

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE SICOLOGÍA**

TESIS

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPO DE EMERGENCIA SANITARIA
POR COVID 19 EN ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA, IQUITOS – 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Autores: Bach. Psic. Angulo Arévalo, Esteban Andrew
Bach. Psic. Cahuachi Gómez, Marcia Christina**

Asesor: Lic. Psic. Néstor Oswaldo Pérez Tenazoa, Mgr.

San Juan Bautista, Perú

2022



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPO DE EMERGENCIA SANITARIA POR
COVID 19 EN ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA, IQUITOS – 2021”**

De los alumnos: **ANGULO ARÉVALO ESTEBAN ANDREW Y CAHUACHI GÓMEZ
MARCIA CHRISTINA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó
satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje
de **15% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que
estime conveniente.

San Juan, 29 de Agosto del 2022.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

CJRA/ri-a
381-2022

DEDICATORIA

A mis amados padres Alberto y Dorcas porque siempre fueron mi motor y fortaleza para mirar hacia adelante y nunca rendirme.

A mi hermana Oriana por ser incondicional en cada paso que doy.

A todos los adolescentes que luchan a diario por auto conocerse, aquellos que en silencio luchan por sus ideales y para que estos sean respetados.

Marcia

A mis padres Esteban y Mariela, por su comprensión y ayuda en los momentos malos y menos malos, me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis hermanas por su apoyo incondicional en el trayecto de este proyecto, me han dado todo lo que soy como persona

Esteban

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todos y todas las adolescentes que participaron en esta investigación, por su aporte y tiempo.

Así como a la directora, la Lic. Kelly Del Águila López y la coordinadora de tutoría la Lic. Mariela Arévalo Ramírez por el apoyo para que esta investigación sea realizada en su institución educativa.

Agradecemos también al Psic. Néstor Oswaldo Pérez Tenazoa, por sus consejos y por guiarnos para realizar un buen trabajo de investigación.

Al Lic. Luis Alberto Orejuela Arellano, Mgr por el asesoramiento metodológico.

Y agradecemos a todas las personas que hicieron posible esta investigación.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 567-2022-UCP-FCS, del 31 de Mayo del 2022, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

✚ Psic. Mgr. Mirtha Elizabeth Sandoval Oviedo	Presidente
✚ Psic. Mgr. Juan Alfonso Méndez del Águila	Miembro
✚ Psic. Mgr. Julissa Arévalo Jibaja	Miembro

Como Asesor: Psic. Mgr. Néstor Oswaldo Pérez Tenazoa.

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 a.m. horas, del día Viernes 16 de Setiembre del 2022, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de SICOLOGÍA, de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPO DE EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ESTUDIANTES DE 4° Y 5° AÑO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA, IQUITOS - 2021".

Presentado por los sustentantes: **ESTEBAN ANDREW ANGULO ARÉVALO**
MARCIA CHRISTINA CAHUACHI GÓMEZ

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

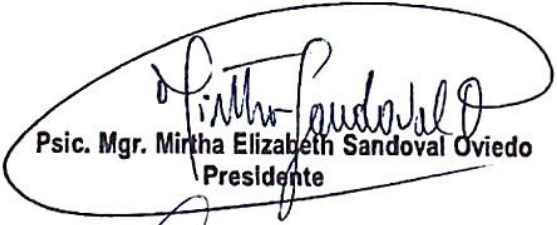
Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

.....ABSUELTAS SATISFACTORIAMENTE.....


El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: **APROBADO UNANIMIDAD CON LA NOTA: DIECISEIS (16)**

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


Psic. Mgr. Mirtha Elizabeth Sandoval Oviedo
Presidente

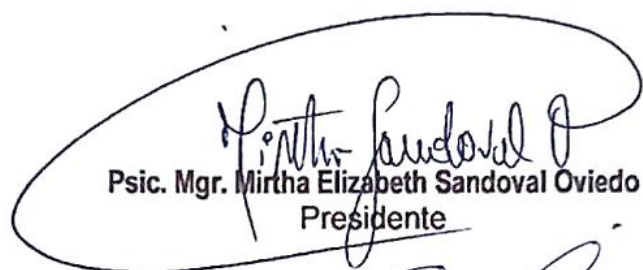

Psic. Mgr. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro


Psic. Mgr. Julissa Arévalo Jibaja
Miembro

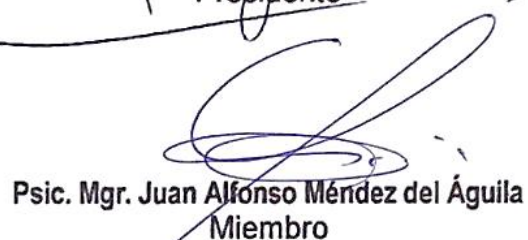
CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

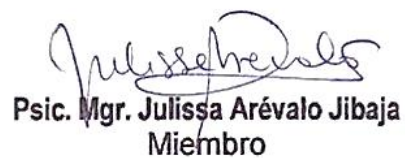
TESIS, DENOMINADO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TIEMPO DE EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ESTUDIANTES DE 4° Y 5° AÑO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA, IQUITOS - 2021



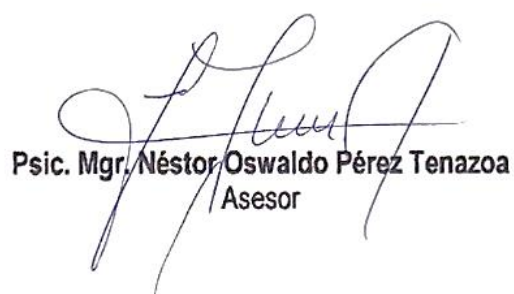
Psic. Mgr. Mirtha Elizabeth Sandoval Oviedo
Presidente



Psic. Mgr. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro



Psic. Mgr. Julissa Arévalo Jibaja
Miembro



Psic. Mgr. Néstor Oswaldo Pérez Tenazoa
Asesor

Índice de Contenidos

	Pág.
Portada	
Constancia de Originalidad	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	x
Índice de cuadros	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Capítulo I: Marco teórico	14
1.1. Antecedentes de estudio	14
1.2. Bases teóricas	18
1.2.1. Adolescencia	18
1.2.1.1. Adolescencia temprana	19
1.2.1.2. Adolescencia intermedia	19
1.2.1.3. Adolescencia tardía	20
1.2.1.4. Factores de riesgo en la adolescencia	20
1.2.1.5. Factores protectores en la adolescencia	22
1.2.2. Ansiedad	22
1.2.2.1. Ansiedad en la adolescencia	23
1.2.2.2. Tipos de ansiedad según Stai	23
1.2.2.3. Ansiedad desde la perspectiva de Zung	25
1.2.2.4. Trastornos de ansiedad	26
1.2.2.5. Trastornos de ansiedad en adolescentes	27
1.2.3. Depresión en la adolescencia	28
1.2.3.1. Categorías básicas de la depresión	29

1.2.3.2.	Aspectos clínicos de la depresión	29
1.2.3.3.	Depresión según CIE - 10	31
1.2.3.4.	Depresión según DSM V	32
1.2.3.5.	Trastorno depresivo mayor	32
1.2.3.6.	Trastorno depresivo persistente	33
1.2.3.7.	Trastorno disfórico premenstrual	34
1.2.3.8.	Depresión desde la perspectiva de Zung	35
1.2.3.9.	Enfoques terapéuticos para la depresión	36
1.2.4.	Pandemia	41
1.2.4.1.	Aislamiento social por el Covid	42
1.2.4.2.	Emergencia Sanitaria	42
1.2.4.3.	Emergencia Sanitaria y los Adolescentes	43
1.3.	Definición de términos básicos	43
Capítulo II: Planteamiento del problema		46
2.1.	Descripción del problema	46
2.2.	Formulación del problema	50
2.2.1.	Problema general	50
2.2.2.	Problemas específicos	50
2.3.	Objetivos	51
2.3.1.	Objetivo general	51
2.3.2.	Objetivos específicos	51
2.4.	Hipótesis	52
2.5.	Variables	52
2.5.1.	Identificación de las variables	52
2.5.2.	Definición conceptual y operacional de las variables	52
2.5.3.	Operacionalización de las variables	54
Capítulo III: Metodología		55
3.1.	Tipo y diseño de investigación	55
3.2.	Población y muestra	56
3.3.	Técnicas, instrumentos y procedimientos de	

recolección de datos	58
3.4. Procesamiento y análisis de datos	62
3.5. Aspectos éticos	63
Capítulo IV: Resultados	72
Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones	90
Referencias Bibliográficas	96
Anexos	
Anexo 01. Matriz de consistencia	
Anexo 02. Consentimiento informado	
Anexo 03. Instrumentos de recolección de datos	

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
Tabla 01.	<i>Características sociodemográficas en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021.</i>	72
Tabla 02.	<i>Niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	74
Tabla 03.	<i>Ansiedad según la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	75
Tabla 04.	<i>Ansiedad según sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	77
Tabla 05.	<i>Ansiedad según grado de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	78
Tabla 06.	<i>Ansiedad según sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	79
Tabla 07.	<i>Depresión según la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	81
Tabla 08.	<i>Depresión según sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	82
Tabla 09.	<i>Depresión según grado de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	83
Tabla 10.	<i>Depresión según sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021</i>	84
Tabla 11.	<i>Prueba de normalidad</i>	86
Tabla 12.	<i>Resultados inferenciales</i>	87

ÍNDICE DE CUADROS

N°	TITULO	Pág.
Cuadro 01.	<i>Variable, Indicador, tipo y escala de medición</i>	54
Cuadro 02.	<i>Población y muestra de los estudiantes del 4º y 5º año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundario San Martín de Porres</i>	56

Resumen

El propósito de la investigación es analizar el efecto de ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por COVID 19 en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Investigación basada en el enfoque cuantitativo y método hipotético – deductivo, que incluyó una población de 261 estudiantes del 4^{to} y 5^{to} de secundaria de la Institución Educativa San Martín de Porres, se utilizó el muestreo estratificado con afijación proporcional siendo 156 estudiantes. Los instrumentos fueron la escala de Automedición de ansiedad y de depresión de Zung.

La información se procesó mediante el software SPSS v23, siendo los resultados para la variable ansiedad el 80,1% no presentó ansiedad, el 18,6% tuvieron ansiedad moderada y el 1,3% presentaron ansiedad severa. La variable depresión, el 50,6% estuvieron dentro de los límites normales, el 46,2% mostraron desorden emocional y el 3,2% tuvieron depresión situacional. Se concluye: La ansiedad en emergencia sanitaria por COVID – 19 tuvo efecto negativo y la depresión no tuvo esos efectos en los estudiantes de 4to y 5to año de secundaria de una Institución Educativa, Iquitos – 2021.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, emergencia sanitaria.

Abstract

The purpose of the research is to analyze the effect of anxiety and depression in times of health emergency by COVID 19 in 4th and 5th year students of an Educational Institution - 2021.

Research based on the quantitative approach and hypothetical-deductive method, which included a population of 261 students from the 4th and 5th grades of the San Martín de Porres Educational Institution, stratified sampling with proportional affixation was used, with 156 students. The instruments were the Zung Self-Assessment of Anxiety and Depression Scale.

The information was processed using the SPSS v23 software, with the results for the anxiety variable being 80.1% without anxiety, 18.6% with moderate anxiety and 1.3% with severe anxiety. The depression variable, 50.6% were within normal limits, 46.2% showed emotional disorder and 3.2% had situational depression. It is concluded: Anxiety in a health emergency due to COVID - 19 had a negative effect and depression did not have these effects in the 4th and 5th year high school students of an Educational Institution, Iquitos - 2021.

Keywords: Anxiety, Depression, health emergency.

Capítulo I: Marco teórico

1.1. Antecedentes de estudio

Antecedentes de estudios internacionales

Reyes, K. (2021) su investigación tuvo como objetivo describir los niveles de ansiedad y depresión en los adolescentes que se encuentran en situación de aislamiento social, por la pandemia. Realizó un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptiva y de diseño no experimental y transversal estuvo conformada por 45 adolescentes con edades comprendidas entre los 16 y 19 años. Utilizó el inventario de ansiedad estado-rasgo STAI de Spielberg para determinar la ansiedad junto con el inventario de depresión BDI-II para la depresión. Los resultados que obtuvo fue que un 20% de adolescentes presentan ansiedad como estado y un 22% ansiedad como rasgo, y en cuanto a la depresión se obtuvo un 11% con depresión moderada y grave en la muestra tomada, siendo más frecuente en el sexo masculino.

Catagua, G; Escobar G (2021) realizaron una investigación que tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad en los adolescentes durante el confinamiento (Covid 19) en el barrio "Santa Clara", en Ecuador. La investigación tuvo un enfoque de tipo descriptiva de corte transversal. Utilizaron el método científico, con el apoyo del psicométrico y estadístico. Se trabajó con una población de 25 adolescentes en edades de 13-17 años. Para la investigación se utilizó la prueba de ansiedad de Beck, que es un cuestionario auto administrado que mide el nivel de ansiedad y una encuesta semi estructurada. Los resultados obtenidos fueron que el 16% de adolescentes presentan ansiedad mínima, el 32% ansiedad leve y el 44% ansiedad moderada, y el 8% severa. Los resultados junto con los

de la encuesta revelan que hay una clara relación entre el confinamiento por la pandemia sanitaria y la ansiedad en adolescentes.

Zayas, M; Román, I; Rodríguez, L (2020) en su investigación tuvieron como objetivo caracterizar aspectos de la repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia, relacionada con el aislamiento social por la COVID. Realizaron un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con una muestra de 47 niños y adolescentes; en el estudio también participaron sus padres. El método utilizado, ha sido aplicar a la familia la entrevista de afrontamiento familiar y la prueba FF SIL. Los resultados obtenidos son: que la mayor resonancia psicológica al mes fue la ansiedad con un 12.7%, mientras que a los tres meses fue la hiperactividad motora y verbal 48.8%, temor a la muerte 46.8% y ansiedad somatizada 44.6%. Se concluyó, que la mayor resonancia psicológica en el contexto de aislamiento social preventivo fue en niños de 5 a 9 años, sin diferencias significativas en relación con el sexo.

Antecedentes de estudios nacionales

Zambrano, L; Huamán S (2021) determinó si existe relación significativa entre Inteligencia emocional y salud mental en el contexto de la pandemia COVID-19 con una muestra de adolescentes peruanos. El estudio estuvo conformado por 326 adolescentes, que oscilan entre las edades de 14 y 17 años de ambos sexos. La investigación corresponde al enfoque cuantitativo, sigue el diseño no experimental, además de corte transversal, y de alcance correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Baron ICE: NA y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados obtenidos demuestran que existe una relación negativa y altamente significativa entre inteligencia emocional y

depresión ($\rho = -.313$, $p < .01$), ansiedad ($\rho = -.171$, $p < .01$) y estrés ($\rho = -.240$, $p < .01$). Es decir, a mayor inteligencia emocional, menores serán los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes.

Bejar, L (2021) estudió la relación entre la adicción al internet y la depresión en adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria de la I.E. José Lorenzo Cornejo Acosta en el contexto de emergencia sanitaria por COVID 19, en la ciudad de Arequipa 2021. La investigación fue cuantitativa, de diseño no experimental, observacional, transversal de tipo correlacional. El estudio estuvo conformado por 71 adolescentes de una institución lo cual cumplieron con los criterios de selección. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos, el cuestionario de adicción de redes sociales ARS y la Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung (SDS); mientras que para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Los resultados fueron que el 45.1% de adolescentes presentaron nivel bajo de adicción a redes sociales, seguido del 35.2% de estudiantes con adicción a redes sociales media, el 15.5% de adolescentes no tuvieron adicción a redes, mientras que solo el 4.2% de los estudiantes presentaron adicción a redes sociales alta. El 35.2% de adolescentes no presentaron depresión, seguido del 33.8% de los adolescentes con depresión leve, el 19.7% de los estudiantes presentaron depresión moderada, mientras que el 11.3% de ellos tuvieron depresión grave. Para finalizar el 18.3% de los que no tienen depresión presentan bajo nivel de adicción a redes sociales, mientras que el 14.1% de los adolescentes con depresión leve tienen adicción media a las redes sociales ($p=0.17$). En conclusión, la prueba estadística determinó que la adicción a internet no está asociada a la depresión en adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria de la I.E. José Lorenzo Cornejo Acosta en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19, Arequipa 2021, por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula.

Lazo de la Vega, A (2020) analizó el nivel de ansiedad y depresión asociado al confinamiento social por COVID 19 en adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima. El estudio fue de tipo observacional y prospectivo. Trabajó con 70 adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima, a quienes se les aplicó una encuesta virtual donde se recogieron datos sociodemográficos la escala de depresión de Golberg. Como resultado, las características sociodemográficas que predominaron fueron la edad de 15 años, que viven con ambos padres, dependen económicamente de ambos padres y el grado de instrucción superior de padre y madre. El 78,6% de las alumnas presentan ansiedad, el 84,3% presentan depresión. En conclusión, se encontró una relación significativa con la afectación emocional por el aislamiento social y el desarrollo de ansiedad ($p=0.348$) y depresión ($p=0.353$).

Begazo, I (2018) determinó la prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en los estudiantes de secundaria. Es una investigación de tipo observacional, prospectivo y transversal que analizó un total de 114 escolares del 4to y 5to año de secundaria, mediante la escala de Hamilton para ansiedad y depresión y la escala auto aplicable de CEPO para ADHD. En los resultados se encontró ansiedad en los escolares en un 61.4%, de ellos un 28.6% evidenciaron ansiedad mayor; la presencia de depresión se representó en un 63.2% y la presencia de ADHD en 6.14%. En conclusión, la relación entre la ansiedad y depresión y los factores asociados son significativas para mayor edad.

Chuquispuma, E (2021) analizó el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chíncha – 2021. Utilizó el enfoque

cuantitativo, con el diseño descriptivo. La investigación estuvo conformada por 80 adolescentes entre hombres y mujeres habitantes de la Urbanización El Rosedal en la provincia de Chincha. El instrumento que utilizo fue Cuestionario de Depresión Infantil previamente validado para menores de edad peruanos por el psicólogo Edmundo Arévalo. Los resultados arrojaron que, en la dimensión “Estado de ánimo disfórico” se halló el 30% (n=24) de la muestra presenta síntomas depresivos marcados y el 70% (n=56) presenta síntomas depresivos en grado máximo; en la dimensión “Ideas de autodesprecio”, se halló que el 50% (n=40) de la muestra presenta síntomas depresivos leves, el 17,5% (n=14) presenta síntomas depresivos moderados, el 32,5% (n=26) presenta síntomas depresivos en grado máximo, finalmente en la variable “depresión” se halló que el 33,8% de la muestra (n=27), presenta síntomas depresivos mínimos, el 16,3% (n=13) presenta síntomas depresivos marcados y el 50% (n=40) presenta síntomas depresivos en grado máximo. Finalmente concluyo que la mayoría de los adolescentes encuestados presentan síntomas depresivos en grado máximo (50%).

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Adolescencia

La adolescencia es un período del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. Muchas de estas transformaciones son generadoras de crisis, conflictos y contradicciones para los adolescentes. **(Papalia y Martorell, (2009)**

Es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se

caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Pues no solo es un período de adaptación a los cambios corporales, pues es una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. **(Pineda,2002).**

Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia:

Las etapas de desarrollo tienen lugar dentro de tres períodos de la adolescencia:

- Temprana
- Intermedia
- Tardía

1.2.1.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo ~~pa~~puberal, donde ocurren grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. En el ámbito psicológico el adolescente comienza a perder interés por los padres y empieza vínculos de amistad básicamente con individuos del mismo sexo. Cognitivamente sus habilidades cognitivas y sus fantasías están en aumento; no existe un adecuado control de sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

1.2.1.2. Adolescencia intermedia (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es la etapa donde existe una máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus

padres. Para muchos en esta edad, es el inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes que casi siempre generadoras de riesgo. Muy pendientes de su apariencia física, que buscan poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

1.2.1.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

En esta etapa casi no se presentan cambios físicos y aceptan su aspecto corporal; tienen un acercamiento nuevamente a sus padres y sus valores tienen una perspectiva más adulta; le dan dando una mayor importancia a sus las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características que comprenden estas etapas de la adolescencia; además, todos pasan con sus variaciones individuales y culturales **(Isler,2009)**.

1.2.1.4. Factores de riesgos en la adolescencia

La adolescencia representa un periodo crítico en donde la persona se encuentra vulnerable a varios factores de riesgo. Los principales factores de riesgo para los adolescentes son:

Violencia: Este factor prima dentro del hogar y del grupo familiar y grupo sociales. Éste último grupo tienen a tener un patrón de conducta y si no siguen esos patrones el adolescente puede o es separado del vínculo.

Embarazos y partos precoces: dentro de las complicaciones el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en adolescentes entre 15 a 19 años a nivel mundial. Este rango de

edad representa un 11 por ciento de todos los nacimientos, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos.

Salud mental: La depresión y la ansiedad son las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes. Dentro de este, el suicidio la tercera causa de muerte. La violencia, el alto índice de pobreza y la humillación pueden aumentar el riesgo de desarrollar un problema de salud mental a estas edades.

Alcohol y drogas: Este factor es una preocupación importante en muchos países debido a que tiene efectos directos para la salud, reduce el control de los impulsos y favorece otras conductas de riesgo, como el sexo sin protección. Además, es la causa principal de accidentes y lesiones (sobre todo de tráfico), actos violentos y muertes prematuras. Y a largo plazo, puede provocar problemas de salud y reducir la esperanza de vida.

La desnutrición y la obesidad: muchos niños de países que se encuentran en desarrollo comienzan la adolescencia con desnutrición. Esto los puede llevar a ser más vulnerables a sufrir enfermedades y muertes prematuras. Sin embargo, en otros países sucede todo lo contrario ya que en los últimos años está aumentando el sobrepeso y la obesidad juvenil.

El consumo de tabaco. La gran mayoría de los fumadores adultos comenzaron cuando eran adolescentes. A nivel mundial, se calcula que al menos un 10 por ciento de la población adolescente de 13 a 15 años fuma tabaco, aunque en otras regiones el porcentaje es mucho mayor **(Infosalus,2015)**.

1.2.1.5. Factores protectores en la adolescencia

Entre los factores protectores se pueden destacar: el desarrollo de un proyecto de vida, el desarrollo y activación de redes sociales y el desarrollo de habilidades sociales. Los rituales tienen además un rol de importancia para una buena autoestima. De acuerdo con Castellano existe dos grandes pilares de los factores protectores en el adolescente que son la escuela y los padres.

Familia: Es el pilar del hogar y el sistema principal para el desarrollo del adolescente que a lo largo de la historia humanidad resiste los avatares antropológicos, es el lugar privilegiado para la socialización de los niños y adolescentes. La familia debe relacionarse con la escuela y a través de sus acciones ejercer un efecto protector académico.

Escuela: Además de desarrollar su función educativa los centros escolares no pueden estar ajenos a los problemas de salud en los aspectos preventivos ni tampoco a la influencia de los medios de comunicación o de la sociedad en general **(Castellano, 2015)**.

1.2.2. Ansiedad

La ansiedad es una característica de un estado del ser que surge de estímulos generales y no específicos que se perciben como potencialmente amenazantes. Esta percepción a menudo da como resultado un estado de ánimo aprensivo acompañado de un aumento de la excitación y la vigilancia, que cuando se llevan al extremo, persisten durante largos períodos de tiempo. **(Krueger, 1999)**

La ansiedad se considera como un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro,

el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. **(Krueger,1999)**.

1.2.2.1. Ansiedad en la adolescencia

La ansiedad se ha convertido en uno de los motivos más frecuentes de consulta diaria y afectan al 9-21% de los niños y adolescentes. Refiere que el adolescente que tiene un cuadro de ansiedad por lo general tiene un temor incontrolable a que los padres mueran en un accidente, o pavor a perder el control y clavar un cuchillo a un familiar, o cometer una locura y arrojarse por la ventana. En otras situaciones, podría tratarse de la rumiación constante de pensamientos dubitativos, acerca de lo que debe hacer o no debe hacer, o de lo que hizo o dejó de hacer. Estas ideas repetitivas pueden acompañarse de escrúpulos de conciencia de carácter moral o religioso que, junto con las preocupaciones sexuales, son muy típicas de la adolescencia y como sintomatología presencian dolor torácico, dificultad para respirar, cefaleas o dolores abdominales. **(Sanz,2005)**

1.2.2.2. Tipos de ansiedad según Stai

La ansiedad estado (A/E) está definida como un estado emocional transitorio del organismo humano, siendo sus características sentimiento subjetivos, que son conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una intensa actividad del sistema nervioso autónomo. Con el tiempo, esto puede variar y cambiar en intensidad.

La ansiedad rasgo (A/R) La ansiedad rasgo tiene características de situaciones que permanecen latentes hasta que se activan por los estímulos de una determinada situación, es decir, son restos de experiencias que el individuo ha pasado pero que predisponen con el pasar del tiempo y se manifiestan con conductas como respuestas vinculadas a lo que el individuo percibe.

Ansiedad como rasgo: La ansiedad como rasgo se determina como una personalidad neurótica. Generalmente existe una predisposición individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular que se caracteriza por el peligro o la amenaza, respondiendo con ansiedad. Esta respuesta va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en cualquier tipo de situación de manera cotidiana. Existe un gran cambio interindividual de acuerdo con el rasgo de ansiedad, esto se debe a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; por lo tanto, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. **(Sierra, 2003)**

Ansiedad como estado: La ansiedad como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las situaciones son percibidas como amenazantes por el individuo, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las

mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. **(Sierra,2003).**

1.2.2.3. Ansiedad desde la perspectiva de Zung

Definición: Desde el punto de vista psicobiológico, la ansiedad es el estado singular del organismo que se encuentra en alerta ante una posible amenaza a la integridad física o psicológica, su finalidad es posibilitar un gasto suplementario de energía, como la respuesta de una agresión o huida. Es importante precisar que la ansiedad tiene un componente subjetivo de gran importancia, pues se trata de un temor indefinido sin saber la razón, una incomodidad, inseguridad, tensión emocional, etc.

La ansiedad como estado tiene relación neurofisiológica, de manera que se produce una activación en ciertas estructuras corticales y subcorticales del sistema nervioso central (SNC), por la intervención de la formación reticular, dando, así como respuesta la hipervigilancia, puesto que la mente de la persona se distrae con facilidad, desarrolla una conducta hiperactiva, una inquietud exagerada, pueden aparecer temblores musculares, dificultad de atención, concentración, memoria y razonamiento. De esta manera, la ansiedad va a determinar el primer impacto en el área de rendimiento y comportamiento, lo que compromete la capacidad de atención y de adaptación.

Los estímulos desencadenantes de la ansiedad pueden ser de tres tipos: a) Estímulos psicosociales, tales como la conflictividad familiar, escolar, el hábitat, el desempleo, etc. b) Estímulos físicos, como el nivel de ruido, las condiciones climáticas, la combinación ambiental, etc. c) Estímulos psicofísicos agresivos,

como las enfermedades, los traumatismos, las intervenciones quirúrgicas, etc.

Síntomas: La sintomatología que pone en evidencia a la persona como consecuencia de la ansiedad puede ser: angustia, fatiga, astenia, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración y de la dinámica de los procesos del pensamiento, bloqueos mentales, disminución de la capacidad de fijación que se traduce en numerosos errores en el aprendizaje, hipertonia muscular, sensación de piernas intranquilas, temblores de las manos, etc.

En el caso de los adolescentes puede llegar a producir amenorreas, alopecia (caída del pelo), depresión, trastornos funcionales de la respiración (disnea), de la laringe (disfonías), del corazón (palpitaciones, taquicardias, disritmias), del sistema digestivo (espasmos gástricos, náuseas, vómitos, bolo esofágico). También se podría incluir a las sacudidas musculares y los movimientos de masticación y contracción de las mandíbulas, así como el bruxismo, todos ellos son expresiones de la ansiedad que se producen generalmente durante el sueño.

1.2.2.4. Trastornos de ansiedad

De acuerdo con el DSM IV dentro el trastorno de ansiedad se describe otro tipo de crisis y/o trastornos como lo siguientes: Crisis de angustia: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañado de sensación de muerte inminente. Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamientos de evitación a lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o bien imposible. Fobia específica: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente

significativa como respuestas a exposición a situaciones u objetos específicos temidos. Fobia social: se caracteriza por la presencia de la ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones o actuaciones en público del propio individuo. Trastorno obsesivo compulsivo: se caracteriza por la obsesión (que causan ansiedad y malestar significativo) y/o compulsiones. Trastornos de estrés postraumático: se caracteriza por la experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la actividad y el comportamiento de evitación de los estímulos relacionados al trauma. Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumáticos que aparecen inmediatamente después de acontecimientos altamente traumático. Los miedos y temores son sensaciones que carecen de base real y se prolongan al menos durante seis meses, al principio suelen verse como aspectos poco relevantes de la vida cotidiana, sin embargo, en el individuo van adquiriendo un carácter más general con el pasar de los años. **(Sanz, 2005).**

1.2.2.5. Trastornos de ansiedad en adolescentes

La actitud del adolescente es presentada como cautelosa y temerosa ante diversas situaciones de la vida, se la pasa preocupándose demasiado por los exámenes, las relaciones sociales, preocupaciones por los acontecimientos a futuro. La inseguridad y las preguntas sobre temas que pueden llenarlo de incertidumbre o ansiedad son parte de su rutina.

El adolescente puede mostrarse ansioso e inseguro de su capacidad y aptitudes en los diferentes campos, una de ellas puede ser en el rendimiento escolar, con un marcado temor a las críticas de compañeros y profesores.

Los síntomas son cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vértigo, disnea, opresión torácica, obstrucción en la garganta y trastornos del sueño. El adolescente experimenta una intensa tensión y nerviosismo. **(Sanz, 2005)**

1.2.3. Depresión en la adolescencia

Depresión: El DSM IV define la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades de la vida cotidiana.

De acuerdo con la cantidad e intensidad de los síntomas que presente la persona, la depresión puede ser clasificado como leve, moderada o grave. El riesgo extremo de la depresión es el suicidio. Se calcula que 800 mil personas se quitan la vida anualmente. Los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años son la población más reincidente, situación que agrava los efectos sociales y económicos de la enfermedad. La depresión es, de hecho, la principal causa de discapacidad, lo cual está generando una importante carga de morbilidad y mortalidad en los países del mundo y una presión significativa para el sistema de salud de cada país. **(Morales,2020)**

Los síntomas de la depresión, también pueden ser los sentimientos de baja autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio. **(Lang,2012)**

1.2.3.1. Categorías básicas de la depresión

Depresión Endógena: Se caracteriza por una personalidad premórbida, con antecedentes depresivos, inhibición psicomotriz e ideas delirantes de ruina, de culpa e hipocondriacas, posible herencia y anomalías biológicas como la disminución de la conductancia, pero con respuesta satisfactoria a las terapias como psicofármacos antidepresivos.

Depresión Neurótica: También denominado como situacional, reactivo o endógeno a según algunos autores, se caracteriza por los rasgos neuróticos de personalidad de un individuo, la psicogénesis del cuadro, ansiedad, síntomas que oscilan de un día a otro, con respuestas más pobres a los tratamientos farmacológicos y psicoterapia.

Depresión Situativa: Este tipo de depresión es consecuencia de una vivencia de sufrimiento que permanece durante largo tiempo y en el que la persona se enreda como en una red infinita, sin que pueda vislumbrar ni el principio ni el final de la situación.

Depresión Somatógena: Este tipo de depresiones está relacionado con enfermedades médicas generales (infarto de miocardio, cáncer, etc.), trastornos orgánicos cerebrales (craneoencefálicos, vasculares) o la administración de medicamentos (contraceptivos, antihipertensivos, etc.).

1.2.3.2. Aspectos clínicos de la depresión

Depresión Crónica: La depresión crónica tiene una duración de más de 2 años, los factores varían tales como, el mal funcionamiento premórbido, los desajustes nutricionales o sociales,

muchos episodios previos, la ausencia de tratamiento o tratamientos inadecuados y comorbilidad.

Trastorno Afectivo Estacional: Es denominado TAE por la alteración regular de depresiones en invierno y estados hipomaniacos en primavera-verano, relacionados con otros factores de cambio hormonal. Esta depresión puede ser moderada con características de fatiga, cefaleas, trastornos de sueño.

Depresión Atípica: Se considera desde la perspectiva clínica y biológica, se describen tres tipos de depresión: a) cuadros con ansiedad y síntomas fóbicos u otros síntomas neuróticos, que se acompañan de depresión o fenómenos que indiquen una depresión como las variaciones diurnas del humor. b) cuadros depresivos, tales como el insomnio inicial y la bulimia, la hipersomnia o el aumento de libido, son cambios funcionales que fueron invertidos a la depresión endógeno. c) depresión no endógena, se reactiva el humor en combinación con el aumento de peso o del apetito, hipersomnia, parálisis plúmbea brazos o piernas, vulnerabilidad al rechazo.

Depresión Somatógena: Está integrada por un grupo de disforias secundarias a trastornos orgánicos de diversa índole, algunas son de origen cerebral y otra extracerebrales tales como: trastornos tiroideos, anemias, infecciones virales, herpes y enfermedad de Parkinson.

Por otro lado, existen medicamentos que pueden inducir a la depresión y atrogenia, tales como ciertos antidepresivos y el ropranodol, anticonceptivos orales, benzodiazepinas y antiinflamatorios no esteroides.

1.2.3.3. Depresión según CIE - 10

Episodio Depresivo: Cuando un paciente tiene episodios depresivos típicos ya sea leve, moderado o grave, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, se produce una reducción de energía y actividad. La incapacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse comienza a hacerse notar y es frecuente el cansancio incluso tras un mínimo esfuerzo. A menudo el insomnio y la falta de apetito. Se reduce la autoestima y la confianza en uno mismo y a menudo se presentan las ideas de culpa. El estado de ánimo bajo varía de un día a otro, es poco probable que responda estímulos externos, todo ello se acompaña con: la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar súbitamente varias horas antes de lo normal, humor depresivo matutino, enlentecimiento psicomotor, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. Con respecto al número y severidad de los síntomas de un episodio depresivo, este puede precisar como leve, moderado o grave.

Episodio Depresivo Leve: Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas mencionados en el episodio depresivo. El paciente, puede estar afectado por ellos, pero probablemente pueda seguir con sus actividades cotidianas.

Episodio Depresivo Moderado: Generalmente están presentes tres o cuatro de los síntomas mencionados en el episodio depresivo y es probable que dificulten el día a día del paciente.

Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos: Es el episodio depresivo que más afecta al paciente, debido a que sus síntomas están más marcados en su vida diaria; la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa son típicas. Se añade las ideas o actos suicidas.

1.2.3.4. Depresión según DSM V

Trastorno de Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo: Cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y con el comportamiento, tales como como rabietas verbales o agresión física a las personas, su intensidad o duración son de acuerdo con la situación o provocación. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo. Los accesos de cólera se producen tres o más veces por semana.

El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable la mayor parte del día, puede desarrollarse también casi todos los días, y es observable por parte de otras personas, ya sea padres, profesores o compañeros.

Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos, es decir, se presentan en casa, en la escuela, con los compañeros y al menos uno de ellos son graves. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años. Según la observación o la historia clínica, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años. No cumple los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco por la duración de los criterios sintomáticos.

1.2.3.5. Trastorno depresivo mayor

Durante el periodo de dos semanas pueden estar cinco o más de los síntomas y representan un cambio del funcionamiento; al

menos uno de los síntomas es un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva, puede mostrar sentimientos de triste, vacío, sin esperanza. Mientras que, en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser mostrado de manera irritable.

Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, se puede observar una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Mientras que, en los niños, se considera el fracaso para el aumento de peso esperado. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días, como el entecimiento, es notable para las demás personas. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, en muchas ocasiones pueden ser delirantes, casi todos los días se autosabotea con reproches por su enfermedad. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. Los pensamientos de muerte son recurrentes y las ideas suicidas son latentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

1.2.3.6. Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes

se puede presentar el estado de ánimo de manera irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. Presencia, durante la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas: Poco apetito o sobrealimentación. Insomnio o hipersomnias. Poca energía o fatiga. Baja autoestima. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. Sentimientos de desesperanza.

Durante el período de dos años y probablemente un año en niños y adolescentes, de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ya sea droga o medicamento o a otra afección médica. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

1.2.3.7. Trastorno disfórico premenstrual

En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, el paciente empieza a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación. Uno o más de los síntomas siguientes han de estar presentes: Labilidad afectiva intensa como los cambios de humor; de repente está triste

o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta. B. Uno o más de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones). Dificultad en la concentración.

Fácil fatigabilidad o intensa falta de energía. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. Hipersomnias o insomnio. Sensación de estar agobiada o sin control. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

1.2.3.8. Depresión desde la perspectiva de Zung

Definición: Trastorno mental que se caracteriza por presentar sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza de manera profunda. Ésta afecta tanto a hombres como a mujeres sin distinguir el rango de edad y clase social, aunque las mujeres, y a las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser los más afectados.

Síntomas del Cuadro Depresivo: El conjunto de los síntomas del cuadro depresivo los podemos agrupar en cuatro grandes grupos: a) afectivo, b) cognoscitivos, c) motivaciones, d) físicos. Entre los síntomas afectivos podemos encontrar: pérdida de

gratificación al realizar las cosas, abatimiento, pérdida emocional momentos de llanto y pérdida de la respuesta a la alegría, etc. En el conjunto de los síntomas cognoscitivos, podemos citar: expectativas pesimistas y negativas, baja autoevaluación, autoculpa y autocrítica, indecisión, autoimagen deformada, etc. Además, existen cambios motivacionales con el desgano para la realización sus actividades diarias.

Tratamiento: Para realzar el tratamiento de la depresión se utilizan dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos y los inhibidores de la MAO. Para estos últimos se necesita una dieta rigurosa porque interactúan con la triamina, que se encuentran en los quesos, vino, el hígado de pollo.

Otro tipo de tratamiento es la psicoterapia, ésta es válida como seguimiento, tratamiento complementario y como una terapia preventiva de las depresiones graves y también de las más leves, (también llamadas depresiones neuróticas). La psicoterapia de diversos tipos, según varios modelos teóricos desde lo conductista a los psicoanalíticos.

1.2.3.9. Enfoques terapéuticos para la depresión

Modelo Cognitivo Conductual: En este modelo, la forma de comprender e interpretar los sucesos va a depender de nuestros esquemas de pensamiento, los cuales forman parte de los elementos básicos de nuestra personalidad. Cuando estos se activan, las personas interpretan los eventos según estos esquemas. Sirven para seleccionar y categorizar la experiencia.

De acuerdo con **Young (1990, citado en Brewin, 1996)**, indica que el nivel más complejo de la cognición comprende los "esquemas tempranos mal adaptativos", que se muestran ser

estables y de larga duración. Estos son creencias incondicionales, basadas en relación con el entorno. Los esquemas tempranos mal adaptativos son provocados en ambientes específicos que pueden conseguir que el individuo obtenga distorsiones cognitivas, puede tener reacciones emocionales intensas, y podría presentar comportamiento problemático y hasta depresión.

La terapia cognitivo conductual de la depresión muestra un contexto general que puede incluir diferentes formas de tratamiento. De acuerdo con **Ovelholser (como se citó en Carrasco, 2017)**, plantea las siguientes etapas: la primera etapa consiste en la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y, la tercera, prevención de recaídas. El modelo de la segunda etapa, al ser aplicados de una manera flexible e individualizada, incluyen acciones en las siguientes áreas:

Actividad reducida: Muchas personas deprimidas se benefician de estrategias sencillas que les ayudan a permanecer más activos durante su día a día. Las estrategias de activación conductual dirigen a los pacientes para que estén pendientes de sus actividades diarias.

Funcionamiento social perturbado: La terapia puede reforzar la frecuencia de actividades sociales que sean gratas para que el individuo mejore sus destrezas sociales básicas y asertivas, reduciéndose la tendencia al retraimiento social y elevamos el apoyo social. Las intervenciones también pueden concentrarse en problemas de pareja que estén relacionadas con la sintomatología depresiva.

Manejo inefectivo de estresores recientes: El terapeuta orienta y ayuda a los clientes a considerar sus estrategias recientes y a excluir estrategias inefectivas lidiar con sus conflictos. Lo cual será necesario para que el paciente aprenda a identificar problemas secundarios procedente del manejo inefectivo de sus dificultades.

Habilidades de resolución de problemas deficiente: El terapeuta orientará al cliente a reforzar sus habilidades de resolución de conflictos interpersonales. De esta manera, los pacientes aprenderán a minimizar el patrón de responder impulsivamente, priorizar el pensar para encontrar una solución razonable.

Sesgos cognitivos: Las emociones negativas expresadas por el paciente, es información vital y de gran relevancia terapéutica ya que los pacientes atribuyen significados personales a los eventos de su vida. La terapia cognitiva podrá ser usada para identificar, confrontar, desafiar e inhibir las cogniciones depresivas. Los terapeutas deben proporcionar a sus clientes estrategias para la identificación y hacer un seguimiento a su monólogo interno y de esta manera comenzar a apreciar la relación entre pensamientos, emociones y conductas

Perspectiva negativa de sí mismo: La depresión se encuentra con una limitada percepción de sí mismo, con mayor realce en minimizar ciertas áreas de su vida. Asimismo, si se identifica alguna dificultad en una de estas áreas puede conllevar a la desesperación del paciente. El terapeuta tiene que apoyar a los clientes para maximizar el uso de auto reforzamiento de actos positivos, eliminando el autosaboteo.

Modelo de orientación psicoanalítica: Freud menciona a la depresión como una reacción a una pérdida **(Freud,1917)**. El psicoanálisis expresa una hipótesis en los acontecimientos traumáticos del infante, de carencias tempranas en la relación de apego que pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión. Las experiencias desfavorables generan deficiencia psíquica que preparan de manera negativa a las personas para afrontar acontecimientos de pérdida o estrés. (Fonagy, 1999)

Se proyectaron diferentes intervenciones empezando de supuestos psicoanalíticos. La Terapia Dinámica interpersonal, se desarrolló en Inglaterra a partir del “Marco de Competencias psicoanalíticas /dinámicas” **(Lemma y Pilling, 2008)**.

Estos desarrollos surgen de intervenciones psicoanalíticas han mostrado evidencia empírica de eficiencia en ensayos clínicos. La TDI plantea los síntomas de depresión como resultado a dificultades interpersonales, amenazas percibidas a sucesos, sean la pérdida y/o separación, que serán amenazas para el sí mismo. Esto se basa en ideas provenientes de la teoría del apego, la teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis interpersonal de Sullivan. Desde este marco las premisas principales son **(Lemma, Target, y Fonagy,2010)**.

Los inicios y naturaleza social de la subjetividad individual.

El valor de los vínculos como los bloques de construcción de la mente, y como el contexto para desarrollar capacidades cognitivas cruciales. Fallas en la propia comprensión y de los otros se relacionan con las pautas de interacción que evolucionan a partir de experiencias infantiles. El efecto de las representaciones

internalizadas e inconscientes de 'uno mismo' y de los 'demás' en el actual funcionamiento interpersonal.

La importancia de la capacidad de mentalizar la experiencia sin la cual hay una reducción de la capacidad para resolver dificultades interpersonales. Un rasgo propio de la TDI es que estudia los patrones interpersonales problemáticos concentrándose en los estados mentales del paciente tales como las creencias, los sentimientos, deseos y los pensamientos. Cuyo fin es proporcionar al paciente una experiencia de estar con otra persona que está interesada en pensar con el paciente sobre de lo que le inquieta, de esa manera se estimula la propia capacidad del paciente para reflexionar sobre su experiencia (**Lemma et al., 2010**).

La terapia dinámica interpersonal tiene dos propósitos: Apoyar al paciente a comprender la conexión entre sus síntomas y lo que ocurre en sus relaciones, a través de la identificación de un patrón inconsciente de relacionamiento que se convierte en el foco de la terapia. Avivar la capacidad del paciente para meditar sobre sus propios estados mentales, con la finalidad de mejorar su habilidad para el manejo de sus dificultades interpersonales. (**Lemma et al., 2010**).

Enfoque humanista-existencial: La psicología humanista, surgió a mediados del siglo XX entrando en una nueva forma de contemplar al ser humano no considerada hasta entonces por las corrientes psicológicas presentes en ese momento: pone en énfasis las cualidades humanas como la conciencia misma, la capacidad de elección y transformación interior, las emociones, la creatividad, etc. pone en valor al ser humano como un ser único y especial, con una capacidad relacionada al crecimiento y autorrealización.

La depresión, falta de energía vital, sentimientos profundos de tristeza, rabia, soledad, angustia ante crisis vitales, experiencias traumáticas, duelos no resueltos (por la pérdida de seres queridos, de propiedades de importante valor emocional) u otros problemas personales.

La psicoterapia humanista integrativa, tiene conceptos teóricos y técnicas procedentes de diferentes escuelas de la psicoterapia humanista:

El análisis transaccional entrega gran parte de la base teórica, explicando de una forma práctica y sencilla como se forma nuestra personalidad y de qué manera nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás. La terapia Gestalt ofrece un estilo creativo y dinámico, que nos facilita conectar con el momento presente para pacientes que padecen de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad para así darnos cuenta de aspectos que en ocasiones pasan inadvertidos en nuestras vidas. La labor del psicólogo-psicoterapeuta es proteger el proceso de terapia y acompañarle a aclarar la situación que está viviendo, a través del dialogo, mediante preguntas que le inducen a pensar que le ayuden a entender, así como a través de otras técnicas. Todo esto, favorece que la persona vaya identificando cuál es su comportamiento, cuáles son sus pensamientos, sus emociones o cómo va a reaccionar su cuerpo en relación a la situación que está viviendo en ese momento, descubriendo así que es lo que les antecede a las dificultades presentes en su vida. **(Garzarán,2016)**.

1.2.4. Pandemia

De acuerdo a la Real Academia Española es una epidemia de una enfermedad infecciosa que se ha propagado en un área

geográficamente extensa, por ejemplo, en varios continentes o en todo el mundo, afectando a un número considerable de personas.

(RAE, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que para que pueda existir una pandemia se necesita: Que aparezca un virus nuevo, que no haya circulado previamente y, por lo tanto, no exista población inmune a él. Que el virus sea capaz de producir casos graves de enfermedad. Que el virus tenga la capacidad de transmitirse de persona a persona de forma eficaz.

1.2.4.1. Aislamiento social por el Covid

Confinamiento social obligatorio: El confinamiento social obligatorio es una medida preventiva y necesaria cuya finalidad es la contención para así sofocar el brote. Sin embargo, pueden tener un impacto psicológico, negativo y sustancial en la población expuesta, como la salud física y mental por el cierre prolongado de las escuelas y mantenerse en el hogar. **(Pérez, Gregorio, Gómez, Ruiz, 2020).**

1.2.4.2. Emergencia Sanitaria

El artículo 6° del Decreto Legislativo N° 1156, Decreto Legislativo N° 1156, Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones. Esta medida ayuda a reducir el impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones de riesgo elevado de la salud y la vida de los pobladores, así como permite mejorar las condiciones sanitarias y la calidad de vida de su población, y de esta manera adoptar acciones destinadas a prevenir situaciones y hechos que conlleven a la configuración de estas.

También se implementa y aprueba el plan de acción y la relación de bienes y servicios que se requieren contratar para enfrentar la emergencia sanitaria, el mismo que concluye al seguro social de salud- Es salud y las sanidades de las fuerzas armadas y policía nacional del Perú.

1.2.4.3. Emergencia Sanitaria y los Adolescentes

Se considera a la adolescencia como una de las etapas más complejas del ser humano, por tal motivo la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de la Covid 19, la puede tornar aún más compleja, puesto que los adolescentes han tenido que hacer cambios en su ritmo de vida y adaptarte a nuevas formas de emplear su tiempo. Las instituciones educativas donde existe una mayor interacción social entre adolescentes de la misma edad se han visto obligadas a suspenderse y cerrarse, teniendo que seguir un nuevo sistema de estudio que les obligó a estar en casa con la finalidad de prevenir los contagios, esta norma fue dada en el contexto de la emergencia sanitaria. Algunos adolescentes han perdido experiencias de interacción e integración social claves para su desarrollo, sin embargo, la medida ayudó a evitar un contagio considerable (Murillo, 2020)

1.3. Definición de términos básicos

Adolescencia: Período que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales y que varía de acuerdo con el entorno sociocultural.

Factores de riesgo: Son condiciones, conductas, estilos de vida o circunstancias que se asocia a causar cualquier tipo de daño a nuestra salud.

Factores protectores: Condición en el que algo puede disminuir la probabilidad de contraer cierta enfermedad que pueda perjudicar nuestra salud.

Familia: Grupo de personas formado por una pareja, que conviven y mantienen un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen.

Trastorno: Se conoce como trastorno a una amplia variedad de afecciones o malestares que afectan el estado de ánimo de la persona, el pensamiento y el comportamiento en su vida diaria.

Síntoma: Se conoce como síntoma a aquella alteración que presenta el organismo que pone en manifiesto la presencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza de origen.

Depresión: La depresión es una patología que daña en forma significativa las relaciones interpersonales, causando un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar sus actividades, entre complejas incluso las más simples que es relacionarse con la familia, los amigos y la participación en el ámbito laboral, trayendo como consecuencia un impacto económico y social.

Ansiedad: Preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas. Es posible que se produzca latidos rápidos del corazón, respiración agitada, sudoración y sensación de cansancio.

Pandemia: Una pandemia es la causa de una enfermedad infecciosa que se fue propagando en un área geográficamente extensa, como por ejemplo en varios países y demás continentes del mundo.

Estado de emergencia: Se conoce como estado de emergencia al régimen establecido por un país para salvaguardar la integridad de su población frente a problemas potenciales que atenten contra su integridad física, psicológica y social para así velar por la seguridad o para preservar su salud.

Capítulo II: Planteamiento del problema

2.1. Descripción del problema

En el año 2020, el mundo sufrió uno de los golpes más duros en cuanto a salud, se trata de la propagación del virus SARS-COV-2 conocida como la COVID-19. El brote de coronavirus fue ampliamente reportado en los noticieros de distintas partes de mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo ha declarado una emergencia sanitaria y oficialmente como una pandemia, desde el 11 de marzo del 2020. **(OPS,2020)**.

En el Perú los maestros y alumnos se preparaban para asistir a clases, sin embargo, al declararse Emergencia Nacional por el COVID-19 se detuvo el inicio del año escolar 2020. Niñas, niños y adolescentes de diversas regiones de país tuvieron que adaptarse a los cambios que implicaba una nueva modalidad, y los maestros debieron enfrentar el reto de la enseñanza virtual. **(Unicef, 2020)**.

Debido a la problemática sanitaria, se tuvieron que establecer medidas de salud pública para salvaguardar a la población. Una de ellas, como ya antes mencionado, es el cierre de colegios y también el distanciamiento social, este último es un hecho nuevo que generó impacto variable en la infancia y la adolescencia, ya que constituye un riesgo en la salud física, social y emocional. **(Lazo de la vega, 2021)**.

Los niños y adolescentes son generalmente saludables y por ello no requieren de mucha atención por parte de un médico especialista, excepto que sea por un chequeo y las vacunas regulares. Sin embargo, la atención de la salud mental es indispensable para los niños y adolescentes. La gran mayoría de los trastornos de salud mental tienen inicio en la infancia, por lo que es esencial que los conflictos emocionales se identifiquen de manera oportuna y se traten

durante este momento delicado del desarrollo infantil. Si no se tratan, los problemas de salud mental pueden conllevar a muchos resultados sociales negativos y repercusiones para su salud. **(Golberstein et al., 2020)**.

Existen múltiples factores que determinan la salud mental de un adolescente en cualquier momento. A mayores factores de riesgo que el adolescente este expuesto, serán mayores las posibilidades de repercusiones en su salud mental. **(OPS, 2020)**.

De acuerdo con el impacto psicológico, es de mucha importancia enfocar nuestra atención a los niños y adolescentes, los cuales forman parte del grupo humano vulnerable, en los que pueden ser afectados de manera directa en el desarrollo social, físico y mental. El modo en que ellos enfrentan los acontecimientos traumáticos y la forma en cómo se adaptan a situaciones extremas va a depender de la edad, las experiencias previas vividas, las posibilidades de comprender la situación del entorno, así como el bienestar, protección y seguridad que le brinde su entorno familiar. De esta manera es fundamental que la familia disponga de los mecanismos necesarios que le posibiliten no solo la comprensión de los procesos psíquicos en estas edades, sino conocer sus posibles reacciones y saber gestionar los recursos que estén disponibles para así garantizar una mejor adaptación a la problemática en el que está viviendo. **(Zayas et al., 2020)**.

En países como Brasil, Estados Unidos, Ecuador, Australia, España, Egipto, Nicaragua, Mozambique, Zambia, entre otros, a través de una encuesta realizada acerca del impacto del Covid-19, se evidenció que la mayoría de las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes han experimentado altos índices de ansiedad a consecuencia de la emergencia sanitaria vivida. Del sondeo realizado, el 88% han

experimentado algún nivel de ansiedad entre alto y moderado. Solo el 12% declararon no haberla sentido. **(Plan Internacional, 2020)**.

En Cuba se realizó una investigación sobre las repercusiones que generó el aislamiento por el covid-19 a los niños y adolescentes que en el periodo de marzo a junio del año 2020 en donde se pudo evidenciar repercusiones psicológicas con predominio de ansiedad de un 57.4% y depresión de un 38.2% alterando así la dinámica familiar de cada niño, niña y adolescente. **(Zayas et al., 2020)**.

En la ciudad de Quito-Ecuador se investigó los niveles de ansiedad y depresión que se encuentren en aislamiento social a causa de la pandemia, encontrándose que existe un 20% de los adolescentes que presentan ansiedad como estado y un 22,2% una ansiedad como rasgo y un 11,1% del total presentan depresión moderada a grave con una frecuencia alta en los varones. **(Reyes, 2021)**.

De igual manera en el Perú se llevó a cabo una investigación realizada a jóvenes de 4to° de secundaria en Arequipa sobre ansiedad y depresión asociado al confinamiento social por covid-19 y se pudo evidenciar una asociación significativa en donde un 78,6% de las alumnas presentan ansiedad y el 84,3% presentan depresión. **(Lazo de la vega, 2021)**.

En el año 2020 la ciudad de Iquitos se vio afectada por la pandemia de la Covid 19. La declaración de estado de emergencia sanitaria y las recomendaciones para cumplir con los protocolos de la misma hizo que muchas instituciones cerraran, entre ellos los colegios, con la finalidad de evitar las aglomeraciones y así mitigar la propagación del virus. El estado de emergencia sanitaria fue declarada por el entonces Presidente de la Republica Martin Vizcarra

el 11 de marzo del 2020 con fecha fin del 09 de junio del 2020 a través del decreto supremo N° 008-2020-SA que posteriormente fue prorrogándose debido a la rápida propagación del covid-19 diferentes decretos supremos como el N° 020- 2020-SA, el N° 027-2020-SA, el N° 031-2020-SA y el N° 009-2021-SA que decreta la ampliación del estado de emergencia por 180 días calendario empezando desde el 03 de septiembre del 2021 con fin aproximado del 02 de marzo del 2022. Es por lo mencionado, los adolescentes no se podían desenvolver con normalidad dentro de círculo social ya que seguían haciendo sus actividades de manera remota.

De acuerdo con la entrevista realizada con el área de psicología y el equipo de tutoría de la Institución educativa se especifica que: Durante el proceso de clases remotas se realizó el seguimiento y acompañamiento correspondiente a los estudiantes que fueron reportados con bajo rendimiento académico por los tutores y los mismos padres. Durante el proceso de acompañamiento, se detectó que los estudiantes presentaban rasgos de depresión y ansiedad debido al confinamiento que estaban atravesando.

Por lo expuesto, este trabajo de investigación busca determinar qué relación existe entre la emergencia sanitaria por el COVID-19 en la salud mental de los adolescentes ocasionando depresión y ansiedad debido al aislamiento por el cierre de los colegios, ya que son poblaciones vulnerables que tuvieron cambios radicales en sus rutinas diarias y de esa manera poder saber cuáles serían las mejores recomendaciones para aminorar el impacto negativo.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Analizar el efecto de ansiedad y depresión en tiempo de
PG: emergencia sanitaria por COVID 19 en estudiantes de 4to y 5to
año de una Institución Educativa – 2021?

2.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas en estudiantes
PE1: de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en tiempo de
PE2: emergencia sanitaria por Covid 19 en estudiantes de 4to y 5to
año de una Institución Educativa – 2021?

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
PE3: emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de
4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
PE4: emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de
4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
PE5: emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en
estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Analizar el efecto de ansiedad y depresión en tiempo de
OG: emergencia sanitaria por COVID 19 en estudiantes de 4to y 5to
año de una Institución Educativa – 2021.

2.3.2. Objetivos específicos

OE1: Identificar las características sociodemográficas en estudiantes
de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Identificar el nivel de ansiedad y depresión en tiempo de
OE2: emergencia sanitaria por Covid 19 en estudiantes de 4to y 5to año
de una Institución Educativa – 2021.

Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
OE3: emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de
4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
OE4: emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de
4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
OE5: emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en
estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

2.4. Hipótesis

La ansiedad y depresión en emergencia sanitaria por COVID – 19
HG: tuvieron efectos negativos en estudiantes de 4to y 5to año de una
Institución Educativa, Iquitos – 2021.

Hipótesis secundarias

Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
HE1: emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de
4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
HE2: emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de
4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de
HE3: emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en
estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

2.5 Variables

2.5.1. Identificación de las variables

Variable Independiente: Ansiedad

Variable Dependiente: Depresión

2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables

Variable Ansiedad

Definición Conceptual

La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas: cognitivo, fisiológico y motor **(Sierra, 2003)**

Definición Operacional

Son los puntajes obtenidos mediante la escala para medir ansiedad **(Florian, 2019)**.

Variable Depresión

Definición Conceptual

La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperación profunda. Es una tristeza sin razón aparente que la justifiquen, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer **(Zung, 1965)**

Definición Operacional

Son los puntajes obtenidos mediante la escala para medir la depresión **(Florian, 2019)**.

2.5.3. Operacionalización de las variables

Cuadro N° 01.

Variable, Indicador, tipo y escala de medición

Variable	Indicador	Tipo	Escala de medición
Ansiedad (X)	<p>Menos de 45 = Dentro los límites normales. No hay ansiedad presente.</p> <p>De 45 – 59 = Presencia mínima de Ansiedad moderada.</p> <p>De 60 – 69 = Presencia de Ansiedad Marcada o Severa.</p> <p>De 70 a más = Presencia de Ansiedad en grado máximo.</p>	Cualitativa Ordinal	Escala de Automedición de la Ansiedad de Zung.
Depresión (Y)	<p>< de 40 (Dentro de los límites normales).</p> <p>De 41–60 (Desorden emocional).</p> <p>De 61–70 (Depresión situacional)</p> <p>De >71 (Depresión ambulatoria).</p>	Cualitativa Ordinal	Escala de Automedición Depresión de Zung.

Fuente: Autoría propia

Capítulo III. Metodología

3.1. Tipo y diseño de investigación

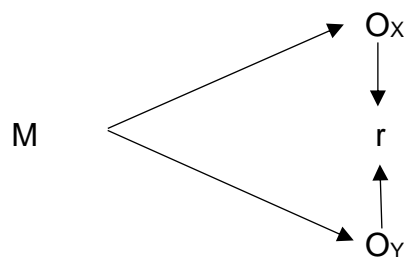
Según la planificación del control de la variable de estudio fue prospectivo ya que se administra sus propias mediciones.

Sobre el número de validaciones de la variable la investigación fue transversal ya que serán medidas en un solo instante.

Sobre el número de variables de interés será analítico ya que el análisis estadístico será bivariado, se contrastó hipótesis.

El diseño de estudio es no experimental y de tipo descriptivo correlacional, según Carrasco (2009), “las variables no presentan manipulación intencional, grupo de control y menos experimental, se dedican a analizar y estudiar los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia” (p. 71).

El siguiente esquema corresponderá a este tipo de diseño:



Donde:

M: Muestra

O_x: Variable 1: Ansiedad

O_y: Variable 2: Depresión

r: relación entre las variables.

Características sociodemográficas

Edad

Sexo

Grado de instrucción

Sección

3.2. Población y muestra

Población

La población de estudio estuvo constituida por los estudiantes del 4º y 5º año del nivel secundario que asisten virtualmente a la Institución Educativa Secundario San Martín de Porres, conformada por 261 adolescentes de ambos sexos. A continuación, se detallan la cantidad de estudiantes distribuidos por grado académico.

Cuadro N° 02.

Población y muestra de los estudiantes del 4º y 5º año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundario San Martín de Porres

Grado	Sección	Estudiantes según sección	Población de estudiantes	Muestra de estudiantes
4º	A	34	138	84
	B	35		
	C	34		
	D	35		
5º	A	31	123	72
	B	31		
	C	31		
	D	30		
Total			261	156

Fuente: Nomina Institución Educativa Secundario San Martín de Porres-Iquitos

Muestra

Se utilizó un muestreo estratificado con afijación proporcional, para cada estrato se utilizó la fórmula del muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas:

$$n_0 = \frac{NZ^2pq}{i^2(N-1) + Z^2pq}$$

Dónde: n = el tamaño de la muestra requerido.

N = tamaño de la población

Z = el valor de Z para el cual $\pm z$ corresponde al nivel de confianza deseado.

p = el valor estimado de la proporción poblacional (como estrategia conservadora, utilice $p = 0.5$ si no tiene idea de cuál es el valor real de π)

e = El máximo error probable aceptado.

Determinación de los parámetros para la estimación de la muestra.

Para el presente estudio, se hace necesario tener una confianza de 95% de que la proporción de la muestra estar a no más de 0.5 (5,0% de error máximo)

Se consideró los siguientes valores:

$Z = 1.96$ el valor de Z para el cual $\pm z$ corresponde al nivel de confianza deseado.

$p = 0.5$ el valor estimado de la proporción poblacional (como estrategia conservadora, se utilizó $p = 0.5$)

$e = 0.05$ el máximo error probable aceptado.

Estimación de la muestra.

Remplazando

$$n_0 = \frac{NZ^2pq}{i^2(N-1) + Z^2pq} = \frac{261 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(261 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 156$$

La muestra fue 156 estudiantes (84 estudiantes de 4to y 72 estudiantes de 5to)

Criterios de inclusión

- Estudiantes Matriculados en el presente año lectivo, 2021.
- Estudiante que se encuentre entre el rango de edad de 13 a 18 años que pertenezcan al 4° o 5° de secundaria
- Estudiantes que respondieron a todas las preguntas de la encuesta.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no desean participar en el estudio.
- Estudiantes no matriculados.
- Cuestionarios que se encuentren incompletos.
- Estudiantes que han marcado “doble respuesta” a alguna pregunta.
- Todas aquellas encuestas cuyas respuestas quedaron en blanco en varias oportunidades.

3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Técnicas de Recolección de Datos.

Para la presente investigación se utilizará la Escala de Automedición de ansiedad Zung y la Escala de Automedición de la Depresión Zung.

Instrumentos de Recolección de Datos:

Los instrumentos por utilizarse son los siguientes:

Instrumento 1: Escala de Automedición de Ansiedad (AAA)

La Escala de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Ansiedad de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de ansiedad como signos significativos en relación con trastornos emocionales. La Escala de Ansiedad de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la ansiedad. En conjunto las 20 frases abarcan síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas: Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Nunca o Raras veces", "Algunas veces", "Buen número de veces" y "La mayoría de las veces". La aplicación puede ser individual o colectiva.

Validez Ansiedad:

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD), en primer lugar, a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con

otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos. En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania. La autovaloración en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de depresión aparente y pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con diagnóstico de depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión. Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20 % de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivalía a una cifra de dos millones de adultos

Instrumento 2: Escala de Automedición de la Depresión (EAMD)

La Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signos significativos en relación con trastornos emocionales. La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión. En conjunto las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos

emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas: Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Casi siempre". A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos La aplicación puede ser individual o colectiva.

Validez depresión:

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD) aplicándola, en primer lugar, a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos. En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania. La autovaloración en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión. Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual

que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20 % de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivalía a una cifra de dos millones de adultos.

Procesamiento de recolección de datos

El procedimiento en la recolección de datos será:

- Coordinación con el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud para iniciar los trámites correspondientes para la ejecución del estudio de investigación.
- Se pidió autorización al director de la Institución Educativa, a través de una solicitud de permiso para explicar la razón de la investigación y el procedimiento respectivo.
- Se elaboró un cronograma de actividades para la respectiva aplicación de las Escala de Ansiedad Zung y Escala de Depresión Zung a los estudiantes del 4to y 5to del nivel secundaria.
- Se utilizó la herramienta virtual de Google Forms para enviar el consentimiento de participación voluntaria, autonomía para retirarse y la confidencialidad del estudio, y la Escala de Ansiedad Zung y Escala de Depresión Zung.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de la información se empleó el software estadístico SPSS v23, el análisis estadístico descriptivo se utilizó tablas de frecuencias y gráficos. Posteriormente el análisis estadístico inferencial se inició con la prueba Kolmogorov – Smirnov. Esta prueba permitió comprobar que los datos no proceden de una distribución normal.

Se aplicó estadísticos no paramétricos como el Rho de Spearman, y Willcoxon para contrastar las hipótesis, posteriormente se analizó el grado de relación entre las variables de estudio

3.5. Aspectos éticos

Para esta investigación se consideró aspectos éticos dentro del marco de la Declaración de Helsinki y Código de Núremberg (Tribunal Internacional de Núremberg, 1947), es por esta razón que se elaboró el documento denominado consentimiento informado (ANEXO 2), el cual nos permitirá informar a los padres de familia sobre los procedimientos que realizaremos acerca de los objetivos y procedimientos para la evaluación

Declaración de Helsinki:

Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Menciona que es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente». La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de

mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica.

El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación.

Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación. Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas. Esta guía debería revisarse en el futuro. Debe destacarse que las normas tal como se describen constituyen únicamente una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no quedan exonerados de las responsabilidades penales, civiles y éticas que recogen las leyes de sus propios países.

I. Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente calificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las

personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su Consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él

una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio de este ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente.
6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

IV. Código de Núremberg (Tribunal Internacional de Núremberg, 1947)

Experimentos médicos permitidos

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen - generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el

experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

2. El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.
4. El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.
5. No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón a priori para suponer que puede ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos en los que los médicos investigadores son también sujetos de experimentación.
6. El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.
7. Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.
8. El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del

experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en el mismo.

9. Durante el curso del experimento el sujeto humano deber tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.
10. En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas.

Tabla N° 01.

Características sociodemográficas en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021.

Características sociodemográficas	fi	%
Sexo		
Masculino	85	54,5
Femenino	71	45,5
Total	156	100,0
Edad (Años)		
14	1	0,6
15	37	23,7
16	92	59,0
17	26	16,7
Total	156	100,0
Grado		
4to	72	46,2
5to	84	53,8
Total	156	100,0
Secciones		
Responsabilidad	41	26,3
Respeto	41	26,3
Disciplina	37	23,7
Servicio	37	23,7
Total	156	100,0

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla 1., se presentan las características sociodemográficas en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, los varones fueron 54,5% y las mujeres 45,5%, la edad más representativa fue en estudiantes con 16 años, seguido del 23,7% con 15 años, el 16,7% con 17 años y el 0,6% con 14 años. El grado con más representatividad fue el 5to con el 53,8% y el 4to con 46,2% de estudiantes. se presentan las siguientes secciones, responsabilidad con 26,3% de estudiantes, respeto con el 26,3%, disciplina en 23,7% y por último servicio conformado por el 23,7% de estudiantes.

4.2. Análisis univariado

Variable ansiedad y depresión

Tabla N° 02.

Niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Variables	fi	%
<i>Variable ansiedad</i>		
No hay ansiedad	125	80,1
Presencia mínima de ansiedad moderada	29	18,6
Presencia de ansiedad marcada o severa	2	1,3
Total	156	100,0
<i>Variable depresión</i>		
Dentro de los límites normales	79	50,6
Desorden emocional	72	46,2
Depresión situacional	5	3,2
Total	156	100,0

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla 2., se presentan los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de una Institución Educativa, del total de estudiantes, la variable ansiedad, el 80,1% no presentó ansiedad, el 18,6% tuvieron ansiedad moderada y el 1,3% presentaron ansiedad severa. La variable depresión, el 50,6% estuvieron dentro de los límites normales, el 46,2% mostraron desorden emocional y el 3,2% tuvieron depresión situacional.

4.3. Análisis bivariado.

Tabla N° 03.

Ansiedad según la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Ansiedad 4to grado					
Edad (años)		No hay ansiedad	Presencia mínima de Ansiedad moderada.	Presencia de ansiedad marcada o severa	Total
14	fi	1	0	0	1
	%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
15	fi	27	9	1	37
	%	37,5%	12,5%	1,4%	51,4%
16	fi	29	4	1	34
	%	40,3%	5,6%	1,4%	47,2%
Total	fi	57	13	2	72
	%	79,2%	18,1%	2,8%	100,0%
Ansiedad 5to grado					
16	fi	49	9	0	58
	%	58,3%	10,7%	0%	69,0%
17	fi	19	7	0	26
	%	22,6%	8,3%	0%	31,0%
Total	fi	68	16	0	84
	%	81,0%	19,0%	0%	100,0%

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 03., se presentan los niveles de ansiedad según la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en el 4to grado el 51,4% de los estudiantes tuvieron 15 años y el 37,5% no tuvieron ansiedad, el 12,5% ansiedad moderada y el 1,4% tuvieron ansiedad severa. El 47,2% tuvieron 16 años y el 40,3% no tuvieron ansiedad, 5,6% con ansiedad moderada y el 1,4% ansiedad severa y el 1,4% tuvieron 14 años y no tuvieron ansiedad. Los de 5to grado. El 69%

tuvieron 16 años y el 58,3% no presentaron ansiedad, el 10,7% mostraron ansiedad moderada. El 31% tuvieron edad de 17 años y el 22,6% no tuvieron ansiedad y el 8,3% mostraron ansiedad moderada.

Tabla N° 04.

Ansiedad según sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Ansiedad 4to grado					
Sexo		No hay ansiedad	Presencia mínima de Ansiedad moderada.	Presencia de Ansiedad Marcada o Severa.	Total
Masculino	fi	34	3	0	37
	%	47,2%	4,2%	0,0%	51,4%
Femenino	fi	23	10	2	35
	%	31,9%	13,9%	2,8%	48,6%
Total	fi	57	13	2	72
	%	79,2%	18,1%	2,8%	100,0%
Ansiedad 5to grado					
Masculino	fi	41	7	0	48
	%	48,8%	8,3%	0%	57,1%
Femenino	fi	27	9	0	36
	%	32,1%	10,7%	0%	42,9%
Total	fi	68	16	0	84
	%	81,0%	19,0%	0%	100,0%

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 04., se presentan los niveles de ansiedad según el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en el 4to grado el 51,4% fueron de sexo masculino y el 47,2% no tuvieron ansiedad, el 4,2% mostraron ansiedad moderada y el 48,6% fueron de sexo femenino y el 31,9% no presentaron ansiedad, el 13,9% con ansiedad moderada y el 2,8% con ansiedad severa. El 5to grado, el 57,1% fueron varones y el 48,8% no tuvieron ansiedad, el 8,3% con ansiedad moderada y el 42,9% fueron mujeres y el 32,1% no tuvieron ansiedad y el 10,7% mostraron ansiedad moderada.

Tabla N° 05.

Ansiedad según grado de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Grado de estudios		Niveles de Ansiedad			Total
		No hay ansiedad	Presencia mínima de Ansiedad moderada.	Presencia de Ansiedad Marcada o Severa.	
4to	fi	57	13	2	72
	%	36,5%	8,3%	1,3%	46,2%
5to	fi	68	16	0	84
	%	43,6%	10,3%	0,0%	53,8%
Total	fi	125	29	2	156
	%	80,1%	18,6%	1,3%	100,0%

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 05., se presentan los niveles de ansiedad según grado de estudio en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en el 53,8% de estudiantes fueron de 5to grado y el 43,6% no presentó ansiedad, el 10,3% tuvieron ansiedad moderada. El 4to grado estuvo representado en 46,2% y 36,5% no tuvieron ansiedad, el 8,3% mostraron ansiedad moderada y el 1,3% tuvieron ansiedad severa.

Tabla N° 06.

Ansiedad según sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Sección	Ansiedad 4to grado				Total
	No hay ansiedad	Presencia mínima de Ansiedad moderada.	Presencia de Ansiedad Marcada o Severa.		
Responsabilidad	fi	13	4	0	17
	%	18,1%	5,6%	0,0%	23,6%
Respeto	fi	16	2	1	19
	%	22,2%	2,8%	1,4%	26,4%
Disciplina	fi	15	3	1	19
	%	20,8%	4,2%	1,4%	26,4%
Servicio	fi	13	4	0	17
	%	18,1%	5,6%	0,0%	23,6%
Total	fi	57	13	2	72
	%	79,2%	18,1%	2,8%	100,0%
Ansiedad 5to grado					
Responsabilidad	fi	20	4	0	24
	%	23,8%	4,8%	0%	28,6%
Respeto	fi	19	3	0	22
	%	22,6%	3,6%	0%	26,2%
Disciplina	fi	14	4	0	18
	%	16,7%	4,8%	0%	21,4%
Servicio	fi	15	5	0	20
	%	17,9%	6,0%	0%	23,8%
Total	fi	68	16	0	84
	%	81,0%	19,0%	0%	100,0%

Fuente base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 06., se presentan los niveles de ansiedad según sección de estudio en discentes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en 4to grado, la sección respecto y disciplina fueron las más representativas en 52,8% y el 43% no presentaron ansiedad, el 7% mostraron ansiedad moderada y el 2,8% tuvieron ansiedad

severa. Las secciones responsabilidad y servicio alcanzaron una representatividad en 47,2% y el 36,2% no presentaron ansiedad, el 11,2% tuvieron ansiedad moderada. En 5to, la sección responsabilidad alcanzó el 28,6% de representatividad y el 23,8% no presentaron ansiedad, el 4,8% tuvieron ansiedad moderada. Seguido se encuentra la sección respeto con 26,2% de representatividad y el 22,6% no tuvieron ansiedad, el 3,6% mostraron ansiedad moderada, la sección servicio se hizo presente con el 23,8% y el 17,9% no presentaron ansiedad, el 6,8% mostraron ansiedad moderada y la sección disciplina alcanzó un 21,4% en representatividad y el 16,7% no presentaron ansiedad y el 4,8% mostraron ansiedad moderada.

Tabla N° 07.

Depresión según la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

		Depresión 4to grado			
Edad		Dentro de los límites normales	Desorden emocional	Depresión situacional.	Total
14	fi	1	0	0	1
	%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
15	fi	19	15	3	37
	%	26,4%	20,8%	4,2%	51,4%
16	fi	19	15	0	34
	%	26,4%	20,8%	0,0%	47,2%
Total	fi	39	30	3	72
	%	54,2%	41,7%	4,2%	100,0%
		Depresión 5to grado			
16	fi	26	32	0	58
	%	31,0%	38,1%	0,0%	69,0%
17	fi	14	10	2	26
	%	16,7%	11,9%	2,4%	31,0%
Total	fi	40	42	2	84
	%	47,6%	50,0%	2,4%	100,0%

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 07., se presentan los niveles de depresión según la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en el 4to grado el 51,4% de los estudiantes tuvieron 15 años y el 26,45% estuvieron dentro de los límites normales, el 20,8% mostraron desorden emocional y el 4,2% mostraron depresión situacional. El 47,2% tuvieron 16 años y el 26,4% estuvieron dentro de los límites normales, el 20,8% mostraron desorden emocional y el 1,4% tuvieron 14 años y todos estuvieron dentro de los límites. En el 5to grado el 69% tuvo 16 años y el 31% estuvieron dentro de los límites normales, el 38,1% tuvieron desorden emocional. El 31% tuvieron 17 años y el 16,7% estuvieron dentro de los límites normales, el 11,9% mostraron desorden emocional y el 2,4% tuvieron depresión situacional.

Tabla N° 08.

Depresión según sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Depresión 4to grado					
Sexo		Dentro de los límites normales	Desorden emocional	Depresión situacional.	Total
Masculino	fi	24	12	1	37
	%	33,3%	16,7%	1,4%	51,4%
Femenino	fi	15	18	2	35
	%	20,8%	25,0%	2,8%	48,6%
Total	fi	39	30	3	72
	%	54,2%	41,7%	4,2%	100,0%
Depresión 5to grado					
Masculino	fi	32	15	1	48
	%	38,1%	17,9%	1,2%	57,1%
Femenino	fi	8	27	1	36
	%	9,5%	32,1%	1,2%	42,9%
Total	fi	40	42	2	84
	%	47,6%	50,0%	2,4%	100,0%

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 08., se presentan los niveles de depresión según el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en el 4to grado el 51,4% fueron de sexo masculino y el 33,3% estuvieron dentro de los límites normales, el 16,7% mostraron desorden emocional y el 1,4% tuvieron depresión situacional. El 48,6% fueron mujeres y el 20,8% estuvieron dentro de los límites normales, el 25% mostraron desorden emocional y el 2,8% tuvieron depresión situacional. En 5to grado el 57,1% fueron varones y el 38,1% estuvieron dentro de los límites normales, el 17,9% mostraron desorden emocional y el 1,2% tuvieron depresión situacional, el 42,9% fueron mujeres y el 32,1% mostraron desorden emocional, el 9,5% estuvieron dentro de los límites normales y el 1,2% tuvieron depresión situacional.

Tabla N° 09.

Depresión según grado de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Grado de estudios		Dentro de los límites normales	Depresión		Total
			Desorden emocional	Depresión situacional.	
4to	fi	39	30	3	72
	%	25,0%	19,2%	1,9%	46,2%
5to	fi	40	42	2	84
	%	25,6%	26,9%	1,3%	53,8%
Total	fi	79	72	5	156
	%	50,6%	46,2%	3,2%	100,0%

Fuente: Base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 09., se presentan los niveles de depresión según grado de estudio en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en el 53,8% de estudiantes fueron de 5to grado y el 26,9% mostraron desorden emocional, el 25,6% estuvieron dentro de los límites normales y el 1,3% tuvieron depresión situacional. El 4to grado estuvo representado en 46,2% y 25% estuvieron dentro de los límites normales, el 19,2% mostraron desorden emocional y el 1,9% tuvieron depresión situacional.

Tabla N° 10.

Depresión según sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, 2021

Sección de estudios		Depresión 4to grado			
		Dentro de los límites normales	Desorden emocional	Depresión situacional.	Total
Responsabilidad	fi	8	8	1	17
	%	11,1%	11,1%	1,4%	23,6%
Respeto	fi	14	4	1	19
	%	19,4%	5,6%	1,4%	26,4%
Disciplina	fi	10	9	0	19
	%	13,9%	12,5%	0,0%	26,4%
Servicio	fi	7	9	1	17
	%	9,7%	12,5%	1,4%	23,6%
Total	fi	39	30	3	72
	%	54,2%	41,7%	4,2%	100,0%
		Depresión 5to grado			
Responsabilidad	fi	12	11	1	24
	%	14,3%	13,1%	1,2%	28,6%
Respeto	fi	11	11	0	22
	%	13,1%	13,1%	0,0%	26,2%
Disciplina	fi	8	10	0	18
	%	9,5%	11,9%	0,0%	21,4%
Servicio	fi	9	10	1	20
	%	10,7%	11,9%	1,2%	23,8%
Total	fi	40	42	2	84
	%	47,6%	50,0%	2,4%	100,0%

Fuente base de datos

Interpretación

En la Tabla N° 10., se presentan los niveles de depresión según sección de estudio en discentes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, del total de estudiantes, en 4to grado, la sección respecto y disciplina fueron las más representativas en 52,8% y el 33,3% estuvieron dentro de los límites normales, el 18,1% mostraron desorden emocional y

el 1,4% mostraron depresión situacional. Las secciones responsabilidad y servicio fueron representadas en 47,2% y el 23,6% mostraron desorden emocional, el 20,8% estuvieron dentro de los límites normales y el 2,8% mostraron depresión situacional. En 5to, las secciones responsabilidad y respeto tuvieron una representatividad en 54,8% y el 27,4% estuvieron dentro de los límites normales, 26,2% mostraron desorden emocional y el 1,2% tuvieron depresión situacional. La sección disciplina y servicio fueron representadas en 45,2% y el 23,8% mostraron desorden emocional, el 20,2% estuvieron dentro de los límites normales y el 1,2% tuvieron depresión situacional.

Contrastación de hipótesis

Prueba estadística para la determinación de la normalidad

Hipótesis

H₀: La información de las variables se distribuyen de forma normal

H₁: La información de las variables no se distribuyen de forma normal

Nivel de significancia

Se determinó $\alpha = 0,05$

Estadístico

Se utilizó la prueba de Kolmogorov - Smirnov.

Tabla N° 11.

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	,325	72	,000	,650	72	,000
Ansiedad	,281	72	,000*	,673	72	,000

Resultados

Los resultados de la variable depresión y ansiedad, presentan un sig.=,000 $p < 0,05$, siendo significativo, se rechaza la hipótesis H₀ y se acepta la hipótesis H₁.

Decisión

Se afirma que la información de las variables no se distribuye de forma normal, por lo tanto, se utilizará la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, y Wilcoxon

Prueba de hipótesis

Tabla N° 12.

Resultados inferenciales

Hipótesis	Variable	Año de estudios	Estadístico	p	Condición
<u>General</u> H ₁ : La ansiedad y depresión en emergencia sanitaria por COVID – 19 tuvieron efectos negativos en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021.	Ansiedad	4to	Wilcoxon=396	0,000	Se acepta H ₁
		5to	Wilcoxon=483	0,000	Se acepta H ₁
	Depresión	4to	Wilcoxon=1247.5	0,977	Conservar H ₀
		5to	Wilcoxon=1902	0,071	Conservar H ₀
<u>Específica 1.</u> H ₁ : Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.	Ansiedad	4to	Rho= -0,127	0,287	Correlación inversa media
		5to	Rho= 0,134	0,223	Correlación positiva media
	Depresión	4to	Rho= -0,121	0,312	Correlación inversa media
		5to	Rho= -0,096	0,386	Correlación inversa débil
<u>Específica 2.</u> H ₁ : Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.	Ansiedad	4to	Rho= 0,327	0,005	Correlación positiva media
		5to	Rho=0,131	0,234	Correlación positiva media
	Depresión	4to	Rho= 0,222	0,061	Correlación positiva media
		5to	Rho= 0,428	0,000	Correlación positiva media
<u>Específica 3.</u> H ₁ : Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021	Ansiedad	4to	Rho= 0,016	0,896	Correlación positiva débil
		5to	Rho= 0,092	0,406	Correlación positiva débil
	Depresión	4to	Rho= 0,080	0,506	Correlación positiva débil
		5to	Rho=0,045	0,683	Correlación positiva débil

Fuente: autoría propia

Interpretación

En la **Hipótesis general**, se evidenció en la variable ansiedad en 4to, con (Wilcoxon=396; $p=0,000$), y en 5to, con (Wilcoxon=483; $p=0,000<0,05$) siendo significativo y en la variable depresión, en 4to con (Wilcoxon= 1247.5; $p=0.977>0,05$) y en 5to con (Wilcoxon= 1902; $p=0.071$), se afirma que para la variable ansiedad en emergencia sanitaria por COVID – 19 si tuvo efectos negativos en estudiantes de 4to y 5to, sin embargo, con la variable depresión se recomienda conservar la Hipótesis nula.

Hipótesis específica 1, se observó para la variable ansiedad en 4to grado, ($Rho=-0,127$; $p=0,287>0,05$; correlación inversa media) y en 5to grado ($Rho= 0,134$; $p=0,223$; correlación positiva media). La variable depresión, en 4to grado ($Rho=-0,121$; $p= 0,312$; correlación inversa media) y en 5to grado ($Rho= - 0,096$; $p=0,386$; correlación positiva media), siendo no significativo, se afirma que Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021

Hipótesis específica 2, se observó en la variable ansiedad, en 4to grado con ($Rho= 0,327$; $p= 0,005$; correlación positiva media) y en 5to con ($Rho= 0,131$; $p= 234$; correlación positiva media). La variable depresión, en 4to ($Rho= 0,222$; $p= 0,061$; correlación positiva media) y en 5to con ($Rho= 0,428$; $p= 0,000$; correlación positiva media), se afirma, Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

Hipótesis específica 3, se evidenció en la variable ansiedad, en 4to grado con ($Rho= 0,016$; $p= 0,896$; correlación positiva débil) y en 5to ($Rho= 0,092$; $p= 0,406$; correlación positiva débil). En la variable depresión en 4to con ($Rho= 0,080$; $p=0,506$; correlación positiva débil) y en 5to grado ($Rho= 0,045$; $p= 0,683$; correlación positiva débil), se afirma que existe una

relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.

CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La ansiedad es una edificación natural y necesaria de los seres vivos, ya que forma parte de las conductas de adaptación del entorno y cuando este es amenazado se produce un estado ansioso en la persona. Respecto a la depresión referida a la mayor parte de las perturbaciones de humor, afectivos, su particularidad es la tristeza, decaimiento, pérdida de interés, sentimiento de inutilidad en las personas.

Los resultados de ansiedad muestran el 80,1% no presentó ansiedad, el 18,6% tuvieron ansiedad moderada y el 1,3% presentaron ansiedad severa. Se complementa con **Reyes, K (2021)** en su investigación “Ansiedad y depresión en los adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social que pertenecen a un grupo juvenil” observó 20% de adolescentes presentan ansiedad como estado y un 22% ansiedad como rasgo. Se asemeja con **Catagua, G; Escobar G (2021)**, en su investigación “Ansiedad en adolescentes durante el confinamiento (Covid 19) del barrio Santa Clara - cantón Manta”, observó el 16% de adolescentes presentan ansiedad mínima, el 32% ansiedad leve y el 44% ansiedad moderada, y el 8% severa. Se complementa con **Lazo de la Vega, A (2020)**, en su investigación “Nivel de ansiedad y depresión debido al confinamiento por COVID 19 en adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima” observó el 78,6% de las alumnas presentan ansiedad. Se asemeja con **Begazo, I (2018)**, en su investigación “Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria del C.E. Libertador Castilla”, observó que la ansiedad en los escolares en un 61.4%, de ellos un 28.6% evidenciaron ansiedad mayor.

Los resultados de depresión muestran que el 50,6% estuvieron dentro de los límites normales, el 46,2% mostraron desorden emocional y el 3,2% tuvieron depresión situacional. Se complementa con **Reyes, K (2021)** en su investigación "Ansiedad y depresión en los adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social que pertenecen a un grupo juvenil", observó la depresión se obtuvo un 11% con depresión moderada y grave en la muestra tomada, siendo más frecuente en el sexo masculino. Se asemeja con **Bejar, L (2021)**, en su investigación "Relación entre la adicción al internet y la depresión en adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria de la I.E. José Lorenzo Cornejo Acosta en el contexto de emergencia sanitaria por COVID 19", observó que el 35.2% de adolescentes no presentaron depresión, seguido del 33.8% de los adolescentes con depresión leve, el 19.7% de los estudiantes presentaron depresión moderada, mientras que el 11.3% de ellos tuvieron depresión grave. Se complementa con **Lazo de la Vega, A (2020)**, en su investigación "Nivel de ansiedad y depresión debido al confinamiento por COVID 19 en adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima", observó que el 84,3% de los estudiantes presentan depresión. Se Asemeja con **Begazo, I (2018)**, en su investigación "Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria del C.E. Libertador Castilla", observó que depresión se representó en un 63.2% en los estudiantes. Coincide con **Chuquispuma, E (2021)**, en su investigación "Depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por covid-19 en la Urbanización el Rosedal", observó el 33,8% presenta síntomas depresivos mínimos, el 16,3% presenta síntomas depresivos marcados y el 50% presenta síntomas depresivos en grado máximo.

Al relacionar la ansiedad y depresión en emergencia sanitaria por COVID – 19 si tuvieron efectos negativos en estudiantes de 4to y 5to

año, se evidenció en la variable ansiedad en 4to, con (Wilcoxon=396; $p=0,000$), y en 5to, con (Wilcoxon=483; $p=0,000<0,05$) siendo significativo y en la variable depresión, en 4to con (Wilcoxon= 1247.5; $p=0.977>0,05$) y en 5to con (Wilcoxon= 1902; $p=0.071$), se afirma que para la variable ansiedad en emergencia sanitaria por COVID – 19 si tuvo efectos negativos en estudiantes de 4to y 5to, sin embargo, con la variable depresión se recomienda conservar la Hipótesis nula. Coincide con **Catagua, G; Escobar G (2021)**, en su investigación “Ansiedad en adolescentes durante el confinamiento (Covid 19) del barrio Santa Clara - cantón Manta”, observó que hay una clara relación entre el confinamiento por la pandemia sanitaria y la ansiedad en adolescentes. Se complementa con **Lazo de la Vega, A (2020)**, en su investigación “Nivel de ansiedad y depresión debido al confinamiento por COVID 19 en adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima”, observó relación significativa con la afectación emocional por el aislamiento social y el desarrollo de ansiedad ($p=0.348$) y depresión ($p=0.353$).

Al relacionar la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad, se observó para la variable ansiedad en 4to grado, ($Rho=-0,127$; $p=0,287>0,05$; correlación inversa media) y en 5to grado ($Rho= 0,134$; $p=0,223$; correlación positiva media). La variable depresión, en 4to grado ($Rho=-0,121$; $p= 0,312$; correlación inversa media) y en 5to grado ($Rho= - 0,096$; $p=0,386$; correlación positiva media). Ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo, se observó en la variable ansiedad, en 4to grado con ($Rho= 0,327$; $p= 0,005$; correlación positiva media) y en 5to con ($Rho= 0,131$; $p= 0,234$; correlación positiva media). La variable depresión, en 4to ($Rho= 0,222$; $p= 0,061$; correlación positiva media) y en 5to con ($Rho= 0,428$; $p= 0,000$; correlación positiva media). Ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios, se observó en la variable ansiedad, en 4to grado con ($Rho= 0,016$; $p=$

0,896; correlación positiva débil) y en 5to (Rho= 0,092; p= 0,406; correlación positiva débil). En la variable depresión en 4to con (Rho= 0,080; p=0,506; correlación positiva débil) y en 5to grado (Rho= 0,045; p= 0,683; correlación positiva débil).

5.2. Conclusiones

1. En su mayoría los estudiantes no presentaron ansiedad, sin embargo, el 18,6% mostraron ansiedad moderada y solo el 1,3% tuvieron ansiedad severa.
2. Los estudiantes tuvieron depresión dentro de los límites normales en 50,6%, un grupo de estudiantes que conforman el 46,2% tuvieron desorden emocional y solo el 3,2% mostraron depresión situacional.
3. Se evidencia que la ansiedad en emergencia sanitaria por COVID – 19 tuvieron efectos negativos en estudiantes, ya que el confinamiento los puso nerviosos al no poder salir y realizar sus actividades causando irritabilidad, sin embargo, la depresión no.
4. Se observa que la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad, evidencia relación inversa entre la ansiedad y los estudiantes de 4to y no con los de 5to y la depresión en ambos salones fueron relaciones inversas, en ocasiones los estudiantes se encuentran menos abatidos, menos cansados.
5. Se evidencia relación positiva media entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo, ya que en tiempo de emergencia los estudiantes manifestaron nervios ya que las noticias colaboraron con la información del momento y sentían melancolía al tener familiares enfermos por este virus.
6. Se observa relación débil entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios, esto indica que los estudiantes entre ellos se comunicaban y se daban fuerzas para poder afrontar este momento difícil de confinamiento.

5.3. Recomendaciones

1. Se recomienda a la dirección de la Institución Educativa implementar talleres tanto para padres y estudiantes sobre la importancia de la salud mental para un buen desarrollo del ser humano, en donde se hablen de los trastornos, causas y consecuencias que puedan suscitar si no se previene oportunamente.
2. Se recomienda instaurar un plan de contingencia para el bienestar de salud mental, en donde se toque los temas referentes a cómo actuar en los escolares y situaciones externas como la pandemia COVID 19, que causan malestar físico y psicológico en las personas.
3. Se recomienda a los padres como cabeza de familia se involucren en el progreso de sus menores hijos, permitiéndoles que sean parte activa del funcionamiento familiar.

Referencias bibliográficas

- Begazo, I. (2018). *Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en estudiantes de 4to y 5to secundaria del C.E. Libertador Castilla (Tesis pregrado)*. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Bejar, L. (2021). *Asociación entre adicción a redes sociales y depresión en adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria de la I.E. José Lorenzo Cornejo Acosta en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19. (tesis pregrado)*. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Brewin, C. (1996). Theoretical Foundations of Cognitive-Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33-57.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Castellano, G. (2015). Factores protectores en el adolescente a nivel académico. *Pediatra*.
- Catagua, G., y Escobar, G. (2021). Ansiedad en adolescentes durante el confinamiento (Covid 19) del barrio Santa Clara - cantón Manta. *Polo del conocimiento*. 56 (6), 2095-2110.
- Chuquispuma, F. (2021). *Depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID 19 en la El Rosedal. (Tesis pregrado)*. Ica, Perú: Universidad Autónoma de Ica.

- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Garzaran, S. (2016). *El arte de acompañar psicoterapia*
https://www.saragarzaranpsicologia.com/psicoterapia-miedos-depresion-ansiedad/?cli_action=1631552937.745.
- Golberstein, E., Wen, H., & Miller, B. F. (2019). *Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19) and Mental Health for Children and Adolescents*.
- INFOSALUS. (12 de Agosto de 2015). *Los principales riesgos para la salud si eres adolescente*. Recuperado de <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-principales-riesgos-salud-si-eres-adolescente-20150812181815.html>
- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107*, 11-23.
- Krueger, R. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of general psychiatry*, 56(10), 921-926.
- Lazo de la Vega, A. (2021). *Nivel de ansiedad y depresión debido al confinamiento por COVID 19 en adolescentes del 4to de secundaria del Colegio Nuestra Señora de Fátima. (tesis de pregrado)*. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Lemma, A. (Agosto de 2008). *The competences required to deliver effective*. Recuperado de The competences required to deliver effective: http://www.ucl.ac.uk/pals/research/cehp/research-groups/core/pdfs/ Psychoanalytic-Psychodynamic-Therapy/PPC_Clinicians_Background_Paper.pdf
- Lemma, A. (2011). El desarrollo de una intervención psicodinámica breve (terapia interpersona dinámica) y su aplicación a la depresión: Un estudio Piloto. *Psiquiatría*, 41-8.

- Morales, C. (2017). *La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar.*
- Murillo, M. (2020). *El comportamiento social frente a la emergencia sanitaria de los adolescentes del cantón Baba, Provincia Los Ríos,.*
- Organización Panamericana de la Salud. (11 de Marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia.* Recuperado de www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia.
- Papalia, D., y Martorell, G. (2009). *Desarrollo humano, decimotercera edición.* McGrawHill Education pag 323.
- Perez A, Gregorio R, Gomez P, Ruiz Y. (2020). *Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de evidencia. Cartas Científicas.*
- Pineda, S. (2002). El concepto de la Adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 16.
- Plan Internacional. (2020). El impacto de la COVID-19 en niñas y mujeres jóvenes. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 24(3), 100-120.
- Ramos, C. (21 de Julio de 2020). *Unicef.* Recuperado de <https://www.unicef.org/peru/historias/covid-reto-de-educacion-virtual-peru>
- Reyes, K. (2021). *Ansiedad y depresión en los adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social que pertenecen a un grupo juvenil. (Tesis pregrado).* Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Sanz, M. (2005). *Trastornos de ansiedad en el adolescente. Pediatr. Integral. Asociación española de psiquiatría infanto-juvenil.*

Sierra, J. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Mal-estar E Subjetividades*, 10-59.

Zayas, M. L., Román, I. R., Rodríguez, L., y Román, M. Y.(2020). Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacionada con el aislamiento social por la COVID-. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1).

ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de Consistencia

Ansiedad y Depresión en Tiempo de Emergencia Sanitaria por Covid 19 en Estudiantes del 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable e Indicadores	Metodología	Técnicas e Instrumentos	Fuentes de Información
<p><u>Problema general</u> ¿Analizar el efecto de ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por COVID 19 en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?</p> <p><u>Problemas específicos</u> ¿Cuáles son las características sociodemográficas en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo</p>	<p><u>Objetivo general</u> Analizar el efecto de ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por COVID 19 en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021</p> <p><u>Objetivos específicos</u> Identificar las características sociodemográficas en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021. Identificar el nivel de ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021. Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia</p>	<p><u>Hipótesis general</u> La ansiedad y depresión en emergencia sanitaria por COVID – 19 tuvieron efectos negativos en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021.</p> <p><u>Hipótesis específicas</u> Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021. Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una</p>	<p>Ansiedad (X)</p> <p>Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.</p> <p>Me siento con temor sin ninguna razón.</p> <p>Despierto con facilidad o sintiendo pánico.</p> <p>Depresión (Y)</p> <p>Me canso sin motivo.</p> <p>Tengo la mente tan clara como antes.</p> <p>Hago las cosas con la misma facilidad que antes.</p>	<p><u>Tipo</u> Según la planificación del control de la variable de estudio fue prospectivo ya que se administra sus propias mediciones. Sobre el número de validaciones de la variable la investigación fue transversal ya que serán medidas en un solo instante. Sobre el número de variables de interés será analítico ya que el análisis estadístico será bivariado, se contrastó hipótesis.</p> <p><u>Diseño</u> No experimental transversal</p> <p><u>Población</u> La población de estudio estuvo constituida por los estudiantes del 4° y 5° año del nivel secundario que</p>	<p><u>Técnica</u> Psicométrica</p> <p><u>Instrumentos</u> Escala de Automedición de ansiedad Zung y la Escala de Automedición de la Depresión Zung.</p>	<p>Begazo, I. (2018). Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en estudiantes de 4to y 5to secundaria del C.E. Libertador Castilla (Tesis pregrado). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Bejar, L. (2021). Asociación entre adicción a redes sociales y depresión en adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria de la I.E. José Lorenzo Cornejo Acosta en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19. (tesis pregrado). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.</p>

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable e Indicadores	Metodología	Técnicas e Instrumentos	Fuentes de Información
<p>de emergencia sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021?</p>	<p>sanitaria por Covid 19 con la edad en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.</p> <p>Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con el sexo en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.</p> <p>Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.</p>	<p>Institución Educativa – 2021.</p> <p>Existe una relación entre la ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 con la sección de estudios en estudiantes de 4to y 5to año de una Institución Educativa – 2021.</p>		<p>asisten virtualmente a la Institución Educativa Secundario San Martín de Porres, conformada por 261 adolescentes</p> <p><u>Muestra</u> Se utilizó un muestreo estratificado con afijación proporcional siendo 156 la muestra</p>		

ANEXO N° 02

AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE
INDEPENDENCIA”

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

SRA. KELLY DEL ÁGUILA LÓPEZ.

DIRECTORA DE LA I.E.P.I.P.S.M. N° 60019 “SAN
MARTIN DEPORRES”.

Presente

ANGULO AREVALO ESTEBAN ANDREW identificado con DNI **71100385**, con domicilio Urb. Riomar S-5 y **CAHUACHI GOMEZ MARCIA CHRISTINA** identificado con DNI **72002141**, con domicilio Av. Participación Mz C lote 2; ante usted nos presentamos y exponemos que:

Habiendo culminado nuestros estudios universitarios en la carrera de psicología de la Universidad Científica del Perú 2015-2021, deseamos realizar un trabajo de investigación (tesis) con título: **“Ansiedad y Depresión en Tiempo de Emergencia Sanitaria por Covid 19 en Estudiantes del 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021”**. solicitamos a la institución que usted dignamente dirige, la autorización respectiva para la aplicación de las pruebas psicología de ansiedad y depresión, para tal fin necesitamos información con respecto a la cantidad de estudiantes de 4 y 5 de secundaria, quienes serán la población de estudio.

Psic. Néstor Oswaldo Perez Tenazoa

Reg: 11578

ANEXO N° 03 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

Escuela de Psicología

Ansiedad y Depresión en Tiempo de Emergencia Sanitaria por Covid 19 en Estudiantes del 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021.

Presentación:

Estimado Sr. Padre de familia o Tutor del menor.....

Somos los Bachilleres.....

egresados de la escuela de psicología de la Universidad Científica del Perú, y en el marco de obtener la Licenciatura en Psicología pretendemos investigar ***“Ansiedad y Depresión en Tiempo de Emergencia Sanitaria por Covid 19 en Estudiantes del 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021”*** con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión de los estudiantes citados en la presente investigación.

Diseño de Investigación

La presente investigación es de Tipo Básica, Descriptiva Transversal y correlacional, debido a que las variables no son afectadas por ningún tipo de proceso, solo se dedican a observar al evento tal cual sucede, limitándose únicamente a analizarlos. Para tal efecto, se aplicará la Escala de Autoevaluación de Ansiedad y Escala de Autoevaluación de depresión a su menor hijo o hija en un solo momento, teniendo por tanto la condición de participante.

Participantes

Los participantes son los estudiantes del 4to y 5to año del nivel secundario; es absolutamente voluntaria a y aplicada a través de la autorización de los padres o tutor del menor, lea detenidamente el presente consentimiento informado el cual le permitirá aclarar sus dudas, y al firmar aceptara el propósito de la evaluación, cabe resaltar que Ud. una vez firmado este documento puede desistir con la evaluación.

Procedimiento:

Si usted acepta que su menor hijo o hija participe del presente estudio se desarrollará de la siguiente manera:

- Se aplicará la Escala de Autoevaluación Ansiedad Zung y la Escala de Autoevaluación de depresión de Zung.
- Se mantendrá la confidencialidad con la entrevista y la evaluación con formato anónimo (no se registran nombres ni documentos de identificación); la información solo se usará para los fines del estudio, y al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas.

Derecho del participante:

Si usted decide que su hijo o hija participe en el estudio nos apoyará con la firma del consentimiento informado. Asimismo, podrá retirarse del presente estudio en cualquier momento, o no participar del estudio sin perjuicio alguno.

DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR DEL MENOR DE EDAD

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene la participación de mi menor hijo – hija en la Investigación **Ansiedad y Depresión en Tiempo de Emergencia Sanitaria por Covid 19 en Estudiantes del 4to y 5to año de una Institución Educativa, Iquitos – 2021.**

Me queda claro que puedo participar y que puedo retirar a mi menor hijo – hija del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Nombre de Padre o Tutor:

DNI:

Fecha:

CUESTIONARIO AUTOINFORMADO DE ANSIEDAD DE ZUNG

Nombre _____

Fecha de aplicación _____

Edad: _____ Sexo: ____ Fecha: __/__/____

Fecha de nacimiento. ____/____/____

Instrucciones: Estimado estudiante. A continuación, encontrará frases que describen la forma como se siente en estos momentos. Lea atentamente y marque con una "X" en la columna que refleje mejor la descripción de su Sentir. Conteste sin emplear demasiado tiempo cada frase.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin ninguna razón.					
3	Despierto con facilidad o sintiendo 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(a) con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					

CUESTIONARIO AUTOINFORMADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Nombre_____

Fecha de aplicación_____

Edad:_____ Sexo:___ Fecha:___/___/___

Fecha de nacimiento._____/_____/_____

Instrucciones:

Estimado estudiante. A continuación, encontrará frases que describen la forma como se siente en estos momentos. Lea atentamente y marque con una "X" en la columna que refleje mejor la descripción de su Sentir.

Conteste sin emplear demasiado tiempo cada frase.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					

6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Nota que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					

18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						