness-of-fit test was applied, to specify that the data follow the normal distribution curve, which determined the use of the nonparametric test. With the Spearman correlation, a significance level equal to $p < .05$ and $p < .01$ was obtained from all the calculations. Descriptive statistics criteria were used. From this it is concluded that there is a significant inverse and significant relationship between anxiety and depression ($\rho = 0.831$); responding based on the specific objectives, we can say that the anxiety variable is positively correlated with the cognitive dimensions ($\rho = -0.580$), also with the affective dimension ($\rho = -0.665$); finally with the behavioral dimension ($\rho = -0.458$) in People with Stuttering of the Peruvian Association Habla Libre de San Miguel - Lima, 2021; Results that confirm that the lower the level of anxiety, the lower the depressive states at the cognitive, affective and behavioral levels.

Key Words: Social skills, alternative skills, coping.

**ÍNDICE GENERAL
CONTENIDO**

ÍNDICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Jurado calificador	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	X

Índice de contenido

I.	INTRODUCCION	11
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1.	Descripción de Problema	13
2.2.	Pregunta de investigación general	16
2.3.	Pregunta de investigación específicas	17
2.4.	Justificación e importancia	17
2.5.	Objetivo general	19
2.6.	Objetivos específicos	19
2.7.	Alcances y limitaciones	19
III.	MARCO TEÓRICO	
3.1.	Antecedentes	20
3.2.	Bases teóricas	29
3.3.	Marco conceptual	45
IV.	METODOLOGIA	
4.1.	Tipo y nivel de la investigación	46
4.2.	Diseño de la investigación	46
4.3.	Población – Muestra	47
4.4.	Hipótesis general y específicas	48
4.5.	Identificación de variable	48
4.6.	Operacionalización de variable	59
4.7.	Recolección de datos	61
V.	RESULTADOS	
5.1.	Presentación de Resultados	62
5.2.	Interpretación de los resultados	66
5.3.	Comprobación de hipótesis	67

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
6.1. Análisis de los resultados	74
6.2. Comparación resultados con marco teórico	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS	81
ANEXOS	
Anexo 1: Instrumento y Ficha de Validación Juicio de Expertos	88
Anexo 2: instrumentos de investigación	91
Anexo 3: Ficha de validación Juicio de Expertos	101

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Descripción por edad de las personas con tartamudez</i>	62
<i>Tabla 2. Descripción por sexo de las personas con tartamudez</i>	63
<i>Tabla 3. Descripción por estado civil de las personas con tartamudez</i>	64
<i>Tabla 4. Descripción por grado de instrucción</i>	65
<i>Tabla 5. Ansiedad en las personas con tartamudez</i>	66
<i>Tabla 6. Depresión en las personas con tartamudez</i>	67
<i>Tabla 7. Prueba de normalidad</i>	68
<i>Tabla 8. Ansiedad y depresión en personas con tartamudez</i>	69
<i>Tabla 9. Ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión</i>	70
<i>Tabla 10. Ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión</i>	71
<i>Tabla 11. Ansiedad y la dimensión conductual de la depresión</i>	73

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Edades de las personas con tartamudez</i>	62
<i>Figura 2. Sexo de las personas con tartamudez</i>	63
<i>Figura 3. Estado civil las personas con tartamudez</i>	64
<i>Figura 4. Grado de instrucción de las personas con tartamudez</i>	65
<i>Figura 5. Ansiedad en las personas con tartamudez</i>	66
<i>Figura 6. Depresión en las personas con tartamudez</i>	67

I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación contribuyo con nuevos aportes y teorías de la Ansiedad y Depresión en Personas con Tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel – Lima, 2021. Siendo que, la ansiedad conceptuada por Bermudez, (2001) menciona que una de los componentes cognitivos de la ansiedad, se refleja en la incapacidad de desarrollar una tarea asignada, ya que solo centra su atención en las posibles consecuencias negativas que pueden encontrar las demás personas que lo rodean. Por otro lado (Piqueras, et als., 2008), nos habla de las dimensiones cognitivas, fisiológica, y motora de la ansiedad por ello hemos utilizado La Escala de Ansiedad Zung La Escala de Depresión Zung.

Las personas que asisten a la referida Asociación, han exteriorizado a través de diferentes manifestaciones de conductas indicadores que denotan estados de ansiedad, lo cual repercute en los diferentes estados de ánimo, manifestando indicadores de estados depresivos. Estas conductas de Tristeza, ganas de llorar, de culpa, de intranquilidad por las mañanas, estados de nerviosismo, se muerden las uñas, lo que evidencia la existencia de la problemática de estados ansiosos, que general los estados depresivos en la que se encuentran las personas adultas que concurren a recibir la ayuda profesional para controlar y mejorar la tartamudez en esta asociación; es por ello que se ha tenido en cuenta para la investigación realizada, un abordaje con empatía y asertividad, que influyó de forma positiva en las conductas de estas personas en estudio tanto en el ámbito terapéutico, social y sobre todo en lo personal de las personas con trastorno de la comunicación.

La depresión se puede originar a partir de las experiencias negativas que haya vivido la personas, la tríada cognitiva negativa, de (Beck 1976) menciona también que la persona se anticipa a cualquier acontecimiento como negativa a las personas, tiene pensamientos negativos de lo que

pueda pasar en el futuro y hacia su persona. En la presente investigación se deseó demostrar que la ansiedad y la depresión en jóvenes que sufren de tartamudez puede ser perjudicial para su desarrollo personal, si estos trastornos no son tratados en el momento adecuado.

En este estudio realizado para alcanzar los objetivos planteados, se dividió el trabajo de la siguiente manera: El primer capítulo introducción a la investigación realizada, donde se menciona las variables que se trabajó. En el Capítulo II, titulado planteamiento de problema, y pregunta de investigación a nivel general y específico, con la justificación a nivel teórico, práctico, metodológico así, como social, con los objetivos general y específicos. En el Capítulo III, se encontró el marco teórico con los antecedentes de investigación: nacionales e internacionales, donde se realizó la fundamentación científica con las bases teóricas de las variables Ansiedad y Depresión, terminando este capítulo con el marco conceptual. En el Capítulo VI, se trató sobre métodos y materiales con la formulación de la hipótesis general y específicas, las definiciones conceptuales y operacionales de las variables de estudio, el tipo y nivel de investigación, el diseño utilizado, así como la población, muestra y muestreo: se mencionaron las técnicas e instrumentos de recolección de datos, también se ha tratado de los métodos de análisis de datos, así también la operacionalización de las variables. En el Capítulo V, se presentaron los resultados, la descripción de la muestra, descripción de las variables, comprobación de hipótesis, En el Capítulo VI se muestra el análisis de los resultados. Y por último abarcó las conclusiones y recomendaciones. También señalamos las referencias bibliográficas y finalmente los respectivos anexos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de Problema

La investigación realizada tiene como propósito demostrar la relación entre la ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima. Problemática que, según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostienen a la ansiedad como una de las patologías más frecuentes en las personas a nivel mundial, además es una de las principales causas de enfermedades entre los adolescentes de 10 a 19 años de edad. La OMS estima que a los 14 años se empiezan a mostrar los primeros síntomas de ansiedad como baja autoestima, miedo a equivocarse, nerviosismo, percibir situaciones y acontecimientos como amenazantes, incluso cuando no lo son, incapacidad para relajarse, irritabilidad y trastornos de sueño. Esta patología es más frecuente en las mujeres (4,6 %) que en los hombres (2,6 %) (OMS, 2018).

La prevalencia anual de la ansiedad en las personas a nivel Latino América se ubicaría alrededor del 3,6%, mientras que la de vida sería aproximadamente del 5,9%. Concretamente, en la región de las Américas se estima que el 7,7 % de las mujeres sufre ansiedad, mientras que en el caso de los hombres es un 3,6 %. De acuerdo con datos sociodemográficos Brasil es el país de Latinoamérica que más desórdenes de ansiedad padece (9,3 % de la población); seguido de Paraguay (7,6 %); Chile (6,5 %); Uruguay (6,4 %); Argentina (6,3 %); Cuba (6,1 %) y Colombia (5,8 %). Le sigue Perú y República Dominicana (5,7 %); Ecuador (5,6 %) (Valverde, 2017).

En la actualidad por el estado de emergencia sanitaria en que estamos viviendo, la ansiedad se ha incrementado por el impacto del aislamiento necesario y como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017, Refiere que los trastornos ansiedad se han incrementado y si a ello se añade la problemática de la depresión se están convirtiendo en problemas

habituales de la salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y estabilidad emocional. Son más de 260 millones que presentan trastornos de ansiedad y en consecuencia los trastornos con una alta carga de morbilidad, es la depresión, el trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, demencia, trastornos por abuso de sustancias, discapacidades intelectuales y trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, además muchos no logran superar hasta la edad juvenil y adultez. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016) los datos que nos brinda, nos informan que aproximadamente 450 millones de personas aquejan un grado de ansiedad tan fuerte en la mayoría de casos desencadenan estados depresivos que obstaculizan el desarrollo de su vida en todo el mundo. Actualmente los trastornos de ansiedad son estimados como los más frecuentes en los Estados Unidos y México, ya que uno de ocho norteamericanos entre 18 y 54 años sufre algún tipo de trastorno de ansiedad; Se aprecia que, en algún momento o etapa de la vida, alrededor del 25% de la población sufrirá algún cuadro de trastorno de ansiedad.

Por otro lado, estos estados de ansiedad y depresión están presente de forma latente en las personas que presentan tartamudez entendido como un trastorno del habla que afecta el proceso comunicativo debido a que las personas que tartamudean pueden repetir o alargar sonidos, sílabas o palabras, interrumpiendo de manera involuntaria el flujo normal del discurso a esto se suma que existen factores secundarios a la tartamudez propiamente dicha, tales como la ansiedad, el pensamiento y los sentimientos negativos hacia la comunicación. Para la Stuttering Foundation of America, (2015) la tartamudez es: “trastorno de la comunicación, y se caracteriza por excesivas interrupciones involuntarias o bloqueos en la fluidez del habla, particularmente cuando dichas interrupciones consisten en repeticiones o prolongaciones de un sonido o sílaba y cuando ellas van acompañadas de conductas de evitación con esfuerzo”

Este trastorno que afecta a personas de cualquier rango etario, se inicia durante la niñez y en algunos casos durará toda la vida. Esto puede significar que las personas con esta condición presenten limitaciones en su desarrollo comunicativo, ocasionando que adopten conductas de evitación como el susurrar, hablar menos, dejar de hablar y mostrarse introvertidos en diferentes contextos muchas veces alterando estados de la autoestima, actitud, estados emocionales y sobre todo la personalidad.

Según la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA, 2014): “La tartamudez suele ser un problema complejo. En un inicio puede presentarse de una manera simple, sin embargo, al transcurrir el tiempo se vuelve muy complicada debido a las reacciones, al comportamiento defensivo y a las estrategias de afrontamiento de la persona que tartamudea, además de las reacciones de la persona que lo escucha tartamudear. Por otra parte, en los niños, adolescentes y adultos, la tartamudez origina dificultades comunicativas las que a su vez crean barreras en cuanto a la vida social, educativa y profesional que pueden complicar en gran medida el problema. En algunos casos, puede haber serios trastornos emocionales, como la depresión o stress por hablar. Estas complejidades crean problemas que son abordados por los terapeutas a través del tratamiento”.

La Asociación Habla Libre, es una organización que nació de un grupo de personas con tartamudez que se reunieron pensando en formar un espacio, una comunidad donde más personas con tartamudez puedan compartir sus experiencias, hablar sin ser juzgados, apoyarse mutuamente, enfrentar poco a poco el miedo a expresarse frente a los demás, saber que no están solos y que la tartamudez no tiene por qué ser una limitante. Cada 22 de octubre, desde 1998, se celebra el Día Internacional del conocimiento de la tartamudez, fecha que tiene como objetivo concientizar y sensibilizar a la población sobre esta condición. En el marco de esta celebración,

entrevistamos a Bruno Villegas, egresado PUCP de la especialidad de Ingeniería Mecánica y líder de la organización de apoyo mutuo para personas con tartamudez Habla Libre, para conocer más sobre la tartamudez, su experiencia con la misma y sobre esta asociación que viene dirigiendo desde hace dos años. Bruno Villegas, refiere “Sin duda, la tartamudez es complicada” nos recalca, e indica que, en gran parte, el impacto negativo del tartamudeo se debe tanto a la falta de información sobre el tema como a la información equivocada o anticuada que se recibe sobre el mismo. Así, nos comenta que en su experiencia personal estuvieron presentes dos mitos que se mantienen vigentes en la actualidad; por un lado, se encontraba la creencia de que su condición podía deberse a nervios. “Uno piensa: «seguro es porque tengo nervios, entonces, tengo que vencer estas inseguridades para hablar bien» y eso genera mucha frustración” afirma. Por otro lado, nos cuenta que, también, solía creer que su tartamudeo iba a desaparecer eventualmente: “yo pensaba que mi tartamudez era algo que se iba a ir, y que en algún momento iba a empezar a hablar «bien», pero me acompañó hasta aquí, hasta la universidad”. <https://facultad.pucp.edu.pe/ingenieria/alumnos/habla-libre/>.

Después de haber realizado una revisión de lo que genera esta problemática en las personas que presentan esta alteración del habla, la investigación a realizar presenta relevancia e importancia su ejecución, siendo necesario plantear la siguiente interrogante ¿Existe relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación habla Libre de San Miguel - Lima 2021?

2.2. Pregunta de investigación general

¿Existe relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre Pueblo Libre de San Miguel - Lima 2021?

2.3. Pregunta de investigación específicas

Problema específica 1

¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima 2021?

Problema específica 2

¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión afectiva en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel - Lima 2021?

Problema específica 3

¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión conductual en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima 2021?

2.4. Justificación e importancia

2.4.1. Justificación

La investigación que se realizó presenta una justificación teórica desde el marco de la Psicología Clínica, porque permitió profundizar los enfoques teóricos de significativos y actualizados de la ansiedad y su relación con la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima, 2021, al estudiar las diversas teorías de, Beck y Clark en 1988 proponen que los trastornos emocionales, parten de una distorsión o sesgo sistemático al procesar la información, Es así que cuando una persona experimenta ansiedad se medían valoraciones de la percepción de peligro tales como se demostrará la importancia de conocer el estado vital de la ansiedad como un factor determinante de la depresión en las personas con tartamudez.

El estudio realizado tiene relevancia social, puesto que, tanto la ansiedad y la depresión son de vital importancia para el proceso de recuperación de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel - Lima, donde se realizará el estudio, lo que permitirá interactuar saludablemente entre el personal de la asociación como también en la sociedad globalizada y altamente competitiva, siendo de beneficio social para la asociación del habla y para todas las personas en general, puesto que ayudando a estabilizar y/o prevenir los estados ansiosos y depresivos en estas personas puede mejorar el estado emocional de las personas de la asociación.

Desde el punto de vista práctico a nivel salud, la presente investigación tiene relevancia porque las conclusiones y recomendaciones permitirán a las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre así como a los administradores de la asociación, tengan en cuenta la importancia de las variables ansiedad y depresión para proponer elaborar propuestas de intervención, tanto en los comportamientos adecuados, actitudes y percepciones, así como técnicas de manejo cognitivo, afectivos y psicomotrices que le ayudaran en el tratamiento a estas personas con tartamudez.

Por otro lado, el estudio realizado tiene un aporte metodológico, pues se pudo disponer de los instrumentos que se van a utilizar que son la Escala de ansiedad y la escala de depresión de Zung. cuyas propiedades psicométricas fueron adaptadas y estandarizadas para el uso en el medio local; con ello los futuros estudios tendrán mayor facilidad; teniendo en consideración que se realizó la validación de contenido por criterio de expertos en psicología y junto con el análisis estadístico se determinó su validez y confiabilidad de ambos instrumentos de medición empleados para la muestra en estudio, asimismo con estos criterios a desarrollados estas dos pruebas psicológicas quedarán en condiciones de poder ser aplicada en problemáticas parecidas.

2.5. Objetivo general

Demostrar la relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

2.6. Objetivos específicos

Determinar relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

Determinar la relación entre ansiedad y la dimensión afectiva en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

Determinar la relación entre ansiedad y la dimensión conductual en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

2.7 Alcances y limitaciones

Alcances

Esta investigación fue realizada de tipo descriptivo el cual nos permite describir las variables para identificar si existe relación entre ansiedad y la depresión de las personas que presentan tartamudez.

Limitaciones

Existen pocos estudios sobre la ansiedad y depresión en personas que presentan tartamudez, pero aun si se buscó información en diferentes estudios realizados sobre el tema; en cuanto a la muestra solo se trabajó con grupo de personas de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Internacionales

Jaimes, Ramírez, & Romero, (2020) realizaron una investigación que tuvo como objetivo fue identificar la relación de los diferentes niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos durante su tratamiento médico, para ello se utilizó como método el enfoque cuantitativo de tipo correlacional no experimental transversal a una población de 100 pacientes oncológicos del Hospital Universitario de Santander, los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados arrojados en los niveles de Ansiedad, puntuaron un porcentaje mínimo en el nivel leve con un 11 %; el nivel moderado con un 14 %, el nivel grave con un 24% y, por último, el nivel mínimo con la mayor parte de los participantes registrando un 51%. En cuanto a la variable de Depresión, los resultados indicaron el menor porcentaje en el nivel leve con un 13 %; un nivel moderado con un 16 %; un nivel grave puntuando un 25% y finalmente, el nivel mínimo con la mayor parte de los participantes con el 46%. En resumen, la correlación de estas dos variables resulta ser significativa y negativa, siendo igual a 618, es decir, inversamente proporcionales.

Es importante la mencionada investigación, porque se trabajó con la variable ansiedad, el diseño de la investigación fue no experimental, correlacional transversal; Siendo los resultados parcialmente parecidos a los que se espera alcanzar.

Sánchez, Martínez, Sánchez, Moreno, Vásquez, Sánchez y Rodríguez, (2018). Realizaron una investigación denominada “Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico” Hospital Universitario Virgen de las Nieves – México. Señalan en su trabajo se aborda el estudio de la ansiedad en los padres de niños con TDAH, no analizada como causa de la conducta del niño con TDHA, sino como factor de contexto. Se ha observado que algunos padres inciden en el manejo del trastorno, pudiendo

incentivar la aparición de algunas conductas disfuncionales o mediante la orientación adecuada, contribuir a su modificación. Por lo que consideramos que, al convivir con niños con TDAH, sus padres y familiares se ven afectados. Se observó una asociación entre los subtipos de TDAH de los niños y ansiedad en sus padres. En el análisis de regresión logística en los subtipos clínicos de TDAH en niños asociados con ansiedad en sus padres los subtipos clínicos con mayor significancia fueron: TDAH-C ($p = 0.0034$), TDAHHip-Imp ($p = 0.1629$), TDAH-I ($p = 0.001$) y con menor asociación, controles ($p = 0.4851$). Los resultados de este estudio reportan una mayor significancia entre los niños asociados con ansiedad en sus padres, los subtipos clínicos con mayor significancia son los niños con Trastorno por TDAH-C. Por lo cual estas observaciones aprueban nuestra hipótesis de trabajo. Se observó una asociación entre los subtipos de TDAH de los niños y ansiedad en sus padres. En el análisis de regresión logística en los subtipos clínicos de TDAH en niños asociados con ansiedad en sus padres.

La importancia de este antecedente fue demostrar que mientras más dificultad hay en la crianza de los hijos y las responsabilidades que se tienen cumplir, hay mayor incidencia en los padres de tener depresión y ansiedad. Además, el estudio mencionado es de tipo correlacional.

Burges (2018) realiza una tesis Doctoral que tuvo como objetivo conocer los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria de Caracas – Venezuela, para ello se agrupó las distintas actividades realizadas en este trabajo en tres estudios. En el primer estudio se analizaron evidencias de validez psicométrica del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en Venezuela. En una muestra de 441 participantes se realizó la adaptación y validación del instrumento utilizando el método de modelos de ecuaciones estructurales. El siguiente estudio, consistió en adaptar y proporcionar evidencias de validez al Cuestionario de Salud de Pacientes (PHQ) en el contexto venezolano con énfasis en la escala de ansiedad y depresión mayor. Para ello se realizaron distintos procedimientos, como estudio de la fiabilidad a partir de la consistencia interna y método de dos mitades, análisis de la validez convergente para lo

cual se utilizaron los criterios obtenidos del GHQ-28 en una muestra de 318 participantes. En otra muestra de 80 participantes se estimó la curva COR (Curva Característica Operativa del Receptor) utilizando como criterio un diagnóstico realizado a partir de la entrevista M.I.N.I Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview). En el tercer estudio, se aplicaron las subescalas PHQ-9 y GAD-7 en una muestra de 814 participantes, pacientes de un centro de atención primaria de Caracas, Venezuela. En la muestra se encontró que 10,6% había presentado depresión mayor y el 7% había presentado trastornos de ansiedad generalizada. Al analizar los resultados por variables sociodemográficas como el género, la edad y el estado civil se encontraron algunas diferencias, pero pocas estadísticamente significativas. Los resultados son discutidos a luz de los estudios de prevalencia internacionales y se discute sobre las divergencias encontradas. Los estudios realizados se estiman un aporte al área del conocimiento de la Psicología de la Salud desde la perspectiva metodológica, por proporcionar esfuerzos de adaptación psicométrica de los instrumentos GHQ-28 y PHQ en el contexto de atención primaria venezolano. Desde la perspectiva teórica, el presente estudio contribuye con elementos sobre evidencias en el uso del cuerpo teórico consolidado y su validez intercultural soportada por la perspectiva de autores como Goldberg (1972, 1978, 1979), Spitzer, Kroenke y Williams (1999); Kroenke y Spitzer (2002); Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe (2010). Desde la perspectiva de la relevancia en el contexto de salud de Venezuela, y considerando las grandes dificultades políticas, económicas y sociales enfrentadas en este país en los últimos años, el presente estudio contribuye al traer evidencias de validez a pruebas de cribado que pueden ser utilizadas en atención primaria. Esto puede permitir la detección temprana de trastornos de depresión y ansiedad, así como planificar su intervención y contribuir para el desarrollo de políticas públicas en el área de salud. Como consecuencia, se cree que esta investigación pueda generar algún aporte a la salud mental y calidad de vida de los ciudadanos venezolanos a mediano y largo plazos. Por todo lo demás, se considera que los

resultados encontrados sean tomados como evidencia inicial de validez de los instrumentos utilizados en el contexto de atención primaria de Caracas, Venezuela. Además, se sugiere la realización de estudios epidemiológicos, en muestras más grandes y en contextos diversos para generar información consistente a cerca de la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en Venezuela.

Esta investigación fue importante porque se trabajó con las dos variables ansiedad y depresión; población similar. Siendo los resultados parcialmente parecidos a los que se espera alcanzar.

Nadja, A. (2017). Realizó un estudio sobre la Disfemia que, es un trastorno del habla que se caracteriza por disfluencias anormales y persistentes del habla, acompañadas por peculiares patrones conductuales, cognitivos y afectivos (Sangorrín, 2005). Los objetivos de este trabajo son encontrar información teórica y científicamente respaldada que considere el tratamiento de la disfemia con hipnosis como método fiable o alternativo válido, así como conocer cómo se aplica actualmente el tratamiento de la disfemia con hipnosis y su porcentaje de éxito. Para ello se realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica junto con una investigación cualitativa. Los resultados obtenidos fueron muy favorables: si se tiene en cuenta el origen de la disfemia uno de los modelos terapéuticos (escuela OMNI) sólo considera que es tratable en muy pocas sesiones si su origen es traumático y los resultados son positivos en un 80% de los casos. En cambio, un modelo de combinación de hipnosis con métodos logopédicos o relajación no diferencia el origen de la disfemia, pero el tratamiento es más prolongado y exige de mayor implicación del participante, siendo un tratamiento favorable y efectivo para cualquier tipo de disfemia. De este modo, la hipnosis se podría emplear como acelerador de tratamiento para la disfemia, pero falta validez científica.

Esta investigación fue importante toma en cuenta el tipo de población en la que se llevó a cabo, es decir personas con tartamudez o disemia.

Siendo los resultados importantes para el presente estudio.

Freire (2016), en su investigación titulada la ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo

Del Danton Pelileo”, de la Universidad Técnica de Ambato Ecuador e trabajo investigativo tuvo como objetivo principal determinar si la ansiedad tiene efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo, partiendo desde la identificación del trastorno de tartamudez infantil y su causante la ansiedad que se lo llevo a efecto con la colaboración del Patronato Municipal de Pelileo en conjunto con la Dra. Doris Torres quien es la profesional encargada del área psicológica. Luego de la observación directa de la problemática se propuso investigar a profundidad este fenómeno con lo que se seleccionó una población de 80 estudiantes los mismos que fueron evaluados de forma cualitativa como cuantitativa, aplicando la investigación conjunta con un nivel de asociación de variables. Mediante el test de ansiedad Stai-c para niños versión Colombia donde se medía los niveles de ansiedad ausencia de ansiedad, rasgos de ansiedad y niños con ansiedad, en cual se obtuvo un 58% de niños que presentaban ansiedad lo cual ratifico la hipótesis de que la ansiedad si tenía efecto sobre los trastornos de tartamudez infantil. También se utilizó un cuestionario estructurado sobre la tartamudez infantil el mismo que fue aplicado a los padres de los niños sujetos a investigación para determinar cuál es la fase de tartamudeo que presenta su hijo, fase inicial, fase intermedia o la fase avanzada donde el 61% de los evaluados presento signos y síntomas de tartamudez intermedia siendo este el grupo más significativo de la muestra obtenida. Por lo cual se ha intervenido sobre la ansiedad en los niños con el modelo cognitivo conductual, con la Terapia racional emotiva en niños y adolescentes para intervenir en la liberación y descarga de ansiedad. Palabras claves: Ansiedad, tartamudez infantil, cognitivo conductual, terapia racional emotiva.

Pérez, G. (2016). Realizó un estudio en Madrid-España. Sobre “Familia y síndrome de Down: ansiedad y estrés en los progenitores”

Universidad Pontificia de Madrid – España. Plantean que los padres que conocen que su futuro bebé tiene S.D, atraviesan momentos emocionales ambiguos, sentimientos de culpa, desapego, miedo o negación. Un estudio realizado a 467 madres de niños con S.D en España, sobre el tipo de apoyo postnatal que recibían tras el nacimiento de un hijo con S.D, concluyó que las madres se sentían asustadas, culpables, ansiosas y enfadadas, en casos excepcionales, con deseos de suicidarse. Según la mayoría de las madres, los médicos no aportaron información suficiente sobre el S.D, y rara vez les dieron material escrito o les aconsejaron relacionarse con grupos de apoyo organizados por padres. Por ello es el objetivo de esta investigación es conocer si los progenitores de niños con S.D de edades comprendidas entre 3 y 15 años, muestran niveles altos de estrés y ansiedad. Si es así, ver si estos niveles son diferentes según el sexo de los padres, es decir, si padres y madres presentan niveles de ansiedad y estrés significativamente diferentes. Como líneas futuras, en este estudio, habría sido interesante, no solo obtener los niveles de ansiedad y estrés de esta muestra, si no también saber qué motivos los causan y si son las mismas para las madres que para los padres, porque cuanto mejor y más profundamente se conozcan las causas de estrés y ansiedad, mejor se podrán determinar y comprender las necesidades de los progenitores y por ende ser capaces de cubrirlas por parte de los distintos profesionales de un modo eficaz. La importancia de este estudio es demostrar las dificultades emocionales que provocan en los padres el cuidado de hijos con síndrome de Down, lo cual puede derivar en problemas de depresión y ansiedad en los padres.

Nacionales

Mamami (2020) El presente trabajo busca evaluar el nivel de ansiedad, depresión y dinámica familiar en ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años, 2018-2019. Para ellos se realizó un estudio analítico, observacional, transversal de campo, se midió el nivel de depresión y ansiedad con la ayuda de la Escala Zung además del nivel de

dinámica familiar con la Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): Para ello se realizó una revisión de cuestionarios tomados a los alumnos ingresantes como parte de su evaluación médica. Encontrando que el 95.9% de los ingresantes a la Universidad Católica de Santa María no presentan ansiedad, seguido del 4.0% de ingresantes con ansiedad moderada, mientras que el 0.1% de ellos presentan ansiedad severa. El 83.7% no presentan depresión, seguido del 14.8% de ingresantes con depresión leve, el 1.3% tienen depresión moderada, mientras que con 0.2% los ingresantes tienen depresión severa. El 45.4% (1098 alumnos) de los ingresantes tienen familias moderadamente funcionales, seguido del 44.0% (229 alumnos) con familias funcionales, el 9.5% tienen familia disfuncional, mientras que el 1.1% (26 alumnos) presentan dinámica familiar severamente disfuncional. Según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=131.78$) muestra que la dinámica familiar y el nivel de ansiedad presenta relación estadística significativa ($p<0.05$) Asimismo se observa que el 43.1% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría con dinámica familiar funcional no presentan ansiedad, mientras que el 1.2% de los ingresantes con familia disfuncional presentan ansiedad moderada. Según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=605.60$) muestra que la dinámica familiar y el nivel de depresión presenta relación estadística significativa ($p<0.05$). Asimismo, se observa que el 41.6% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría con dinámica familiar funcional no presentan depresión, mientras que el 3.5% de los ingresantes con familia disfuncional presentan depresión leve. Concluyendo que sí se cuenta con alumnos con síntomas de ansiedad y depresión sea leve moderada o severa. Además, que existe relación significativa entre la ansiedad, depresión y dinámica familiar.

Esta investigación fue importante porque se trabajó con las con ambas variables ansiedad y depresión, también el instrumento utilizado fue: Escala de Auto Evaluación de Ansiedad (EAA) de Zung, por lo que se espera obtener resultados similares.

Núñez (2018) realizó un estudio, cuyo *objetivo fue* Determinar el nivel de depresión y ansiedad en los padres de los recién nacidos hospitalizados

en el servicio de neonatología del hospital III Goyeneche. *Métodos:* se desarrolló un estudio observacional transversal de campo aplicando la encuesta incluyendo la escala de depresión y ansiedad de Zung. *Resultados:* Tras aplicar la escala depresión y ansiedad a 96 padres, se encontró que el 41.66% de padres estudiados experimentó algún nivel de depresión, siendo predominantemente leve 33.33% y moderado en 8.33%, del mismo modo 54.17% presentó síntomas de ansiedad, siendo 47.92% leve y 6.25% moderada. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo ($\chi^2=9.165$, $p=0.010$) y zona de residencia ($\chi^2=34.631$, $p=0.001$) con el nivel de depresión de los padres. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas para el nivel de ansiedad. *Conclusiones:* 41.66% de padres con recién nacidos hospitalizados experimentó síntomas depresivos y 54.17% de ansiedad. Existen relaciones significativas entre las características de los padres y la patología del recién nacido, y el nivel de depresión. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas para el nivel de ansiedad.

Esta investigación es importante porque trabajó con la ansiedad y depresión, con el instrumento de la escala de autoevaluación de Ansiedad (EAA) de Zung, el diseño de la investigación fue no experimental, observacional, transversal; Siendo los resultados parcialmente parecidos a los que se espera alcanzar.

Egúsqiza, L. (2017). Realizó una investigación, cuyo objetivo fue Determinar si la ansiedad y/o depresión son factores esenciales para obtener un bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego. *Material y Métodos:* Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, prospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 112 estudiantes del 2° año de Medicina del curso de Morfofisiología 1, según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: expuestos a ansiedad y/o depresión y no expuesto a ansiedad y/o depresión. *Resultados:* El análisis estadístico determinó que no existe asociación entre ansiedad, depresión o ambas simultáneas con el bajo rendimiento académico.

Conclusión: La ansiedad, depresión o ambas simultáneas no es factor esencial asociado a bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina ($p > 0.05$).

La mencionada investigación se consideró relevante porque se tomó en cuenta ambas variables ansiedad y depresión; también poblaciones estudiantes, esperando tener resultados parecidos.

Villanueva (2017) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de ansiedad y las categorías de la calidad de vida de los jóvenes, la muestra fue probabilística al azar conformada por 448 jóvenes de 20 a 24 años de la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, la hipótesis a comprobarse fue: Es probable que exista relación entre los niveles de ansiedad y las categorías de la calidad de vida en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, se consideró como variable (X) los niveles de ansiedad, con sus indicadores: No hay ansiedad presente, ansiedad mínima a moderada, ansiedad marcada a severa y ansiedad en grado máximo, el instrumento utilizado fue: Escala de autoevaluación de Ansiedad (EAA) de Zung, al mismo que se le aplicó, el Test de Kolmogorov de Bondad de Ajuste a la curva normal ($p < 0.05$) y el análisis de la Confiabilidad de la Consistencia Interna a través del Coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha = 0,808$). El diseño de la investigación es no experimental, correlacional transversal. Se realizó el análisis estadístico para datos categóricos. Los resultados indican ausencia de ansiedad en los jóvenes investigados, sin embargo, la categoría más acentuada es la mala calidad de vida de los jóvenes. Llegando a concluir que no existe relación significativa ($p > 0.05$) entre los niveles de ansiedad y la calidad de vida. Sin embargo, la ausencia de ansiedad se relaciona significativamente ($p < 0.05$) de forma negativa leve con los indicadores hogar y bienestar económico, vida familiar y familia extensa, salud, existiendo relación positiva leve con el indicador medios de comunicación. Palabras clave: Ansiedad, calidad de vida.

Esta investigación fue importante porque se trabajó con las variables ansiedad, también el instrumento utilizado fue: Escala de autoevaluación

de Ansiedad (EAA) de Zung, el diseño de la investigación es no experimental, correlacional transversal; Siendo los resultados parcialmente parecidos a los que se espera alcanzar.

3.2. Bases teóricas

Ansiedad

La investigación realizada presenta relevancia e importancia porque en este proceso se realizó un abordaje de las principales teorías de la ansiedad y la depresión que fundamentan estos estados en las personas que presentan estos estados psicológicos y que a continuación se mencionan:

Moreno (2008) define la ansiedad como una emoción natural en el ser humano de la cual se aprende o se adecúa a la supervivencia, si no existiera el instinto de supervivencia en el ser humano, no se aprendería. Sin embargo, este modelo de defensa o de autoprotección, en ocasiones no funciona correctamente lo que genera una perturbación en los estudiantes de tercero básico ante cualquier estímulo o situación en que los alumnos consideren no tener el control y se sientan amenazados, lo que genera miedo a sufrir algún daño.

Clarck y Beck (2012) definen la ansiedad como un complejo sistema de respuesta conductual que la persona experimenta para anticiparse a circunstancias que los demás perciban como difíciles de controlar y podrían amenazarla tanto emocional como físicamente. Esto por el estrés constante en que la sociedad se encuentra, derivado de trabajo o responsabilidades que la persona crea que no podrá solventar.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), consideran que la angustia y la ansiedad es el producto de la incapacidad de cubrir las necesidades que su medio requiere. Además, la segunda es una respuesta emocional que es expresada como consecuencia de cualquier riesgo que puede afectar al individuo en todos sus niveles como fisiológico, emocional, cognitivo y motor; mientras que la primera, la angustia, pretende generar cualquier tipo

de amenaza a la persona, viéndose afectada su integridad en el aspecto físico y psicológico. En otro aspecto, se debe diferenciar la terminología de los procesos fisiológicos, como lo es el estrés y la ansiedad; siendo el estrés el producto de la relación entre el medio que lo rodea y el individuo, en donde la persona realiza un análisis de como este medio lo puede o no afectar, siendo el enfrentamiento un recurso que utiliza si se pone en riesgo su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984).

Spielberger (1980) define a la ansiedad como un posible estado de transición o como un rasgo el cual es permanente en la personalidad del individuo. Asimismo, lo puede clasificar en dos formas, la primera es un estado, el cual se caracteriza por tener sentimientos que son subjetivos, representados en la tensión que se evidencia en la elevada actividad del SNA; mientras que, en la segunda, es la predisposición total o relativa a presentarla, definiéndola como un rasgo, el cual forma parte de la personalidad.

Para Spielberger (Bahuermeister, Villamil y Spielberger 1978), la ansiedad es un proceso que inicia en la autovaloración, considerando que los estímulos no sean amenazadores, no se produce la reacción, pero si lo es, la persona tratará de reducirla. También existen ciertos mecanismos, los cuales son las respuestas defensivas, que la misma persona ha desarrollado, al recordar enfrentamientos anteriores en situaciones similares.

En conclusión, la ansiedad es un estado que genera tensión, inquietud y miedo al mismo individuo, teniendo como característica primordial el conjunto de síntomas fisiológicos y psicológicos en relación a una situación de riesgo, los cuales son reconocidos por la persona generando respuestas indirectas o directas, para lograr adaptarse a la situación y así obtener la homeostasis. Por ello, la adaptación es la forma particular con la que responde cada persona en una situación, teniendo diferentes respuestas en distintos niveles, presentando síntomas cognitivos e incluso fisiológico, las cuales pueden ser marcadas en su posterioridad (Spielberger, 1980; Lang, 1979, citado en Vila, 1984).

Siendo esta una situación parecida por lo que atraviesan las personas que presentan el trastorno del habla de tartamudez ya que pueden experimentar estados de vergüenza, temor, lo que produce alteración a nivel psicoafectivo cuando presentan interrupción en el momento que se están comunicándose de forma verbal, siendo importante el soporte emocional que pueden recibir en un proceso de ayuda psicológica.

Teorías

Ansiedad

Teoría Psicodinámica Según Hales et al., (1996) establecen que el creador es Freud. Tratan de explicar los síntomas en base a un conflicto inconsciente que surge entre impulsos inaceptables que emergen del individuo y que son rechazados por el súper ego generando tensión entre ambas esferas lo que da como resultado los síntomas ansiosos. Para poder manejar estos síntomas el ego recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la intelectualización, la formación reactiva y el aislamiento afectivo entre otros. De acuerdo a esta teoría al disminuir la intensidad del conflicto mediante técnicas de psicoterapia, los síntomas desaparecen.

Teorías Conductistas Según Hales et al., (1996) afirman que el conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutro, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa

de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

El modelo cognitivo aparece después de la década de los años setenta, la característica principal de este modelo es que ante la explicación mecanicista que proponía el modelo conductual, plantea la importancia de los procesos cognitivos en la elusión de la conducta ansiosa y conductas humanas. Este enfoque propone que antes de la elusión de una respuesta se da un periodo de análisis, en el cual el sujeto evalúa y valora sus implicaciones, por lo que, si al realizar el análisis encontrara que el resultado es amenazante iniciara una respuesta ansiosa que estará modulada por otros procesos cognitivos. 26 por lo que el eje Cognitivo del individuo representara las ideas, creencias, imágenes que acompañan a la ansiedad, estos pensamientos giraran en torno a cuan peligrosa sea una situación para el sujeto.

Postulados sobre la ansiedad de Beck

Para Beck y Clark (1997), refieren en su modelo planteado de la ansiedad y el pánico que a estas respuestas le subyace una secuencia de procesamiento de la información que se basa en los pensamientos automáticos, al tiempo que consideran el papel fundamental que juega la anticipación en la respuesta de carácter ansiógena. Beck y Emery (1985), proponen que los trastornos emocionales, parten de una distorsión o sesgo sistemático al procesar la información, Es así que cuando una persona experimenta ansiedad se median valoraciones de la percepción de peligro, y subsecuentemente de las capacidades del sujeto para enfrentarse a tal peligro. Estas valoraciones tenderán a presentar un sesgo, focalizando una sobreestimación del grado de peligro, acompañadas de infravaloración de los recursos del sujeto para el afronte, en consecuencia, tras evaluar el suceso como pérdida o fracaso y al ejercer la retirada temporal, se conserva energía, es así que el modo de escape aporta un valor de supervivencia. Beck y Clark en 1988 usan los esquemas para explicar cómo las actitudes y creencias disfuncionales están representadas, y como estas

afectan al procesar la información, así mismo explica que un esquema tendrá a definir ya que toda información ligada con el esquema será elaborada y codificada y la que no será olvidada. 27 plantea que en los trastornos de ansiedad los esquemas que se activan podrán presentar variación de acuerdo a las situaciones, pero tienen en común contenido relación exagerada percepción de vulnerabilidad y focalización en estímulos que indiquen peligro, ignorando señales de seguridad. Además, cabe destacar que este modelo plantea una transacción de información continua con el medio. Es así que para Beck y Clark en 1988 el perfil cognitivo ansioso se puede enmarcar en:

a) proposiciones cognitivas: contenido relacionado con amenaza física o psicológicas, b) Selectividad al procesar indicios de amenaza y atención focalizada por ganar control de los estímulos internos y externos, c) valoraciones negativas específicas para cada situación, anticipación de sucesos negativos a futuro, pensamientos que implican amenaza y pensamientos automáticos acerca del peligro presente y posibilidades futuras.

Tipos de ansiedad

La ansiedad ha sido dividida según Spielberg entre la ansiedad rasgo relacionada con la personalidad y la ansiedad estado relacionada con una amenaza física anticipatoria. (García, 2014; Hernández-Pozo, Macías, Calleja, Cerezo y del Valle, 2008; Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012).

a) Ansiedad Rasgo: En la ansiedad rasgo una persona tiende a reaccionar de manera ansiosa en su vida diaria, aunque no necesariamente está ansiosa, es decir que tiene una propensión ansiosa de forma estable. Además, tiende hacia una interpretación de las situaciones que se caracteriza por el peligro o la amenaza las cuales estimulan la aparición de la ansiedad. (Armstrong, 1999; citado por Hernández-Pozo et al., 2008; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012). Estas personas son propensas a la ansiedad y se percibe como un rasgo de personalidad, pues percibe situaciones cotidianas como amenazadoras,

provocando el aumento de la ansiedad (Armstrong, 1999; citado por HernándezPozo et al., 2008; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; García, 2014).

b) Ansiedad estado: Esta es una fase transitoria de las emociones, la cual es variable en su intensidad y duración. Por momentos la persona que los experimenta puede sentir una emoción que parece patológica ya que se caracteriza por una activación autonómica y somática. Las situaciones que vive una persona definen como actúa, ya que cuando siente que no es amenazante la intensidad de la emoción es baja, mientras que al percibirla como peligrosa y amenazante, la tensión aumenta independientemente del peligro real. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Spielberger, 1980; citado por Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012). Existen condiciones emocionales transitorias, las que se caracterizan por tensión, aprensión e hiperactividad del sistema Nerviosos Autonómico, por ejemplo, en 16 situaciones específicas como un examen, supone una situación amenazante ya que puede interferir con diferentes metas propias, pero una vez que pasa, la ansiedad también desaparece. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Spielberger, 1980; citado por Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012; García, 2014).

Niveles de ansiedad

Según Martínez y Cerna (1990); citado por García (2014), la ansiedad se puede dividir en tres niveles:

a) Ansiedad mínima o leve. - Cuando se da una ansiedad leve o mínima una persona se encuentra alerta, observa y oye dominando la situación antes que se produzca. Se le denomina como una ansiedad benigna o de tipo ligero. Las reacciones fisiológicas que se presentan están representadas por la respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardíaca, síntomas gástricos leves, temblor de labios, tics faciales, etc.

b) Ansiedad moderada: La percepción de la persona que experimenta la ansiedad se encuentra un poco limitada, pues observa, escucha y domina la situación en menor intensidad que la anterior, por lo cual experimenta ciertas limitaciones para percibir lo que sucede en su entorno. Las reacciones emocionales que puede presentar son una frecuente

respiración entrecortada, tensión arterial elevado, estomago revuelto, boca seca, diarrea o estreñimiento, expresión facial de miedo, inquietud, respuestas de sobresalto, dificultad de dormir o relajarse, etc.

c) Ansiedad Grave o severa: El campo perceptual de una persona se ha reducido notoriamente por lo que es incapaz de analizar lo que sucede. La atención se concentra en uno o varios detalles dispersos lo que ocasiona distorsión en lo que observa, dificultad para aprender nuevas cosas, para establecer secuencias lógicas. Se presenta la respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofocación, movimientos involuntarios o temblor corporal, expresión facial de terror, hipertensión arterial, etc.

Depresión

Para realizar la presente investigación fue necesario considerar algunas definiciones más significativas que detallamos de la variable Depresión que, facilite comprender mejor esta problemática en personas con tartamudez de la Asociación Habla Libre, que a continuación se detalla:

La depresión es un estado de ánimo de tristeza, se altera el estado del humor y puede provocar una tristeza patológica, desproporcionada e intensa, que conlleva a la persona a perder el interés de vivir, a sentirse incapaz de realizar sus actividades cotidianas. Estas personas presentan síntomas como: alteración del sueño, falta de apetito, síntomas somáticos y alteraciones del pensamiento.

Hollo y Beck (citados en Almudena, 2016), definen la depresión como el “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”.

Esta definición viene desde una perspectiva psicológica, como también se menciona que es, trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, y desesperanza profundos, la depresión patológica es una tristeza sin causa aparente que la evidencie y a su vez es grave y constante, aparecen varios síntomas, incluidos las

perturbaciones de sueño, bajo apetito, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (Zarragoita, 2011).

Pino, Belenchon y Lorenzo (2008). Sostienen que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza patológica, una reducción de la energía y disminución del nivel de actividad, donde su capacidad de disfrutar, interesarse y concentrarse en las cosas se encuentra reducidas, y además la autoestima y su confianza en sí mismo casi siempre están reducidas; presentando a menudo ideas de culpa, remordimiento e inutilidad. (Pino, Belenchón, Sierra y Lorenzo; 2008),

La depresión viene a ser a causa de la presión socio estructural y si uno no tiene un buen recurso de afrontamiento a esta presión le llevara a tener malestar físico y emocional, esto es desde una perspectiva Sociológica. Finalmente encontramos a Freud que define la depresión de una perspectiva psicoanalítica afirmando que es, duelo, sufrimiento por la pérdida de algo real o imaginario, lo cual lo lleva a un estado de culpa, vergüenza u odio hacia uno mismo, mientras que su discípulo Karl Abraham dice que, la depresión puede ser por la fijación de una etapa de desarrollo psicosexual (Álvaro, Garrido, & Schweiger, 2010).

Beck (citado en Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002), definen a la depresión como una serie de pensamientos negativos de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona se ve a sí mismo como incapaz, despreciado, esto hace que distorsione en la interpretación de su realidad, viendo su entorno solo en términos dañados, cree que su futuro será puro fracaso y frustración, lo cual lo lleva a reasignarse y dejarlos sin modificar nada.

El Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), donde menciona que el sentimiento de tristeza intensa puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento, el cual desencadena este estado de ánimo deprimido, melancólico, cuya característica principal es la alteración del humor, esta también acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad

motora, cansancio, especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio, que trae repercusiones a nivel personal, familiar, escolar y social.

OMS (2018). Define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Teorías de la Depresión

1.- Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión

La Terapia Cognitiva de Beck manifiesta que la conducta de una persona está determinada por el modo en que estructura el mundo (Beck; 1967- 1976). Es decir que todo a nuestro alrededor está basado en la manera en cómo nosotros mismos nos entendemos y como entendemos a los demás, Por lo tanto, no es en si la situación, sino lo que percibimos hace que influya en nuestros comportamientos y también en nuestras emociones. Así pues, este modelo se basa en las conductas, seguida de los pensamientos y las emociones, explicando que están conectadas: es decir, nuestros pensamientos van a poder influir directamente en nuestras emociones que podemos experimentar y esto influye en nuestras conductas (Beck, 2002).

Se postulan tres conceptualizaciones para explicar la depresión: tríada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de información.

2. Teoría desde el enfoque interactivo y multidimensional de la ansiedad

La ansiedad se ha estudiado como una respuesta emocional ante un conjunto de hechos experienciales, fisiológicos y expresivos, donde la persona considera estos episodios como potencialmente amenazantes, aunque no necesariamente resulte peligroso (Cano-Vindel, 1997). Como rasgo de personalidad, se estudia en base a las diferencias individuales de manifestar estados o reacciones de ansiedad (Spielberger, 1972). Estos se caracterizan por sentimientos de inseguridad, temor, de pensamientos negativos hacia uno mismo; a nivel fisiológico se observan cambios en el Sistema Nervioso Autónomo además de tensión muscular, por último, se aprecia diferentes índices de agitación motora que interfiere en la conducta.

Cano-Vindel, (1989). Sostiene que la ansiedad es:

- a) Una respuesta emocional donde el individuo difícilmente puede controlarse, siendo observado en tres niveles cognitivo-subjetivo, fisiológico y motorexpresivo; el malestar subjetivo,
- b) Una Reacción, que se da ante representación interna de una situación que se considera como potencialmente ansiógena. Las situaciones más frecuentes son: (a) En la que el individuo se sienta evaluado (Calvo y Eysenck, 1995); (b) una situación interpersonal (Pérez-Nieto y Cano-Vindel, 1998); (c) un estímulo fóbico (Capafons, Sosa, Viña y Averó, 1997); (d) algunos escenarios de la vida cotidiana (Cano- Vindel y Miguel- Tobal, 1995).
- c) En el nivel experiencial, la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar psicológico, donde los sentimientos de tensión, preocupación, inseguridad, etc., conjuntamente con dificultades para concentrarse o recordar son característicos. Por lo tanto, se ve afectada la atención y a la memoria (Escalona y Hernández, 1996), así como la autoestima, control, la competencia personal, etc. (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998).
- d) A nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones que dependen de la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo como:

alteraciones en la frecuencia cardiaca, conductibilidad eléctrica de la piel, la presión arterial, etc., que se acompañan de un incremento en la tensión muscular. Esto puede generar a su vez: sudoración excesiva, arritmias y palpitaciones, molestias estomacales, dolores de cabeza, temblor en los brazos y piernas, escalofríos, respiración agitada, etc. Estas perturbaciones pueden llegar a hacerse habituales convirtiéndose en verdaderas enfermedades psicofisiológicas o psicosomáticas (Cano-Vindel y MiguelTobal, 1994).

Clasificación de la Depresión

El Manual de Clasificación de Enfermedades CIE-10 los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracteriza generalmente por tener desánimo, incapacidad del disfrute, suelen tener cansancio sin haber hecho alguna actividad, se altera el sueño, la alimentación es diferente, no se concentran fácilmente, no hay confianza en uno mismo, por ende resultan tener baja autoestima, suelen tener enlentecimiento psicomotor, la libido disminuye, etc., esto va en función a la severidad de síntomas y cantidad de ellos, esto los lleva a especificar como un episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000):

Criterios diagnósticos del episodio depresivo (depresión mayor según el DSM-5):

Ánimo depresivo casi diario (durante la mayor parte del día), desde hace ≥ 2 semanas y desde un momento preciso y reconocible, junto con la presencia de ≥ 5 de los siguientes síntomas, incluido ≥ 1 de los 2 primeros:

- 1) Estado de ánimo depresivo
- 2) Disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas
- 3) Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante (no relacionada con la dieta) o incremento en el peso corporal (p. ej. ≥ 5 % en un mes)
- 4) Insomnio o hipersomnia
- 5) Agitación o inhibición psicomotora
- 6) Sensación de fatiga o pérdida de energía
- 7) Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado

- 8) Disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en para toma decisiones
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte)
- 10) Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan suicida.

El episodio depresivo mayor es la forma más frecuente de los trastornos depresivos. Se presenta en el transcurso de una depresión unipolar recurrente o de los trastornos bipolares.

Según el CIE-10 los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracteriza generalmente por tener desánimo, incapacidad del disfrute, suelen tener cansancio sin haber hecho alguna actividad, se altera el sueño, la alimentación es diferente, no se concentran fácilmente, no hay confianza en uno mismo, por ende resultan tener baja autoestima, suelen tener enlentecimiento psicomotor, la libido disminuye, etc., esto va en función a la severidad de síntomas y cantidad de ellos, esto los lleva a especificar como un episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000):

Episodio Depresivo Leve: Los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio Depresivo Moderado: La persona que tenga un episodio depresivo moderado debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Durante un episodio depresivo grave, presentan una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. La pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, ya

que pueden causar el riesgo de suicidio. Durante este periodo no es probable que el enfermo sea capaz de seguir con su actividad laboral, social o doméstica simplemente lo hará de un grado limitado.

Episodio Depresivo grave con Síntomas Psicóticos: En esta etapa se presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave progresa hasta el estupor.

Diagnóstico de la Depresión

El diagnóstico de la depresión se realiza con la historia clínica detallada, basándose en la anamnesis o evaluación inicial, haciendo hincapié en los síntomas que presenta el paciente, pero luego mediante el uso de diferentes test como el cuestionario de salud del paciente, test de depresión de Beck, test de depresión de Zung, o el test de depresión de Hamilton diagnosticar el grado de depresión que experimenta el paciente para brindar el tratamiento respectivo. (Tapia; 2017).

Tipos de Depresión

En el estudio y análisis de los episodios depresivos se consideran los siguientes tipos de depresión:

Depresión mayor: Es el tipo de depresión que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras.

Distimia: Es un tipo de depresión menos grave; los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas; también puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.

Desorden bipolar: Es el tercer tipo de depresión, también se denomina enfermedad maniaco depresiva; la prevalencia de esta patología no es tan

alta como las dos anteriores, se caracteriza por cambios de humor, estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos.

Se ha considerado estos tipos de depresión para el estudio realizado debido a que se ha comprobado que estos estados afectivos se pueden presentar como cambios bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo. (Córdova; 2015).

Relación de ansiedad y depresión en la tartamudez de adultos

La disfemia o tartamudez es un trastorno del habla de que afecta a personas de todas las edades y que se caracteriza por una serie de disfluencias como son: bloqueos iniciales, repeticiones de sílabas y palabras, alargamientos, pausas inadecuadas, tensión y movimientos bruscos en la musculatura oral y facial. La fluidez del habla puede verse alterada por otras causas que no sean la tartamudez del desarrollo. Un accidente cerebrovascular, una lesión cerebral traumática u otros trastornos cerebrales pueden hacer que el habla sea más lenta, o tenga pausas o sonidos repetidos (tartamudez neurógena). Se brinda la ayuda psicológica a las personas adultas con tartamudez, es que, la clave en la superación de la tartamudez es tener paciencia, no rendirse y seguir todos los ejercicios. Se debe enfocar la atención, no solo en la actividad de hablar bien, sino centrarse en actividades que se nos den bien y dejar a un lado el problema.

La CIE-10 (Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento-O.M.S.) define la **disfemia** como "el trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de los sonidos, sílabas o palabras, o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla".

Existen varios tipos de disfemia o tartamudez:

Disfemia tónica: el problema reside en la existencia de un bloqueo al comenzar el discurso.

Disfemia clónica: consiste en la presencia de leves contracciones musculares que provocan la repetición de sonidos o sílabas durante el discurso.

Disfemia tónico-clónica: donde se producen tanto repeticiones y prolongaciones de las sílabas. Algunas disritmias pueden aparecer de vez en cuando, es decir, no constituyen un problema. No obstante, hablamos de trastorno cuando estas disritmias dificultan la capacidad de comunicación.

Causas de la tartamudez

En la actualidad no es del todo segura la causa de la tartamudez, existen múltiples factores que pueden predisponer y desencadenar que una persona sea tartamuda, desde las que buscan causas orgánicas, disfunciones orgánicocerebrales, causas ambientales, factores psicológicos, causas por predisposición genética, etc. Si existen problemas de habla por un daño cerebral sobrevenido será una disartria, no una tartamudez propiamente dicha, entonces se hablaría de tartamudez neurológica.

¿Se puede prevenir?

Existen algunos consejos para prevenir la tartamudez. Este tipo de trastorno es más fácil de prevenir en edades tempranas. Algunos consejos son los siguientes:

- Crear un clima tranquilo donde la persona se sienta segura y comprendida. Las situaciones de tensión solo sirven para agravar el problema.
- Fomentar patrones de autocontrol, como por ejemplo la respiración. Esto ayuda a afrontar situaciones de nerviosismos donde esta enfermedad se desarrolla.
- En caso de que el trastorno se produzca en niños, es importante actuar como modelo, es decir, hablar sin excesiva rapidez, con un tono relajado y articulando las palabras.

La tartamudez como problema psicológico

Teniendo en cuenta que el trastorno del habla de la tartamudez existe el componente de los factores psicológicos como aspectos fundamentales en el mantenimiento de la tartamudez y en la mayor parte del terrible sufrimiento que conlleva este problema del habla, por lo que, es necesario explicar los procesos psicológicos que intervienen y como dar paso a la forma de enfrentarlos y resolverlos cada episodio o momento de este estado de habla en que se presentan. Sin embargo, sabemos también que **hay factores genéticos**, porque una gran cantidad de personas que tartamudean tienen ascendientes directos con ese problema; aunque no es una norma obligatoria. Así mismo, los estudios epidemiológicos indican que por cada mujer que tartamudea hay 5 hombres que lo hace. Los **factores sociales** tienen una gran influencia: la exigencia de hablar fluido y deprisa, es decir la presión social.

Pero para el estudio a realizar se considera a los factores psicológicos como fundamentales. Ya los factores sociales citados ponen en más en peligro a aquellos que psicológicamente son más influenciables y/o vulnerables emocionalmente, por las presiones o las críticas. Pero la ansiedad es esencial en la aparición y el mantenimiento de la tartamudez. Sabemos que un suficiente nivel de ansiedad precipita la tartamudez en la mayoría de las personas y que los tartamudos tartamudean más cuando tienen un mayor nivel de ansiedad. Se da el círculo vicioso: tartamudean porque están ansiosos y están ansiosos porque tartamudean. Ese círculo vicioso indica que la lucha contra la tartamudez aumenta su probabilidad, porque produce ansiedad y que muchas veces puede conducir a estados depresivos.

La tartamudez no es un problema de dificultad o imposibilidad de pronunciar, porque los tartamudos son capaces de pronunciar fluidamente todas las palabras; sin embargo, se pueden bloquear con cualquiera de ellas, dependiendo de la situación y del estado psicológico en el que se encuentren, que depende de forma nuclear del nivel de fluidez que prevén. Asimismo, es necesario mencionar que, todos los tartamudos hablan

fluidamente cuando están solos, es decir, la tartamudez es situacional, aunque depende también del estado psicológico de la persona. Cuando se acostumbran a una situación y baja la ansiedad que les causa, aumenta su fluidez. Fundamentos que nos permiten afirmar que está relacionado la tartamudez con una reacción psicológica que se da en un determinado contexto, y que esta es la clave para identificar el origen y mantenimiento de la tartamudez.

El Psicólogo con la terapia cognitiva conductual ayudara los pensamientos desadaptativos que le generen la ansiedad al hablar, o cualquier otro síntoma emocional, para luego sustituir estas creencias por pensamientos más adaptativos con el objetivo de que el sujeto pierda el temor y sume en autoconfianza. Además, se establecen estrategias de intervención sobre el comportamiento de la persona.

En cualquier caso, tal y como ya se ha mencionado, en la tartamudez en adultos no existe una cura que haga desaparecer del todo los síntomas. Así, el tratamiento va enfocado a mitigar sus efectos y a aprender a convivir con la disfemia o tartamudez.

3.3. Marco conceptual

Ansiedad

Para la presente investigación se consideró la definición de la ansiedad como un complejo sistema de respuesta conductual que la persona experimenta para anticiparse a circunstancias que los demás perciban como difíciles de controlar y podrían amenazarla tanto emocional como físicamente. Esto por el estrés constante en que las personas en una sociedad se encuentran, derivado de trabajo, responsabilidades o percepciones de situaciones que la persona percibe y crea que no podrá solventar y/o superar. (Clarck y Beck 2012)

Depresión

Para la investigación a realizar se considera a la depresión como un trastorno emocional, que se caracteriza por presentar un estado de tristeza patológica, sentimientos de inutilidad, de abatimiento, tristeza, desgano, culpa, indefensión y desesperanza profunda y pensamientos suicidas (Clemente; 2017).

Tartamudez.

Es una alteración de la comunicación, específicamente de la fluidez del habla, con muchas manifestaciones y cuyas características principales son: repetición involuntaria, prolongación o bloqueo de una palabra o parte de una palabra y también reacciones fisiológicas comportamentales.

IV. METODOLOGIA

4.1. Tipo y nivel de la investigación

4.1.1. Tipo de investigación

El estudio realizado fue de tipo cuantitativa, ya se determinó el número de personas con tartamudez que sufren de ansiedad y depresión; también fue aplicada, porque el problema está establecido y es conocido por el investigador, por lo que, se utilizó para dar respuesta a preguntas específicas; donde se hizo énfasis en la resolución práctica de problemas. Asimismo, se centra específicamente en cómo se pueden llevar a la práctica las teorías generales. La motivación es la resolución de los problemas que se plantean en un momento dado. Toda investigación aplicada guarda estrecha relación con la investigación básica, dado que depende de los descubrimientos de esta última y se enriquece de dichos descubrimientos. Siendo su objetivo de este tipo de estudio el predecir un comportamiento específico en una situación definida.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014 p. 164.).

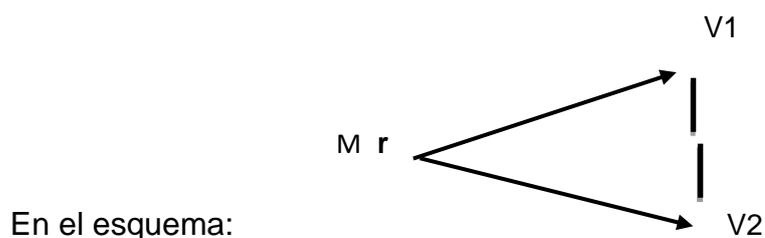
4.1.2. Nivel de investigación

Es un estudio correlacional ya que se pretende analizar la relación existente entre la ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima. intentando predecir el valor aproximado que tendrán las variables, a partir del valor que poseen en la relación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

4.2. Diseño de la investigación

La investigación realizada fue de diseño No Experimental de corte transversal, porque no se manipularon las variables de estudio y se realizaron en un determinado tiempo que fue de febrero a junio del 2021. Según Hernández, et al., en la investigación no experimental el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la capacidad de influir sobre las variables y sus efectos. (Hernández, et al. 2014). Asimismo, fue un estudio de corte transversal, porque los instrumentos seleccionados se aplicaron a la muestra objeto de investigación en un solo momento y tiempo único. Lo que, al respecto Carrasco, (2005), sostiene que, los estudios transversales se utilizan para investigar hechos y fenómenos de la realidad, en un momento determinado de tiempo. (pág. 72)

Al esquematizar este tipo de investigación obtendremos el siguiente diagrama.



M= Muestra de Investigación

V1 = Ansiedad V2 = Depresión r = Posible relación entre las variables

Se asume en este diseño una probabilidad del 95% de relación entre las variables.

4.3. Población - muestra

Población

En el proceso de investigación, la población de estudio fue constituida por todas las personas registradas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, que son un total de 131 personas.

Muestra

Para la presente investigación por la naturaleza, importancia y relevancia la muestra fue conformada por la totalidad de la población que son un total de 131 personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima.

Muestreo

Para obtener la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia ya que permitió al investigador seleccionar las unidades de estudio en aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos en la presente investigación.

4.4. Hipótesis general y específicas

Hipótesis general

Existe relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

Hipótesis específicas

H₁: Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

H₂: Existe relación entre ansiedad y la dimensión afectiva en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021

H3: Existe relación entre ansiedad y la dimensión conductual en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

4.5. Identificación de variables

VARIABLE 1: ANSIEDAD

Concepto. - Según Zung, (2011) afirma que: “La Escala de Auto-Evaluación de la Ansiedad (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales” (p. 47)

Por lo mencionado se puede manifestar que la ansiedad es un estado mental que se mantiene en ALERTA se caracteriza por una gran inquietud, que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, situaciones que pueden ser reales o ficticios.

Teoría Cognitiva Conductual. - De acuerdo con la teoría cognitiva conductual, infiere que la ansiedad se inicia a través de aprendizajes adquiridos por las experiencias de la vida cotidiana del hombre producto muchas veces por el estrés, las cuales dan origen a preocupaciones y formas de conductas relacionadas al miedo (Kastenbaum, 1992, p. 17)

Por otro lado, de acuerdo con el autor (Limonero, 1994) podemos inferir que el panorama de la ansiedad resulta de las percepciones de la realidad, las cuales se dan de manera permanente o a largo plazo y desencadenan señales de alarma y peligro, las cuales pueden estar basadas en un miedo real o uno ficticio, que la persona que lo padece las percibe como amenazas verdaderas” (p. 28)

De acuerdo con lo anterior podemos manifestar que la ansiedad es un evento desencadenante donde por conductas negativas se puede tener una distorsión y percepción falta de vida entre otros como estímulos que

fueron asociados a eventos traumáticos relacionados con la muerte y que generan pensamientos y/o emociones aversivas. Es así se puede llegar a la conclusión, que la ansiedad ante la muerte es el miedo sin razón del ser humano que conlleva, es decir a la constante lucha por la verdad.

Tipos de la ansiedad

Ansiedad Estado. - Es una situación emocional cambiante presentada por sentimientos subjetivos, conscientemente fácil de percatarse con atención, temor y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Más bien, es un sentimiento pasajero que depende de un evento específico y puede identificarse. La respuesta de ansiedad estado tiende a modificarse con el tiempo. Habrá ocasiones en las que este tipo de ansiedad aumente o tenga una intensidad alta, en este caso se denomina ansiedad aguda Spielberger (1966)

El proceso del miedo se manifiesta en la secuencia de eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales. Las reacciones a situaciones estresantes se basan en las percepciones e interpretaciones que cada individuo les atribuye. Sin embargo, algunas situaciones son más estresantes que otras, Spielberger (1982).

Este proceso puede desencadenarse por un estímulo estresante que se ha interpretado como peligroso o amenazante, o un pensamiento que predice o provoca una amenaza y recuerda una situación peligrosa previa.

Los sujetos que presentan niveles más altos de ansiedad como una predisposición de la personalidad que se convierte en ansiedad rasgo, tienden a formar un condicionamiento más rápido y estable debido a la presentación de un subsistema lábil e hiperactivo del sistema nervioso autónomo, Rojas (1984)

Ansiedad Rasgo. - La ansiedad se encuentra en niveles elevados, relativamente estable, que se caracteriza por individuos que tienden a percibir las situaciones como amenazantes; Asimismo, observe un estilo característico o tendencia temperamental a responder de la misma manera todo el tiempo, sean o no circunstancias estresantes. Una persona que ha

estado ansioso todo el tiempo tiene una actitud aprensiva y ha formado una estructura de vida más o menos estable a partir del rasgo de ansiedad, que se conoce como ansiedad crónica. Es más probable que esta persona desarrolle un trastorno de ansiedad en el futuro que alguien que no tenga este rasgo; teniendo así mayores posibilidades de ser más vulnerable al estrés, donde a su vez un gran número de situaciones serán consideradas peligrosas, Spielberger (1966).

Por otro lado; los sujetos con muy poca ansiedad pueden considerarse que no responden o son indiferentes a los demás. En general, las personas particularmente ansiosas son más propensas a evaluar a los demás porque están subestimadas y carecen de confianza en sí mismas, Spielberger (1982).

Dimensiones de la variable 1 (Ansiedad)

1º. Ansiedad Fisiológica. - Es la liberación de catecolaminas, el aumento de cortisol y la alteración asociada del sistema inmunológico son un hallazgo constante en el trastorno de ansiedad (TA). Estos cambios producen no solo la existencia de síntomas físicos agudos, sino también problemas y enfermedades de mediano y largo plazo como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedades e infecciones autoinmunes, trastornos gastrointestinales, entre otros, cuando la ansiedad se mantiene en el tiempo. (Brocca, 2019, p.74)

2º. Ansiedad Cognitiva. - Es la ansiedad la que afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no solo sobre el tiempo y el espacio, sino también sobre las personas y el significado de los eventos. Estas distorsiones pueden perturbar el aprendizaje al reducir la capacidad de relacionar un tema con otro, para crear asociaciones. Además, debemos tener en cuenta su efecto sobre la atención selectiva, la ansiedad y el miedo produce un hiperconcentrado en lo que se considera amenaza, esto reduce significativamente la capacidad de prestar atención a otro hecho, analizar

causas y desarrollar estrategias de afrontamiento. En algunos casos, la persona no está tan concentrada en lo que es una amenaza o estrés, sino en tratar de justificar y comprender lo que le está sucediendo. (MINSa, 2018, p.25)

3º. Ansiedad Conductual. - Es cuando la ansiedad produce un estado de activación e hiper alerta. El conocimiento de las percepciones fisiológicas (latidos, aceleración cardiaca, etc.) puede intensificar la ansiedad y el miedo. (Limonero, 1994, p. 55).

Indicadores:

- Afectivo
- Ansiedad
- Miedo
- Desintegración mental
- Aprehensión
- Somáticos
- Temblores
- Dolores y molestias corporales
- Tendencia a la fatiga y la debilidad
- Intranquilidad
- Palpitaciones
- Mareos
- Desmayos
- Parestesias
- Náuseas y vómitos
- Frecuencia urinaria
- Transpiraciones
- Bochornos
- Insomnio
- Pesadillas

VARIABLE 2: DEPRESIÓN

Concepto. - La depresión según Zung, (2011) afirma que: “Son síntomas físicos sin base orgánica aparente, llamadas “depresiones ocultas”, en tal sentido el Cuestionario Depresión-EAMD ayuda a economizar tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevistas de audio; puesto que solo se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente” (p. 29)

Así mismo (Martínez, 2002) tiene un punto de vista objetivo, en consecuencia, coincide que la depresión es un trastorno referido a las emociones que el ser humano tiene en su interior y que lo da a conocer a los demás puesto que se da de manera constante de manera cíclica a largo plazo. Además, muchas personas presentan rasgos de tristeza, generando dificultades en alguna de los momentos de su vida diaria.

Por las menciones que antecede se puede entender que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza prolongada, decaimiento anímico, baja autoestima, desinterés por todo y descenso de las funciones psíquicas.

Teoría Cognitiva. - En la depresión según la teoría cognitiva los trastornos emocionales que puede adolecer una persona que presenta esta enfermedad siempre estarán en ella, donde el procesamiento de la información presentaría una distorsión de la realidad. (Sanz, 1993, p. 17)

De lo anterior podemos inferir que las personas depresivas al sucederles constantemente sucesos negativos o de manera excesiva en la mayoría de los casos una situación definitiva o repetitiva, es así se forma la tríada cognitiva deformación, que se caracteriza por una visión perjudicial del presente y futuro y del yo sin posibilidad de solucionar el problema. (Sanz, 1993, p. 25)

Consideramos de lo anterior al respecto que esto involucra el retiro constante del individuo con su entorno, una permanencia que difiere cualquier valor de adaptación a la conducta de retirada. Es así que se mostrarían todos los síntomas característicos de la depresión en el aspecto de las emociones, motivaciones de conducta y fisiológicos. Cabe mencionar que el tipo de proceso o síntomas es también consecuencia de muchos factores los cuales en su mayoría están relacionados con los factores psicológicos, hormonales, evolutivos y por ende genéticos. Así también hace referencia que cual sea la causa o la distorsión del tipo de procesamiento es una parte propia y característica del síndrome emocional y que esta funciona como principal factor propicio para los cambios psicopatológicos. (Sanz, 1993, p. 45)

Tipos de Depresión

Depresión Grave. - Es un síntoma crítico que degenera y deteriora en la persona sus facultades como trabajar, dormir, estudiar, comer etc. En tal sentido es probable en este caso tener varios ciclos de depresión simultáneos. (INSM, 2016, p.5)

De lo anterior se debe entender que el paciente con depresión grave no tendrá sus facultades básicas adecuadas para hacer su vida normalmente, en tal sentido los ciclos de depresión se presentan repetidamente teniendo muchas veces mayor duración y severidad. Sin embargo, esta situación está ligada a la ansiedad paulatina que muchos pacientes presentan en diversas ocasiones como al acudir a su cita con su médico tratante y ante la incertidumbre de esperar los resultados de sus exámenes clínicos respectivos.

Trastorno Depresivo Persistente. - Es un estado de ánimo depresivo persistente que dura dos años de manera persistente con frecuencia graves y menos graves. (INSM, 2016, p.5)

De lo mencionado anteriormente podemos inferir que es una depresión con ciclos graves y menos graves en pacientes cuya duración es aproximado a dos años de persistencia con su estado normal. A la vez cabe recalcar que este trastorno está relacionado con la ansiedad que no es tratado a tiempo bajo estricto orden y acompañamiento de su médico tratante. Por lo mismo es recomendable acudir al especialista en cuanto se manifiestan los primeros síntomas.

Depresión Psicótica. - Es producto de depresión grave, más algún tipo de psicosis, siendo las más comunes los delirios (ruptura con la realidad) o alucinaciones (ver u oír cosas desagradables que otros no pueden ver u oír). (INSM, 2016, p.5)

De lo anterior se resume en la consecuencia del producto de depresión grave cuyo valor agregado es un delirio, como ejemplo encontramos el delirio o alucinación. Sin embargo, esta depresión está relacionada con la

ansiedad puesto que muchas veces muchos pacientes no son tratados a tiempo.

Depresión Posparto. - Es una situación que pasan muchas madres embarazadas siendo mucho más grave que la tristeza posparto o "baby blues" debido a los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar a un recién nacido teniendo abrumaciones. (INSM, 2016, p.5)

De lo anterior podemos deducir que la depresión posparto se da después del embarazo debido a los cambios hormonales, físicos y la gran responsabilidad de cuidar, criar y educar a un recién nacido.

Sin embargo, esta situación tiene relación con la ansiedad puesto que muchas madres gestantes tienen secuelas de ansiedad antes del parto.

Trastorno Afectivo Estacional. - El trastorno afectivo estacional se caracteriza porque aparece en invierno o la luz solar natural. Este tipo de depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. (INSM, 2016, p.5)

De lo anterior podemos inferir que es un trastorno producto de la estación de invierno o la luz que el paciente no logra soportar en el entorno. A la vez este trastorno está relacionado con la ansiedad producto muchas veces de la poca información del tema con este trastorno.

Trastorno Bipolar. - Es cuando las personas tienen episodios de estado de ánimo extremadamente bajo (o depresión), pero también tienen un estado de ánimo extremadamente alto (llamado "manía"). (INSM, 2016, p.5)

De lo anterior podemos concluir que los pacientes en este estado presentan signos de depresión o manías de manera elevada o mínima. Sin embargo, está relacionado con la ansiedad porque previo a este trastorno muchos pacientes presentan desconexión del caso.

Dimensiones de la variable 2 (Depresión)

1º Afectivos Persistentes. - Son reacciones de congoja, ansiedad, o vacío. asimismo, denominados Trastornos del Estado del Ánimo, contienen

diversas características de sufrimientos que crean molestias significativo y disfunción en áreas importantes para el individuo.

2º Equivalentes Fisiológicos. - Es la reacción que el cuerpo demuestra como sueño, apetito, pérdida de peso, etc.

3º Equivalentes Psicológicos. - Es cuando el cuerpo presenta como agitación psicomotora, retardo psicomotor, Confusión, etc.

Características

Entre sus principales características encontramos:

- Máxima alteración en los síntomas durante el día; relevantes diferencias entre la mañana y la tarde.
- Pérdida de apetito y peso.
- Crisis de hambre voraz.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.
- Hipersomnia durante el día. (Zúñiga, 2020, p.4).

Clasificaciones

Según OMS (2019) La Depresión en la Clasificación Internacional de Enfermedades -11 (CIE-11) se ubica dentro de la tabla en el rango de Trastornos de Estados de Ánimo:

- 6A72 Trastorno distímico.

Según OMS (2019) La Ansiedad y Depresión en la Clasificación Internacional de Enfermedades -11 (CIE-11) se ubica dentro de la tabla en el rango de Trastornos de Estados de Ánimo:

- 6A73 Trastorno mixto depresivo y de ansiedad.

Según Pérez (2019) manifiesta que: "El trastorno de ansiedad depresiva y mixta ocurre cuando hay síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno predomina visiblemente ni tiene la magnitud suficiente como para defender una evaluación por separado" (p. 1)

De acuerdo a lo anterior podemos inferir que se da cuando ninguna de las dos predomina más que la otra con la misma frecuencia, por tanto, no se separan sino se dan de manera simultánea.

Indicadores:

- Deprimido, triste y melancólico
- Accesos de llanto
- Variación diurna
- Sueño
- Apetito
- Pérdida de peso
- Sexuales
- Gastrointestinales
- Cardiovasculares
- Músculos esqueléticos
- Agitación psicomotora
- Retardo psicomotor
- Confusión
- Sensación de vacío
- Desesperanza
- Indecisión
- Irritabilidad
- Disgusto • Desvalorización personal
- Ideas suicidas.

Dimensiones de la Depresión

Las dimensiones que se consideran en el análisis de la depresión son las siguientes:

Dimensión cognitiva:

Se relaciona con los conocimientos y percepciones de una persona; estableciéndose que en esta patología mental la parte cognitiva de un sujeto deprimido respecto a si mismo, el ambiente que lo rodea y su futuro disfuncional o negativo basado en las actitudes que adopta, pues a menudo, el paciente se siente indigno, el mundo lo ve lleno de obstáculo y ve el futuro totalmente desesperanzador, así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse. (Camacho; 2007)

Dimensión conductual:

Se relaciona con las conductas que realiza o práctica una persona, estableciéndose que la regulación de las conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia del trastorno depresivo. (Gonzales; 2010).

Dimensión afectiva:

Se relaciona con las emociones y sentimientos de las personas, por ello en las personas deprimidas la afectividad disminuye por las ideas erróneas del sujeto depresivo, cuando estas sensaciones se vuelven más intensas, se asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, es decir el paciente se vuelve dependiente y puede intentar el suicidio. (Vásquez, Muñoz, Becoña; 2000)

4.6. Operacionalización de la variable

Anexo 1: Matriz de Operacionalización de la variable Ansiedad

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	RANGO CATEGORIA
Ansiedad	Síntomas Fisiológica	-Temblores -Dolores y molestias corporales -Tendencia a la fatiga y debilidad -Intranquilidad -Palpitaciones -Mareos Náuseas y Vómitos, bochornos -Desmayos -Transpiración -Frecuencia urinaria	7,10,11, 12, 15, 17, 18, 19.	No hay ansiedad Presente: 25 a 40 Ansiedad mínima Moderada: 41 a 60
	Síntomas cognitiva	-Desintegración mental y físico -Ansiedad -Miedo	2, 3, 4, 5, 8, 9.	Ansiedad marcada Severo: 61 - 70
	Ansiedad Conductual	-Temblores -Intranquilidad -Desmayos -Insomnio - Pesadillas	1, 6, 13, 14, 16, 20.	Ansiedad en grado máximo: 71 - 100

Anexo 2: Matriz de Operacionalización de la variable Depresión

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	RANGO CATEGORIA
Depresión	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Estreñimiento • Mente despejada • Confianza en el futuro • Decisiones 	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18	Normal o Ausencia de Depresión: 25 - 49
	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Llorar • Tranquilidad por las mañanas • Nerviosismo • Vida satisfecha • Depresión • Utilidad en mi persona 	1, 2, 3, 4, 16, 17, 19, 20	Depresión Leve 50 - 59
	Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio sin motivo • Como igual que antes • Problemas para dormir • Actividades cotidianas • Irritabilidad • Presión cardiovascular • Relaciones inter personales • Estilos de vida 	12, 13, 14, 15	Depresión moderada: 60 – 69 Depresión Severa: 70 a más.

4.7. Recolección de datos

Las Técnicas que se utilizó en la presente investigación serán:

La Observación: Es una técnica que, según Hernández, Fernán Dez y Baptista

(2014) “Es el registro sistemático, válido y confiable de registro de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías” (p.127).

La encuesta: La encuesta es definida por Carrasco (2008) como una técnica de investigación social para indagación, exploración y recolección de datos, mediante preguntas formuladas directa o indirecta mente a los sujetos que constituyen la unidad de análisis (p.314)

La Psicométrica: Esta técnica se hace uso en las investigaciones cuantitativas, a través de la aplicación de cuestionarios, escalas y/o inventarios, para la investigación realizada se utilizó la escala de ansiedad y Depresión de Zung instrumentos que evaluó las dimensiones e indicadores de las variables ansiedad y depresión en el estudio realizado.

4.7.1. Instrumentos de recolección de datos

Los Instrumentos que se empleó para la recolectar de datos:

- La Escala de ansiedad de Zung.
- La Escala de Depresión de Zung.

Variables de estudio.

Las variables que se utilizaron para el desarrollo de la presente investigación fueron:

- Ansiedad.
- Depresión.

V. RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

Tabla 1.

Descripción por edad de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

	Frecuencia	Porcentaje
18 a 24 años	41	31,3
25 a 34 años	80	61,1
35 a 44 años	7	5,3
45 a más años	3	2,3
Total	131	100,0

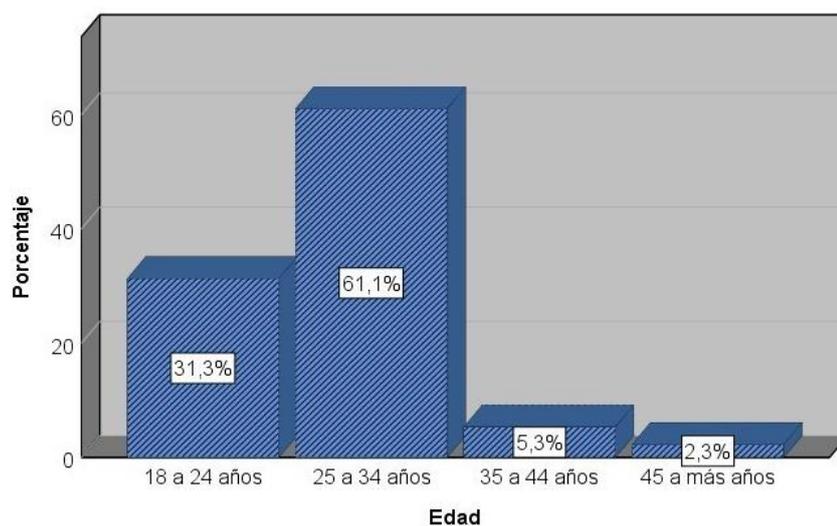


Figura 1. Edades de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

Como se describe en la tabla 1 y figura 1, la mayor parte de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima que conforman la muestra tienen entre 25 a 34 años (61,1%), seguido de

aquellos que tienen entre 18 y 24 años (31,3%). Solo el 5,3% tienen 35 a 44 años y el 2,3% más de 45 años.

Tabla 2

Descripción por sexo de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 a 24 años	41	31,3
25 a 34 años	80	61,1
35 a 44 años	7	5,3
45 a más años	3	2,3
Total	131	100,0

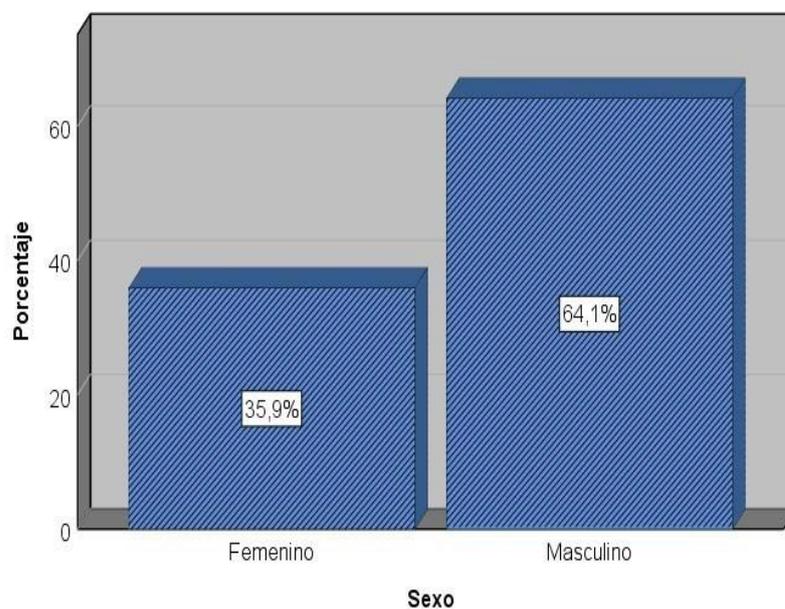


Figura 2. Sexo de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima.

En la tabla 2 y figura 2, se tiene que la mayor parte de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima que participaron en el estudio son del sexo masculino (64,1%). El 35,9% son del sexo femenino.

Tabla 3.

Descripción por estado civil de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	115	87,8
Conviviente	10	7,6
Casado	6	4,6
<u>Total</u>	<u>131</u>	<u>100,0</u>

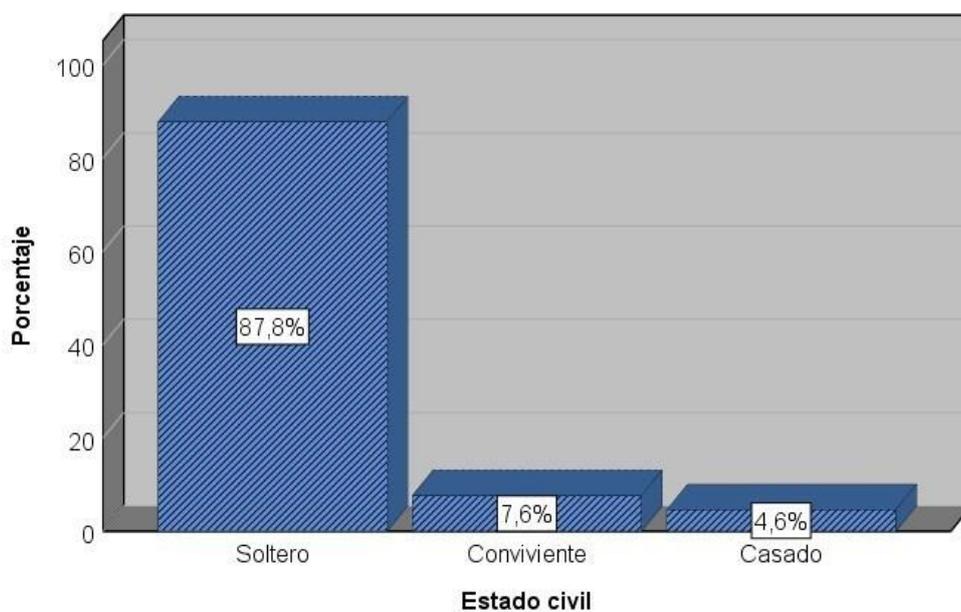


Figura 3. Estado civil las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

En la tabla 3 y figura 3, se tiene que la mayor parte de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima que participaron en el estudio son solteros (87,8%). Solo el 7,6% son convivientes y el 4,6% son casados.

Tabla 4.

Descripción por grado de instrucción de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

	Frecuencia	Porcentaje
Universitaria	106	80,9
Técnico superior	21	16,0
Secundaria	4	3,1
Total	131	100,0

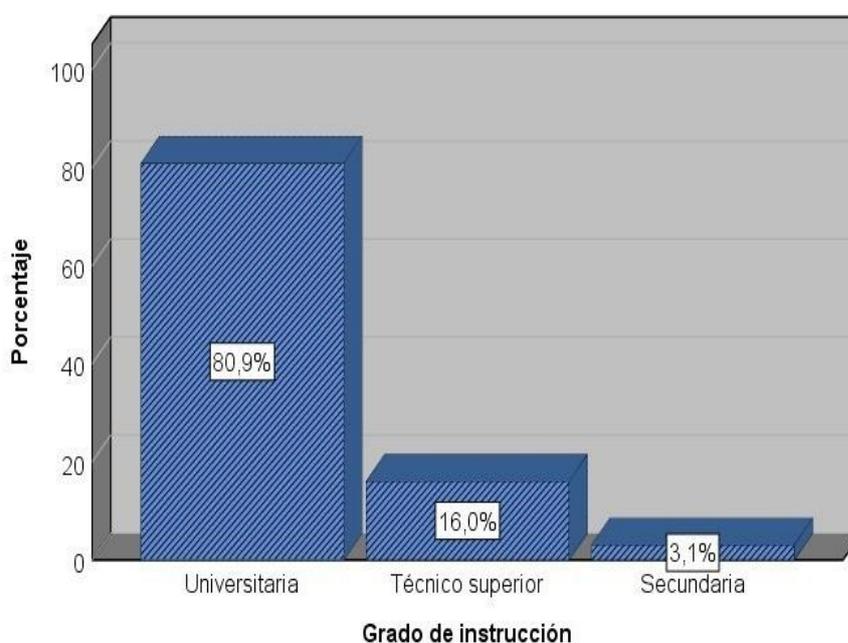


Figura 4. Grado de instrucción de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

En la tabla 4 y figura 4, se tiene que la mayor parte de las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima que participaron en el estudio tienen educación universitaria (80,9%). Solo el 16% son técnicos superiores y 3,1% tienen el nivel de educación secundaria.

5.2. Descripción de las variables

Tabla 5.

Ansiedad en las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad mínima a moderada	23	17,6
Ansiedad marcada a severa	3	2,3
Ansiedad en grado máximo	4	3,1
No hay ansiedad presente	101	77,1
Total	1	100,0

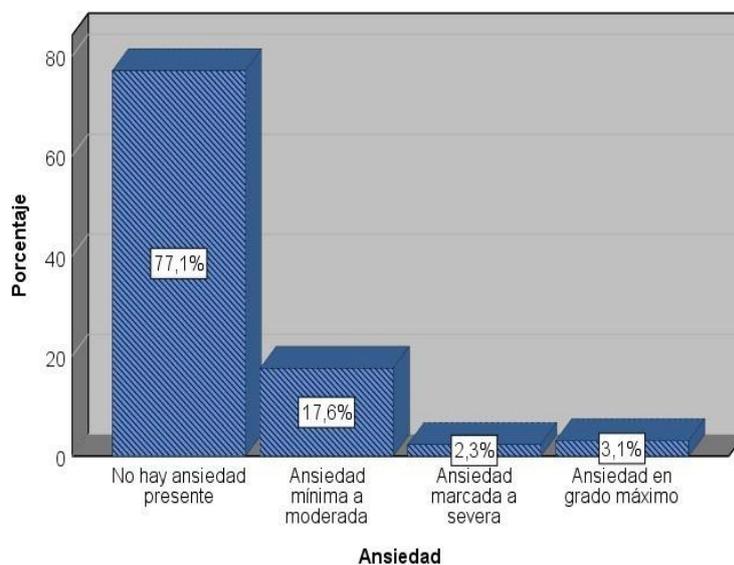


Figura 5. Ansiedad en las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

En la tabla 5 y figura 5, se tiene los niveles de ansiedad que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima. La mayoría no presenta ansiedad (77,1%); aunque hay un 17,6% que presenta mínima a moderada ansiedad; 2,3% de marcada a severa; y, 3,1% presentan ansiedad en grado máximo.

Tabla 6

Depresión en las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

	Frecuencia	Porcentaje
Normal o ausencia de depresión	107	81,7
Depresión leve	19	14,5
Depresión moderada	4	3,1
Depresión severa	12	,8
Total	131	100,0

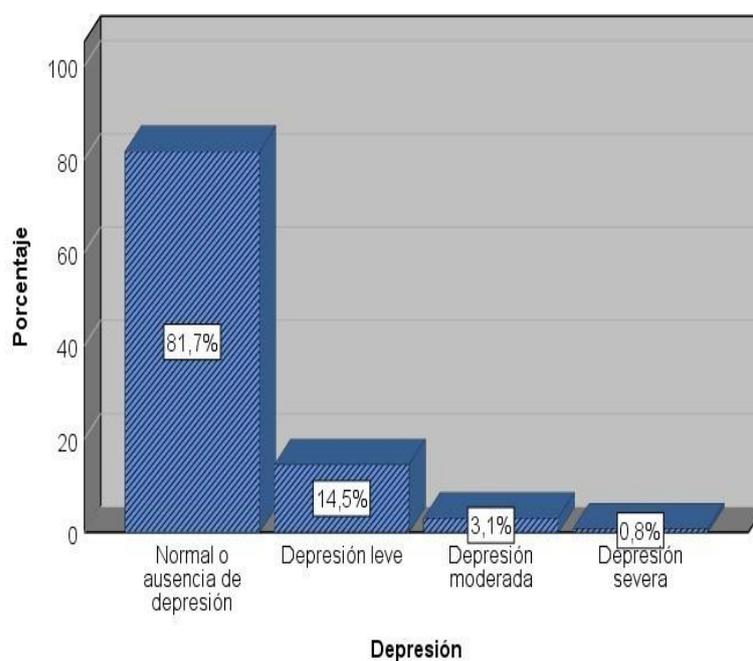


Figura 6. Depresión en las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

En la tabla 6 y figura 6, se tiene la descripción del nivel de depresión que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima. La mayoría no presenta ansiedad (81,7%); aunque hay un 14,5% que presenta depresión leve, 3,1% depresión moderada y 0,8% tiene depresión severa.

5.3. Comprobación de hipótesis

Con la finalidad de seleccionar una adecuada prueba estadística para comprobar las hipótesis se procede a realizar las pruebas de bondad de ajuste según método de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk, a fin de evaluar la distribución de los datos y en base a dicho resultado elegir dicha prueba estadística.

Tabla 7

Prueba de normalidad

Estadístico	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
Ansiedad	,218	131	,000	,671	131	,000
Cognitiva	,143	131	,000	,927	131	,000
Afectiva	,091	131	,010	,976	131	,018
Conductual	,172	131	,000	,917	131	,000
Depresión	,103	131	,002	,927	131	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 7 se tiene los resultados de las pruebas de bondad de ajuste según método de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk. En ambos casos se obtienen valor $p < 0,05$, para casi todas las distribuciones evaluadas, lo que implica que esas distribuciones difieren de la distribución normal; es decir, los datos a utilizar para la comprobación de hipótesis no tienen distribución normal. En razón a lo indicado, se decide utilizar el coeficiente rho de Spearman para comprobar las hipótesis.

5.4. Comprobación de la hipótesis general

H0: No existe relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San MiguelLima, 2021.

H: Existe relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima, 2021.

Tabla 8.

Ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

			Ansiedad	Depresión
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,805**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	131	131
	Depresión	Coeficiente de correlación	,805**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	131	131

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

En la tabla 8 se observa que existe correlación significativa positiva alta entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,805$; $p=0,000<0,05$). De acuerdo a esto resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021. Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión.

5.5. Comprobación de la hipótesis específica 1

H0: No existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

H: Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

Tabla 9.
Ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

			Ansiedad	Cognitiva
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,764**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	131	131
	Cognitiva	Coeficiente de correlación	,764**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	131	131

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

En la tabla 9 se observa que existe correlación positiva alta significativa entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,764$; $p=0,000 < 0,05$). De acuerdo a esto resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021. Cabe indicar

que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión cognitiva.

Comprobación de la hipótesis específica 2

H0: No existe relación entre ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

H: Existe relación entre ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

Tabla 10.

Ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

			Ansiedad	Afectiva
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,672**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	131	131
	Afectiva	Coeficiente de correlación	,672**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	131	131

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

En la tabla 10 se observa que existe correlación positiva moderada significativa entre ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,672$; $p= 0,000 < 0,05$). De acuerdo a este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre

ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021. Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión afectiva.

Comprobación de la hipótesis específica 3

H0: No existe relación entre ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

H: Existe relación entre ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021.

Tabla 11.
Ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima

			Ansiedad	
Conductual	Rho de Spearman	Ansiedad	1,000	,535**
		Coeficiente de correlación		
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	131	131
		Conductual	,535**	1,000
		Coeficiente de correlación		
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	131	131

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

En la tabla 11. se observa que existe correlación positiva moderada significativa entre ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en

personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,535$; $p=0,000<0,05$). De acuerdo a esto resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021. Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión conductual.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis descriptivo de los resultados

1. En la tabla 5 y figura 5, se tiene los niveles de ansiedad que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima. La mayoría no presenta ansiedad (77,1%); aunque hay un 17,6% que presenta mínima a moderada ansiedad; 2,3% de marcada a severa; y, 3,1% presentan ansiedad en grado máximo.

2. En la tabla 6 y figura 6, se tiene la descripción del nivel de depresión que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima. La mayoría no presenta ansiedad (81,7%); aunque hay un 14.5% que presenta depresión leve, 3,1% depresión moderada y 0,8% tiene depresión severa.

6.2. Comparación resultados con marco teórico

El objetivo general de la investigación realizada fue demostrar la relación entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021, por lo que, se procede a la discusión de los principales hallazgos encontrados, comparándolos con antecedentes nacionales e internacionales citados y analizados de acuerdo a los enfoques teóricos más recientes que han brindado un soporte científico a la situación problemática que se investigó, conforme se menciona a continuación:

En ese sentido, de acuerdo a la hipótesis general conforme a la prueba del coeficiente de Spearman, se observa que existe correlación significativa positiva alta entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,805$; $p=0,000<0,05$), en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, 2021. Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión. Resultados que se

asemejan con el estudio de Freire (2016), en su investigación titulada la ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo Del Danton Pelileo”, de la Universidad Técnica de Ambato Ecuador e trabajo investigativo tuvo como objetivo principal determinar si la ansiedad tiene efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo, partiendo desde la identificación del trastorno de tartamudez infantil y su causante la ansiedad que se lo llevo a efecto con la colaboración del Patronato Municipal de Pelileo en conjunto con la Dra. Doris Torres quien es la profesional encargada del área psicológica. Luego de la observación directa de la problemática se propuso investigar a profundidad este fenómeno con lo que se seleccionó una población de 80 estudiantes los mismos que fueron evaluados de forma cualitativa como cuantitativa, aplicando la investigación conjunta con un nivel de asociación de variables. También se utilizó un cuestionario estructurado sobre la tartamudez infantil el mismo que fue aplicado a los padres de los niños sujetos a investigación para determinar cuál es la fase de tartamudeo que presenta su hijo, fase inicial, fase intermedia o la fase avanzada donde el 61% de los evaluados presento signos y síntomas de tartamudez intermedia siendo este el grupo más significativo de la muestra obtenida. Por lo cual se ha intervenido sobre la ansiedad en los niños con el modelo cognitivo conductual, con la Terapia racional emotiva en niños y adolescentes para intervenir en la liberación y descarga de ansiedad. Palabras claves: Ansiedad, tartamudez infantil, cognitivo conductual, terapia racional emotiva. Con lo que se puede afirmar que a mayores niveles de ansiedad a nivel cognitivo, afectivo y conductual tendremos mayores niveles de depresión, es decir los niveles de ansiedad y depresión en la muestra de estudio están relacionado a los estados de ansiedad que se presentaron en su niñez.

Asimismo, en relación a la hipótesis específica 1 se estableció que, existe correlación positiva que existe alta significativa entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la

Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,764$; $p=0,000 < 0,05$). Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión cognitiva. Relación que tienen un fundamento en los resultados descriptivos ya que, los niveles de ansiedad que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, un 17,6% presentan una ansiedad moderada; 2,3% de marcada una severa ansiedad; y, el 3,1% presentan ansiedad en grado máximo; asimismo del nivel de depresión que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, un 14.5% presentan depresión leve, 3,1% depresión moderada y 0,8% tiene depresión severa. Resultados tienen un fundamento teórico de Camacho (2007), quien sostiene que dimensión cognitiva se relaciona con los conocimientos y percepciones de una persona; porque en esta patología mental la parte cognitiva de un sujeto deprimido respecto a sí mismo, el ambiente que lo rodea y su futuro disfuncional o negativo basado en las actitudes que adopta, ya que, el paciente se siente indigno, el mundo lo ve lleno de obstáculo y ve el futuro totalmente desesperanzador, así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse.

Igualmente, en lo relacionado a la hipótesis específica 2 se llegó a establecer existe relación existe correlación positiva moderada significativa entre ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,672$; $p=0,000 < 0,05$). Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión afectiva. Estos resultados se relacionan con los resultados descriptivos ya que, los niveles de ansiedad que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, un 17,6% presentan una ansiedad moderada; 2,3% de marcada una severa ansiedad; y, el 3,1% presentan ansiedad en grado máximo; asimismo del nivel de depresión que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla

Libre de San Miguel-Lima, un 14.5% presentan depresión leve, 3,1% depresión moderada y 0,8% tiene depresión severa. Ambos resultados tienen un soporte teórico de Vásquez, Muñoz, Becoña; (2000), quien sostiene que la dimensión afectiva de la depresión: Se relaciona con las emociones y sentimientos de las personas, por ello en las personas deprimidas la afectividad disminuye por las ideas erróneas del sujeto depresivo, cuando estas sensaciones se vuelven más intensas, se asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, es decir el paciente se vuelve dependiente y puede intentar el suicidio.

Finalmente, en relación a la hipótesis específica 3, se aprecia que existe correlación positiva moderada significativa entre ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,535$; $p=0,000 < 0,05$). Cabe indicar que el signo positivo indica relación directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión conductual. Esta correlación coincide con los resultados descriptivos ya que, los niveles de ansiedad que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, un 17,6% presentan una ansiedad moderada; 2,3% de marcada una severa ansiedad; y, el 3,1% presentan ansiedad en grado máximo; asimismo del nivel de depresión que perciben las personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima, un 14.5% presentan depresión leve, 3,1% depresión moderada y 0,8% tiene depresión severa. Ambos resultados tienen un soporte teórico de Gonzales (2010), quien afirma que la dimensión conductual de la depresión se relaciona con las conductas que realiza o práctica una persona, estableciéndose que la regulación de las conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia del trastorno depresivo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se concluye lo siguiente:

Primera: Que, existe correlación positiva alta significativa entre ansiedad y depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,805$; $p=0,000<0,05$). Por lo que la relación es directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión.

Segunda: Que, existe correlación positiva alta significativa entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,764$; $p=0,000 < 0,05$). La relación es directa entre las variables, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión cognitiva.

Tercera: Que, existe correlación positiva moderada significativa entre ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,672$; $p=0,000<0,05$). Es decir, la relación es directa entre las variables, se afirma que, a mayor nivel de ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión afectiva.

Cuarta: Que, existe correlación positiva moderada significativa entre ansiedad y la dimensión conductual de la depresión en personas con tartamudez de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel-Lima ($\rho=0,535$; $p=0,000<0,05$). Es decir, la relación es directa entre las variables, significa que, a mayor ansiedad mayor posibilidad de presentar depresión desde la dimensión conductual.

RECOMENDACIONES

Primera:

Que los integrantes de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima, a través de profesionales se implementen grupos de apoyo mutuo para informar en temas de ansiedad y sus implicancias en la depresión a nivel psicológico y así superando la ansiedad y depresión.

Segunda:

Que el presidente en conjunto con los integrantes de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima, Planifiquen e implementen talleres vivenciales para las personas de la referida asociación, con temas de técnicas de control y manejo de emociones desagradables a nivel de ideas, pensamientos, desarrollo de habilidades de comunicación y relaciones intra e interpersonales y así fortalecer la dimensión cognitiva de la depresión.

Tercera:

Que los integrantes de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima, con ayuda de profesionales de la salud planifiquen e implementen grupo de apoyo vivenciales para las personas de la referida asociación, con temas de inteligencia intra e interpersonal, la inteligencia emocional en la organización y así fortalecer la dimensión afectiva de la depresión

Cuarta:

Que los integrantes de la Asociación Peruana Habla Libre de San Miguel Lima, con ayuda de profesionales de la salud planifiquen e implementen grupo de apoyo vivenciales para las personas de la referida asociación, con temas de inteligencia intra e interpersonal, la inteligencia emocional en la organización y así fortalecer la dimensión afectiva de la depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almudena García, A. (2016). La depresión en Adolescentes. *La salud mental de las personas Jóvenes: Revista de estudios de juventud*, 83.
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas Sociales de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. doi:10.3989/ris.2008.06.08
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª)*. Madrid: editorial Médica.
- Astocondor, L. (2001). Estudio Exploratorio sobre Ansiedad y Depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas aguarunas. Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Panamericana.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Báez K., (2009). Ansiedad: como controlarla. *Guías de educación sanitaria* 2.1-16.
- Barra E., Cerna R., Kramm D. y Véliz V. (2006). Terapia Psicológica: Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 24(1), 55-61. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/785/78524106/>.
- Beck, A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56(6):893–97.

- Beck, A. y Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A., & Clark, D. (1997). And information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (1), 49-58.
- Burges, T. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Venezuela.
- Calvo, M.G. y Eysenck, M.W. (1995). Sesgo interpretativo en la ansiedad de evaluación. *Ansiedad y Estrés*, 1, 5-20.
- Cano- Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. En: E.G. Fernández- Abascal (Ed.). *Psicología General. Motivación y Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón. Areces (127-161).
- Cano- Vindel, A., Miguel- Tobal, J.J., Gonzales, H. e Iruarrizaga, I. (1995). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, 145-156.
- Capafons, J., Sosa, C.D. Viña, C. y Avero, P. (1997). Fobia a viajar en avión:
valoración y predicción de resultados de dos programas terapéuticos: *Ansiedad y estrés*, 3, 265-287.
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Clark D. y Beck A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Coca A. (2013). *La Ansiedad Infantil desde el Análisis Transaccional*. (Tesis

doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.

Coronado M (2018). *Nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2018*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Católica de Santa Marta. Arequipa – Perú.

Clemente S. (2016). Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de Enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad de Huánuco. Huánuco – Perú.

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (julio de 2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de terapia Cognitivo conductual*(3)

Egúsquiza, L. (2017). *“Ansiedad, depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina en una universidad privada”* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.

Escalona, A. y Hernández, J.M. (1996) (Eds) *Ansiedad y Estrés en el Ámbito Educativo*. Murcia: Compobell. (Ansiedad y Estrés, 2(2-3), pp. 97,295, número monográfico).

Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Dogal, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés.

Galán, S. & Sánchez, M. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*, 14,279-285

Granda, S., (2017). Trastornos de ansiedad. *emol. Tendencias*. Recuperado de <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/O>

MS-Un-44-dela-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casosaumentan-un-18-en-10-anos.html.

Gonzales (2010). La depresión dos enfoques complementarios. Madrid:

Fundamentos.

Hales, R. Yudofsky, S. y et al. (1996) Cap. 14. Trastornos de ansiedad. Tratado de Psiquiatría. (pp. 523). 2da Edición. Editorial Ancora S.A. Versión Online.

Hernandez, R., Fernandez, & Batista. (2014). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill

Jaimes, T.; Ramírez, L.; & Romero, A. (2020). *Relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos* (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia.

Last CG, Hersen M, Kazdin A. (2005). Trastornos de ansiedad en niños y sus familias. Arch Gen Psychiatry, 48: 928-34.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Mamani, G. (2020). *“Evaluación de ansiedad, depresión y dinámica familiar en ingresantes a la U.C. S.M. entre los años, 2018-2019, Arequipa 2020”* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Perú.

Mardomingo MJ. (1994). Trastornos de ansiedad. ed. Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes. Madrid: Díaz de Santos.

Miguel-Tobal, J. (1990). La ansiedad. En: J.Mayor y J.L. Pinillos (Eds.). Tratado de Psicología General. Vol.8. S.Palafox y J.Vila (Eds.). Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra universidad

- Nadja, A. (2017). *Tratamiento de la Disfemia con Hipnosis* (Tesis de pregrado). Universidad de la Laguna, España.
- Núñez, Y. (2018). *“Nivel de depresión y ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018”* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid-España: MEDICA Panamericana.
- OMS. (2018). Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud Mental, 1. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mentalhealth>.
- Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- OMS. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. CIE 10. Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: ed. Meditor.
- Ortega, y Zubeidat (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar Revista Mal-estar E Subjetividade, vol. 3, núm. 1 pp. 10 - 59 Universidad de Fortaleza Fortaleza, Brasil
- Ortíz, A & Pacheco, B. (2016). *Relación entre ansiedad prequirúrgica e intensidad del dolor postquirúrgico en pacientes del Hospital Homero Castanier Crespo,2016*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

- Pérez, G. (2016). "Familia y síndrome de Down: ansiedad y estrés en los progenitores" Universidad Pontificia de Madrid – España.
- Pérez-Nieto, M. y Cano-Vindel, A. (1998). Intervención en fobia social: Caso Clínico. *Psicología.COM* (online) ,2(2) ,42 párrafos. Disponible en: http://www.Psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm.
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Lorenzo, A. (2008). Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos. San Vicente: Club universitario
- Ramos, E. (2018). *Ansiedad y Agresión.* (Tesis de grado) doi:<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/22/Ramos-Evelin.pdf>.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). Relaciones conceptuales entre el trastorno de ansiedad y el miedo temperamento. *Ansiedad social en la infancia: Bridging Perspectivas de desarrollo y clínicas. Nuevo Direcciones para el desarrollo infantil y adolescente* ,127. 17-31.
- Sánchez, E. Martínez, J. Sánchez, N. Moreno, M. Vásquez, F. Sánchez, A.
- Rodríguez, A. (2018). "Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico" Hospital Universitario Virgen de las Nieves – México.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. & Wordan, T. J. (1980). *Anxiety disorders.* In S.
- M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.
- Tobal M., J.J. (1996): *La ansiedad. Guías Prácticas: Psicología y bienestar.* Madrid: Aguilar.

- Valderrama, S. (2013). Pasos para elaborar proyectos de investigación científica (Segunda edición). Lima: San Marcos.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Beconia, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a fines del siglo xx. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Vento, R. (2017), Ansiedad y afrontamiento en estudiantes de un conservatorio de música. Tesis para licenciatura. Universidad Católica. Perú.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra
- Villanueva (2017) Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa. Tesis de maestría, Lima- Perú.
- Williams, P., Holmbeck, G. y Greenley, R. (2002). Psicología de la salud del adolescente. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 70, 828-842.
- Zarragoita, I. (2011). Depresión Generalidades y particularidades. La Habana: ECIMED.
- Zung, W. (1965). Self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12:371–379.
- Zarragoita, I. (2011). Depresión Generalidades y particularidades. La Habana: ECIMED

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento y ficha de Validación Juicio de Expertos

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA WILLIAM ZUNG

Instrucciones: Estimado estudiante a continuación se le presenta una serie de ítems (interrogantes), léelas con atención y marque con una X en una de las casillas, según sea su vivencia. Tus respuestas serán de mucha importancia para nuestra investigación.

N°	Indicadores	Nunca	A	Con	Siempre o Casi veces bastante
		casí	Nunca	frecuencia	siempre
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.				
2	Me siento con temor sin razón.				
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder.				
6	Me tiemblan las manos y las piernas.				
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11	Sufro de mareos.				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16	Orino con mucha frecuencia.				
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche				
20	Tengo pesadillas.				

N°	ITEMS	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre e	Siempre
1	Me siento triste y decaído.				
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor				
4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).				
5	Mi vida es agradable y plena				
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.				
7	He notado que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo problemas de estreñimiento.				
9	Mi mente esta tan despejada como siempre.				
10	Tengo confianza en el futuro.				
11	Me es fácil tomar decisiones.				
12	Me canso sin motivo.				
13	Como igual que antes.				
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.				
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
16	Estoy más irritable que antes.				

17	Mi corazón late más rápido que antes.				
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.				
20	Siento que soy útil y necesario.				

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Instrucciones: Estimado (a) Sr(a) (ita), el presente test forma parte de un estudio encaminado a obtener información respecto a la depresión. A continuación, se presenta una serie de enunciados que usted deberá leer con atención y marcar con un aspa (X) dentro del casillero según la respuesta que mejor se adapte a lo que usted ha estado sintiendo o experimentando en los últimos días.

VALIDACION DE INSTRUMENTOS

Anexo 2: Ficha de validación Juicio de expertos

VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS VARIABLE ANSIEDAD

Ítems

Dimensiones		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	x		x		x		
2	Me siento con temor sin razón.	x		x		x		
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	x		x		x		
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	x		x		x		

5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder.	x		x		x		
6	Me tiemblan los manos y las piernas	x		x		x		
7	Me mortifican los dolores de cabeza, cuello o cintura.	x		x		x		
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	x		x		x		
9	Me siento tranquilo (a) y puedo permanecer en calma fácilmente.	x		x		x		
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	x		x		x		
11	Sufro de mareos.	x		x		x		
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	x		x		x		
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente.	x		x		x		
14	Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies.	x		x		x		
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	x		x		x		
16	Orino con mucha frecuencia.	x		x		x		
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.	x		x		x		
18	Siento bochornos.	x		x		x		
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche.	x		x		x		
20	Tengo pesadillas.			x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr. Cruz Telada, Yreneo

DNI: 09946516 **Especialidad del validador:** Psicólogo de la Salud

Lima, 20 de mayo del 2021



Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada
DOCTOR EN PSICOLOGIA

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados Firma del Validador son suficientes para medir la dimensión.

**VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS
VARIABLE ANSIEDAD**

Dimensiones		Ítems						
		Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	x		x		x		

2	Me siento con temor sin razón.	x		x		x		
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	x		x		x		
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	x		x		x		
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder.	x		x		x		
6	Me tiemblan los manos y las piernas	x		x		x		
7	Me mortifican los dolores de cabeza, cuello o cintura.	x		x		x		
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	x		x		x		
9	Me siento tranquilo (a) y puedo permanecer en calma fácilmente.	x		x		x		
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	x		x		x		
11	Sufro de mareos.	x		x		x		
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	x		x		x		
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente.	x		x		x		
14	Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies.	x		x		x		
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	x		x		x		
16	Orino con mucha frecuencia.	x		x		x		
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.	x		x		x		
18	Siento bochornos.	x		x		x		
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche.	x		x		x		
20	Tengo pesadillas.	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ____ **SI HAY SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ **Mg:**

Ysabel Virginia Pariona Navarro

DNI: 10219341

Especialidad del validador: **Psicóloga Educativa**

Lima, 14 de Julio del 2021



Ysabel V. Pariona Navarro
Psicóloga
Esp. Terapia de Lenguaje
C.P.P. N° 9421

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3Claridad: Confiabilidad de los instrumentos Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems

VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DEPRESIÓN

Dimensiones		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugere ncias
		si	n o	si	no	si	no	
1	Me siento abatido y melancólico (a).	x		x		x		
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	x		x		x		
3	Tengo exceso de llanto o ganas de llorar.	x		x		x		
4	Duermo mal.	x		x		x		
5	Tengo tanto apetito como antes.	x		x		x		
6	Aún me atraen las personas del sexo opuesto.	x		x		x		
7	Noto que estoy perdiendo peso.	x		x		x		
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	x		x		x		
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	x		x		x		
10	Me canso sin motivo.	x		x		x		
11	Tengo la mente tan clara como antes.	x		x		x		
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	x		x		x		
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	x		x		x		
14	Tengo esperanza en el futuro.	x		x		x		
15	Estoy más irritable que antes	x		x		x		
16	Me es fácil tomar decisiones.	x		x		x		
17	Me siento útil y necesario.	x		x		x		
18	Me satisface mi vida actual.	x		x		x		
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.	x		x		x		
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./

Mg: Cruz Telada, Yreneo Eugenio

DNI: 09946516

Especialidad del validador: Psicólogo de la Salud

Lima, 20 de mayo del 2021



Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada
DOCTOR EN PSICOLOGIA

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados

Firma del Validador son suficientes para medir la dimensión

**VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO
DEPRESIÓN**

Ítems

Dimensiones		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1	Me siento abatido y melancólico (a).	x		x		x		
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	x		x		x		
3	Tengo exceso de llanto o ganas de llorar.	x		x		x		
4	Duermo mal.	x		x		x		
5	Tengo tanto apetito como antes.	x		x		x		
6	Aún me atraen las personas del sexo opuesto.	x		x		x		
7	Noto que estoy perdiendo peso.	x		x		x		
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	x		x		x		
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	x		x		x		
10	Me canso sin motivo.	x		x		x		
11	Tengo la mente tan clara como antes.	x		x		x		
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	x		x		x		
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	x		x		x		
14	Tengo esperanza en el futuro.	x		x		x		
15	Estoy más irritable que antes	x		x		x		
16	Me es fácil tomar decisiones.	x		x		x		
17	Me siento útil y necesario.	x		x		x		
18	Me satisface mi vida actual.	x		x		x		
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.	x		x		x		
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ **Mg:**

Ysabel Virginia Pariona Navarro

DNI: : 10219341

Especialidad del validador: **Psicóloga Educativa**

Lima, 14 de Julio del 2021



Ysabel V. Pariona Navarro
Psicóloga
Esp. Terapia de Lenguaje
C.P.P. N° 9421

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo Confiabilidad de los instrumentos.

3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Confiabilidad de los instrumentos

Escala: ANSIEDAD

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,887	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	34,9200	91,743	,184	,889
Item2	35,2400	88,940	,332	,886
Item3	35,2800	83,377	,540	,881
Item4	35,4400	82,173	,590	,879
Item5	35,5600	82,757	,698	,876
Item6	35,4400	83,090	,733	,876
Item7	35,2800	82,710	,612	,878
Item8	35,1600	84,723	,516	,881
Item9	34,5600	85,340	,428	,885
Item10	35,0400	82,040	,629	,878
Item11	35,5600	82,757	,698	,876
Item12	35,8400	84,473	,757	,876
Item13	34,8800	91,943	,074	,895
Item14	35,6000	83,417	,653	,877
Item15	35,0800	80,993	,645	,877
Item16	34,5600	85,340	,428	,885
Item17	34,9200	88,993	,247	,890
Item18	35,1200	83,610	,568	,880
Item19	34,7200	91,043	,143	,892
Item20	35,5600	85,007	,582	,880

Escala: DEPRESIÓN

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,819	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	45,0800	77,160	,013	,827
Item2	44,1200	75,360	,144	,822
Item3	44,3600	69,573	,530	,805
Item4	44,8400	71,723	,295	,817
Item5	44,0400	73,873	,171	,824
Item6	44,3200	67,227	,632	,798
Item7	45,1600	69,057	,457	,808
Item8	45,4400	70,090	,521	,806
Item9	45,0000	69,250	,486	,806
Item10	44,9600	67,707	,546	,803
Item11	44,8800	73,527	,207	,821
Item12	44,3200	67,227	,632	,798
Item13	44,9200	73,577	,183	,823
Item14	44,3200	66,477	,618	,798
Item15	45,1600	73,140	,199	,823
Item16	44,4800	66,510	,705	,795
Item17	43,7200	72,377	,365	,813
Item18	43,8000	75,083	,170	,821
Item19	45,7600	74,357	,273	,817
Item20	44,3200	66,477	,618	,798

Anexo 3: Informe de Tunitin 20% de similitud

TARTAMUDEZ_CLAUDIA_Y_RUBY.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.topdoctors.es Fuente de Internet	1%
2	vsip.info Fuente de Internet	1%
3	www.psicoterapeutas.com Fuente de Internet	1%
4	repositorio.comillas.edu Fuente de Internet	1%
5	facultad.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	ddt.inr.gob.mx Fuente de Internet	1%
7	www.deutscher-apotheker-verlag.de Fuente de Internet	1%
8	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	1%
9	riull.ull.es Fuente de Internet	1%

10	empendium.com Fuente de Internet	1 %
11	udodufefix.jimdofree.com Fuente de Internet	1 %
12	e-biblio.univ-mosta.dz Fuente de Internet	1 %
13	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
14	dspace.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1 %
16	Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León Trabajo del estudiante	1 %
17	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1 %
18	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1 %
19	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 %
20	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1 %
21	revistas.unife.edu.pe	

Fuente de Internet

1 %

22

www.matermundi.tv

Fuente de Internet

1 %

23

Submitted to Universidad Dr. José Matías Delgado

Trabajo del estudiante

1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1 %

Excluir bibliografía

Activo