



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

TESIS

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE IQUITOS,
2024.**

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

AUTORA : BACH. PSIC. RUTH VIVIANA MACCA CHOTA

ASESORA : PSIC. ELIZABETH GUILLEN GALDOS.

SAN JUAN BAUTISTA MAYNAS- PERÚ

2025

“Año de la recuperación y consolidación de la económica peruana”

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

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITO DE IQUITOS. 2024”**

De la alumna: **RUTH VIVIANA MACCA CHOTA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **9% de similitud**.

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

San Juan, 13 de Mayo del 2025.



**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**

UCP_PSCOLOGIA_2024_T_RUTHMACCA_VI_RESUMEN

9%
Textos
sospechosos

3% Similitudes

1% similitudes entre
comillas

0% entre las fuentes
mencionadas

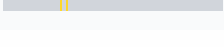
0% Idiomas no reconocidos

6% Textos potencialmente
generados por la IA

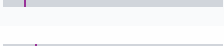
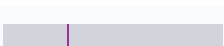
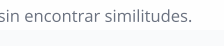
Nombre del documento: UCP_PSCOLOGIA_2024_T_RUTHMACCA_VI_RESUMEN.pdf	Depositante: Chris Angela Ramirez Flores	Número de palabras: 11.846
ID del documento: 38649231ab0e1060e6451e74301daa212d754018	Fecha de depósito: 13/5/2025	Número de caracteres: 79.340
Tamaño del documento original: 1,25 MB	Tipo de carga: interface	
	fecha de fin de análisis: 13/5/2025	



Fuentes de similitudes

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 ss.puebla.gob.mx Día mundial de la lucha contra la depresión https://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/2730-dia-mundial-de-la-lucha-contra-la-... 2 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (76 palabras)
2	 Documento de otro usuario #2f9d46 El documento proviene de otro grupo 3 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (39 palabras)
3	 Documento de otro usuario #d56f0d El documento proviene de otro grupo 1 fuente similar	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
4	 www.eldebate.com Qué es la depresión y síntomas para detectarla https://www.eldebate.com/sociedad/20211213/que-depresion-sintomas-detectarla.html	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (42 palabras)
5	 repositorio.uladech.edu.pe https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/30604/DEPRESION_ANSIE...	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (42 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 repositorio.ucp.edu.pe Actitudes hacia el aborto en estudiantes de segundo y ... http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/750	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
2	 repositorio.upn.edu.pe https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/39431/Mejia_Mendoza_Neil_Mayer.pd...	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
3	 hdl.handle.net El estrés laboral y su relación con el compromiso laboral en el p... https://hdl.handle.net/20.500.12990/8518	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (14 palabras)
4	 Documento de otro usuario #ed0192 El documento proviene de otro grupo	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
5	 franmt7.com Tipos de Depresión - PSICOLOGÍA ONLINE https://franmt7.com/2022/03/04/tipos-de-depresion/	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)

Fuente mencionada (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

1	 https://www.redalyc.org/journal/5732/573263327006/html/#redalyc_573263327006_ref25
---	--



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 586-2024-UCP-FCS, del 02 de mayo de 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 1015-2025-UCP-FCS, 08 de julio del 2025, se autorizó la sustentación.

Siendo las 11:00 a.m. horas, del día viernes 18 de julio de 2025, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITO DE IQUITOS, 2024.**

Presentado por:

RUTH VIVIANA MACCA CHOTA

Para optar el título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

Como asesora: Psic. Elizabeth Guillen Galdós.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

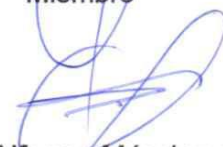
La sustentación es: *Satisfactorio*

A las *12:15* Horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.


Psic. Mgr. Herminia Rosa de los Ríos Sosa
Presidente


Psic. José Alberto Díaz Guerrero
Miembro


Psic. Mgr. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITO DE IQUITOS, 2024.

FECHA DE SUSTENTACION: 18 DE JULIO DE 2025.



Psic. Mgr. Herminia Rosa de los Ríos Sosa
Presidente



Psic. José Alberto Díaz Guerrero
Miembro



Psic. Mgr. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro



Psic. Elizabeth Guillen Galdós
Asesora

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre, pues sin ella no lo habría logrado. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege me lleva por el camino del bien. Por eso te dedico mi trabajo en ofrenda por tu amor y paciencia madre mía, te amo.

Ruth Viviana Macca Chota.

AGRADECIMIENTO

Gracias infinitas a mis padres Rómulo y Leyla, por su amor incondicional y su apoyo moral. Su fe en mí, incluso en los momentos más difíciles, ha sido el pilar de este logro. También expreso mi gratitud a mis hermanos, quienes supieron brindarme su tiempo para escucharme y apoyarme, y a mi esposo Guillermo, quien supo estar cuando más lo necesitaba. Sin ustedes, todo esto no habría sido posible. Su amor y sacrificio han sido la luz que guió mi camino a través de este viaje académico.

Ruth Viviana Macca Chota.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pg.
Portada	i
Constancia de originalidad de la tesis	ii
Acta de sustentación de tesis	iv
Hoja de aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenido	viii
Índice de tablas y gráficos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
1.1. Antecedentes de estudio	13
1.2. Bases teóricas	15
1.3. Definición de términos básicos	31
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
2.1. Descripción del problema	34
2.2. Formulación del problema	35
2.2.1. Problema general	35
2.2.2. Problemas específicos	35
2.3. Objetivos	35
2.3.1. Objetivo general	35
2.3.2. Objetivos específicos	36
2.4. Justificación de la investigación	36
2.5. Hipótesis y variables	37
2.6. Variables	38
2.6.1. Identificación de las variables	38
2.6.2. Definición conceptual y operacional de las variables	38
2.6.3. Operacionalización de las variable	39
CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS	40
3.1. Tipo de investigación	40
3.2. Diseño de investigación	40

3.3. Población y muestra	41
3.4. Técnica e instrumentos de investigación	43
3.5. Procedimientos de recolección de datos	45
3.6. Procesamiento de la información	45
3.7. Aspectos éticos	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN. CONCLUSIONES. RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución de la muestra general por zona de procedencia	48
Tabla 2. Distribución de la muestra por nivel educativo y sexo	49
Tabla 3. Distribución de la muestra por grupo etario y con quien vive el alumno	49
Tabla 4. Distribución de la Ansiedad a nivel de la muestra general	50
Tabla 5. Distribución de la Depresión a nivel de la muestra general	51
Tabla 6. Promedios en Ansiedad y Depresión a nivel de la muestra general	52
Tabla 7. Ansiedad según con quien vive el alumno	54
Tabla 8. Depresión según con quien vive el alumno	55
Tabla 9. Estadísticas Inferencial muestra general	56
Tabla 10. Prueba de Kolmogorov Smirnov para una muestra	57
Tabla 11. Medidas de tendencia central	58
Tabla 12. Datos de correlación	58
Gráfico 1. Procedencia de los alumnos	48
Gráfico 2. Ansiedad general. Fuente: Elaboración propia	51
Gráfico 3. Depresión general	52
Gráfico 4. Ansiedad vs Depresión por zona.	53
Gráfico 5. Ansiedad según con quien vive el alumno.	54
Gráfico 6. Depresión según con quien vive el alumno.	55
Gráfico 7. Frecuencia de la Ansiedad	57
Gráfico 8. Frecuencia de la Depresión	57
Gráfico 9. Correlación positiva.	58

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de una institución educativa del distrito de Iquitos en 2024. Se estudió esta relación porque ambas condiciones suelen coexistir, lo que se conoce como comorbilidad, y comparten características que pueden complicar tanto el diagnóstico como el tratamiento. La ansiedad puede desencadenar la depresión y viceversa, generando un círculo vicioso que incrementa el malestar emocional y dificulta el funcionamiento diario, impactando la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas y mantener relaciones personales. En casos graves, esta combinación de síntomas puede aumentar el riesgo de ideación suicida y conductas autolesivas.

Sin embargo, también se identificaron aspectos positivos de esta interacción. Experimentar ansiedad y depresión puede fomentar la conciencia emocional, llevando a un mayor conocimiento de las propias emociones y la adopción de estrategias para enfrentarlas, como la terapia, el ejercicio y la meditación, que fortalecen la resiliencia personal. Además, las personas que superan estas dificultades pueden generar redes de apoyo social y encontrar un sentido de comunidad con quienes enfrentan situaciones similares, lo que contribuye a su recuperación.

El estudio fue de tipo básico, con un diseño no experimental, enfoque cuantitativo y nivel descriptivo, empleando un diseño correlacional de corte transversal. Seleccionamos una muestra de 159 estudiantes mediante un muestreo probabilístico. Se utilizaron el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck I-II ambos validados y adaptados para el contexto local. Los resultados mostraron que la mayoría de los estudiantes tuvieron tanto ansiedad como depresión entre media y alta, 96 y 70% respectivamente. Existe una correlación significativa ($Rho \text{ Spearman} = 0.000$) entre estos dos trastornos en los adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de una institución educativa pública en el distrito de Iquitos. Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Adolescencia, Educación Secundaria.

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between anxiety and depression levels in high school adolescents from an educational institution in the Iquitos district in 2024. This relationship was studied because both conditions often coexist, which is known as comorbidity, and share characteristics that can complicate both diagnosis and treatment. Anxiety can trigger depression and vice versa, generating a vicious cycle that increases emotional distress and hinders daily functioning, impacting the ability to carry out everyday activities and maintain personal relationships. In severe cases, this combination of symptoms can increase the risk of suicidal ideation and self-harming behaviors.

However, positive aspects of this interaction were also identified. Experiencing anxiety and depression can foster emotional awareness, leading to greater knowledge of one's own emotions and the adoption of strategies to cope with them, such as therapy, exercise, and meditation, which strengthen personal resilience. In addition, people who overcome these difficulties can generate social support networks and find a sense of community with those facing similar situations, which contributes to their recovery.

The study was basic in nature, with a non-experimental design, quantitative approach and descriptive level, using a cross-sectional correlational design. We selected a sample of 159 students using probability sampling. The Beck Anxiety and Depression Inventory I-II, both validated and adapted for the local context, were used. The results showed that most students had both anxiety and depression at medium to high levels, 96% and 70% respectively. There is a significant correlation (Spearman's $Rho = 0.000$) between these two disorders in adolescents in grades 3 to 5 of a public educational institution in the district of Iquitos.

Keywords: Anxiety, Depression, Adolescence, Secondary Education.

CAPÍTULO I. MARCO TEORICO REFERENCIAL

1.1. Antecedentes del estudio

Antecedentes internacionales

Borges (2018) investigó la *“Depresión y Ansiedad mediante el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ) Venezuela”*. Determinó los niveles de ansiedad y depresión en adultos de atención primaria. Con una muestra de 441 participantes hizo tres estudios. En su primer estudio analizó la adaptación y validación de instrumento con el método de modelos de ecuaciones estructurales utilizando el Cuestionario de Salud General de Goldberg (CSGG-28). En el segundo estudio determinó la validez del Cuestionario de Salud del Paciente (CSP) en la escala de ansiedad y depresión mayor. Utilizó 318 participantes con criterios obtenidos de (CSGG-28). Para el tercer estudio con 814 participantes se aplicó subescalas CSP-9 y escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG -7). El 11% presentó depresión mayor y el 7 % presentó trastorno de ansiedad generalizada. Se halló pocas diferencias significativas estadísticamente en los resultados de variables sociodemográfica (género, edad y estado civil). En conclusión, el estudio evidencia la validez a prueba de cribado, permitiendo la detección temprana de trastornos de depresión y ansiedad colaborando al desarrollo como una política pública en el sector Salud. Sugiere en muestras grandes el estudio epidemiológico para reunir información consistente sobre la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en la ciudad.

Cosíos (2015) investigó la *“Depresión y Ansiedad en adolescentes del Colegio Calasanz de Loja mediante la Herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública”*. Indica que la depresión y la ansiedad en adolescentes es una enfermedad que provoca el comportamiento suicida. Su objetivo es determinar un diagnóstico temprano de depresión y ansiedad e investigar los principales factores de riesgo sociales direccionados en los escolares; socializando los resultados obtenidos a los maestros. El estudio fue

descriptivo cuanti-cualitativo con una muestra de 386 estudiantes bachilleres. La investigación fue de un año (2013 al 2014). Los resultados indican que el 20% de estudiantes tienen ansiedad; el 5% manifiestan depresión y el 4% que presentan factor de riesgo sufren de discriminación, maltrato físico en el desarrollo de estas enfermedades.

Antecedentes nacionales

Villegas (2020) Determinó la relación de la *“Depresión y Ansiedad en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de una Institución Educativa de Lima - San Juan de Lurigancho”*. El estudio fue descriptivo – correlacional y el diseño fue no experimental; con una muestra de 45 estudiantes (4to y 5to secundaria), se aplicó dos instrumentos para la recolección de datos: El Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. Sus resultados indicaron que sí existe relación entre depresión y ansiedad en los estudiantes de secundaria (Chi cuadrado $p = ,665$).

Sernaque (2022) investigo la relación entre la *“Ansiedad y depresión en alumnos de secundaria de una institución educativa pública de Ccasapata”*. El tipo de investigación fue descriptivo-correlacional, diseño no experimental. Usando una muestra de 85 estudiantes. En el que aplicó la técnica de la encuesta y su recolección de datos fue el inventario de ansiedad y depresión. Utilizó el alfa de Cronbach para la fiabilidad de la investigación. Este concluyó que existe una relación significativa ($Rho = ,678$; $p < 0.05$). De modo que afirma si hay presencia de ansiedad por lo tanto habrá depresión en los estudiantes de secundaria.

Pinto (2018) investigó la *“Ansiedad y la depresión en los estudiantes de la especialidad de Físico-Matemática de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa”*. Empleó un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo exploratorio, diseño no experimental. Aplicó como técnica la encuesta; el Cuestionario STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*). En cual distingue de la depresión y diagnostica el

nivel de ansiedad. Para la variable de depresión se aplicó a 130 estudiantes el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Los datos fueron interpretados por tablas y gráficos estadísticos. Los resultados indicaron que la ansiedad se manifiesta más en alumnos del tercer año de secundaria y la depresión en alumnos de primer año de secundaria.

Antecedentes local

Angulo y Cahuachi (2022) Evaluó los efectos de ansiedad y depresión en estudiantes del 4to y 5to año del colegio San Martín de Porres en tiempos de emergencia sanitaria Covid 19 en Iquitos. Se empleó un enfoque cuantitativo y método hipotético – deductivo. Con una población de 261, analizó a 156 estudiantes mediante el muestreo estratificado con afijación proporcional. Mediante el software SPSS v23 los resultados mostraron que el 80% de estudiantes no presentan ansiedad mientras que el 19% manifestaron ansiedad moderada y el 1% presentaron ansiedad severa. El 51% de la variable depresión estuvo dentro de los parámetros normales, el 46% mostró desorden emocional y el 3% depresión situacional. Concluyó que la ansiedad en tiempos de COVID-19 presentó efectos negativos mientras que la depresión no presentó los mismos efectos en los alumnos de la institución Educativa.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. La ansiedad

Según la Real Academia Española (RAE) “la ansiedad proviene del latín *anxietas*’, que significa ‘angustia, aflicción’, así mismo en la misma definición se manifiesta que la ansiedad es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”. (RAE, 2018)

Schlatter (2003) considera que la ansiedad es la activación exógena o endógena del sistema nervioso a consecuencia de un estímulo externo o interno de las estructuras cerebrales.

El término ansiedad suele confundirse con el de angustia creando confusión, incluso entre los especialistas. En algunas ocasiones, ambos términos fueron usados como sinónimos y, en otras, como términos con distinta significación. Al respecto, López-Ibor (1969) realizó una distinción clara entre ansiedad y angustia; al precisar que en el caso de la angustia existe un marcado predominio de los síntomas físicos, siendo la reacción del organismo caracterizada por la paralización motora, el sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa. En la ansiedad se observa una mayor presencia de los síntomas psíquicos, predomina la sensación de ahogo y la sensación permanente de un peligro inminente que acecha a la persona. Además, se presentan reacciones de sobresalto, con muchos intentos de solucionar el problema de manera eficaz. Es importante recalcar que durante la ansiedad las alteraciones emocionales son a veces intensas y se percibe con mayor claridad.

En la actualidad, es difícil mantener estas diferencias entre la ansiedad y la depresión, algunos científicos agrupan dentro del concepto de ansiedad tanto los síntomas *“psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad es llamado como trastorno de angustia, resaltando entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas”* (American Psychiatric Association, 1994).

La ansiedad es una sensación que surge ante situaciones que percibimos como amenaza o riesgo, ante las cuales el cerebro se pone en situación de alerta preparando la respuesta adecuada, en un intento de utilizar al máximo nuestros recursos físicos y psicológicos para abordar el problema; teniendo siempre como objetivo final el logro de la supervivencia del organismo, como señala Rojas (2013).

Teorías sobre la ansiedad

La ansiedad ha sido ampliamente estudiada desde diferentes perspectivas teóricas, lo que ha dado lugar a diversas explicaciones sobre su

origen, desarrollo y manifestación. A continuación, se presentan las principales teorías sobre la ansiedad, junto con sus autores y contribuciones más destacadas:

1. Teoría Psicoanalítica (Sigmund Freud):

Este investigador fue uno de los primeros en abordar la ansiedad desde un punto de vista sistemático. Según Freud su teoría psicoanalítica indica que la ansiedad es un conflicto intrapsíquico entre las estructuras de la mente, las cuales son:

- Ello: Son los estímulos inconscientes y primitivos que buscan la satisfacción inmediata.
- Yo: Es la parte racional que procura equilibrar los impulsos o estímulos del Ello y las demandas del Superyó.
- Superyó: Es considerado opositor del Ello ya que ésta representa los valores morales y éticos adquiridos a través de internalización de las normas y valores sociales.

Freud también indicó que la ansiedad puede ser considerado como una señal de alerta para el individuo en donde se activan mecanismos de defensa para proteger al sujeto de sus conflictos internos. En este contexto, Freud identificó tres tipos de ansiedad:

- Ansiedad realista: Respuesta o mecanismo de defensa ante peligros reales o factores externos.
- Ansiedad neurótica: Considerado como una sensación de miedo a que los impulsos o estímulos incontrolables del Ello se manifiesten.
- Ansiedad moral: Esto es causado por el conflicto entre el Yo y el Superyó provocando una sensación de culpabilidad o remordimiento en la persona.

2. Teoría Conductual (John B. Watson, B.F. Skinner y Joseph Wolpe)

Estos investigadores fueron los más destacados en esta teoría en donde mencionaban que la ansiedad es un comportamiento aprendido a través de:

- **Condicionamiento clásico:** Watson y Rosalie Rayner demostraron en el experimento del "Pequeño Albert" que un estímulo neutro (una rata blanca) puede asociarse con una respuesta de miedo al ser emparejado repetidamente con un estímulo aversivo (un sonido fuerte).
- **Condicionamiento operante ó instrumental:** La ansiedad aumenta cuando la persona evita situaciones temidas. Esta evitación disminuye temporalmente el malestar, y el comportamiento de evitación (refuerzo negativo).
- **Desensibilización sistemática:** Esta técnica propuesta por Joseph Wolpe consiste en elaborar respuestas de relajación frente a estímulos o respuestas de ansiedad con el objetivo de disminuir este trastorno mental.

3. Teoría Cognitiva

Entre sus autores más destacados merecen señalarse: Aaron Beck, Albert Ellis, La teoría cognitiva se centra en el papel fundamental de los pensamientos y creencias para el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Así, Aaron Beck propuso que las personas con ansiedad tienen distorsiones cognitivas que incluyen:

- **Catastrofización:** Creer que el peor escenario posible ocurrirá.
- **Sobreestimación del peligro:** Percibir amenazas desproporcionadas en situaciones cotidianas.
- **Pensamiento todo o nada:** Interpretar situaciones de forma extremista ("si fallo, seré un fracaso total").

Albert Ellis mediante la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) determinó que la ansiedad es producto de aspectos o creencias irracionales, como: "Debo tener el control absoluto de todo", y "si algo no sale como planeo, es horrible." Esta psicoterapia busca ayudar al individuo a tener ideas más saludables y menos irracionales, con esto se reduce la ansiedad.

4. Teoría Biológica

Entre sus autores más destacados merecen señalarse: Hans Selye, Joseph LeDoux, Charles Nemeroff. Hay que precisar que la teoría biológica pone énfasis en los aspectos neurofisiológicos y genéticos de la ansiedad: Hans Selye: Describió el síndrome general de adaptación, que explica la respuesta fisiológica al estrés crónico. Este autor dividió la respuesta al estrés en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Por su parte, Joseph LeDoux, investigó los circuitos cerebrales involucrados en la ansiedad, destacando el papel de la amígdala en el procesamiento del miedo y la activación del sistema nervioso autónomo. También investigó los aspectos neuroquímicos: La ansiedad está relacionada con desequilibrios en neurotransmisores como: Inhibición del sistema nervioso central. Serotonina: Regulación del estado de ánimo y la ansiedad. Noradrenalina: Activación de respuestas de lucha o huida.

5. Teoría Humanista-Existencial

Rollo May, indica que la ansiedad es percibida como una experiencia universal e inherente a la condición humana. Distingue dos tipos de ansiedad:

- Ansiedad normal: Se activa cuando enfrentamos cambios o retos que conducen el crecimiento personal.
- Ansiedad neurótica: Se manifiesta por una reacción desproporcionada que intercepta con la capacidad de vivir plenamente.

La importancia de la teoría radica en encontrar un sentido a la vida y a su vez aceptar con libertad y responsabilidad personal para superar la ansiedad.

6. Teoría del Apego

Uno de sus principales autores es John Bowlby quien vinculó la ansiedad con problemas en las relaciones de apego durante la infancia. Bowlby afirmaba que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño es influenciada por el vínculo que los individuos desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador, generalmente la madre, aunque puede ser otra persona. Según este autor los niños que experimentan separaciones tempranas o relaciones inconsistentes con figuras de apego desarrollan patrones inseguros que predisponen a la ansiedad en la adultez.

La ansiedad de separación es un ejemplo de cómo la ruptura de vínculos seguros afecta el desarrollo emocional. La teoría del apego ha sido clave para comprender trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada.

7. Teoría Evolutiva

Se basa en la teoría evolucionista de Charles Darwin. Uno de los principales seguidores fue David Buss. Desde un enfoque evolutivo, la ansiedad se considera un mecanismo adaptativo que favorece la supervivencia de los seres humanos ya que permite:

- Detectar y responder rápidamente a amenazas en el entorno.
- Promover conductas de evitación frente a riesgos potenciales.
- Sin embargo, en contextos modernos, este mecanismo puede activarse de forma disfuncional frente a estímulos que no representan un peligro real.

8. Teorías Integradoras y Enfoques Contemporáneos

En la actualidad, los modelos biopsicosociales integran múltiples perspectivas para explicar la ansiedad, considerando:

- Factores biológicos (genética, neuroquímica, estructura cerebral).
- Factores psicológicos (pensamientos, emociones, experiencias pasadas).
- Factores sociales y culturales (relaciones interpersonales, contexto social).

Estos modelos permiten abordar la ansiedad desde tratamientos más holísticos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la farmacoterapia y la intervención psicosocial.

Teorías en relación a la ansiedad de diferentes autores Ansiedad en la adolescencia

Es uno de los motivos frecuentes en consultas diarias que afectan del 9-21% en niños y adolescentes. El adolescente que presenta un cuadro de ansiedad puede cometer actos incontrolables generados por el miedo a que sus padres puedan fallecer en un accidente. También puede tratarse por patrones de pensamientos dubitativos sobre lo que no hicieron y lo que debieron hacer. Esto puede relacionarse a una escrupulosa conciencia de lo moral, religioso y sexual, que son muy típico en adolescentes. Síntomas: Cefaleas, vómitos, dolor torácico, dolores abdominales, problemas de respiración (Sanz,2005).

Trastornos de ansiedad en adolescentes

Los adolescentes mediante su conducta cautelosa y temerosa muestran su ansiedad en las relaciones con sus amigos; preocupación en exámenes por el rendimiento escolar, temor a ser criticado por sus compañeros ó docentes y pensamiento de sucesos a futuro. La inseguridad, incertidumbre o ansiedad forma parte de su rutina.

“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).

1.2.2. La depresión

La Organización Mundial de Salud OMS (2022) considera que la depresión es una *"enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años"* según el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria Global (2021). A nivel mundial, más de 280 millones de personas sufren de depresión. La depresión es distinta de los trastornos de estado de ánimo. Esto puede convertirse en un problema serio de salud, generalmente en la recurrencia e intensidad moderada a grave. Causa sufrimiento a la persona afectada y altera su actividad laboral, escolar y familiar. Esto puede llevar a quitarse la vida. Anualmente se suicidan más de 700 000 personas. Siendo el suicidio la cuarta causa de muerte en cuanto al grupo etario de 15 a 29 años.

Existen tratamientos eficaces contra los trastornos mentales, *"más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno"*, como indican Evans-Lacko et al. (2018). Uno de los obstáculos en la atención es el escaso de recursos y de proveedores de atención de salud que no son capacitados. Así mismo la estigmatización asociada al trastorno mental. En diferentes países las personas que presentan depresión no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que no padecen generalmente son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

Durante el periodo depresivo, la persona siente tristeza, irritabilidad, sensación de vacío o una merma significativa del interés por determinadas actividades que eran de su preferencia, episodios que duran la mayor parte del día, durante casi todos los días, al menos por un lapso de dos semanas o más. Aparecen otros síntomas, tales como la dificultad de concentración,

el sentimiento de culpa intenso, de autoestima muy baja, la carencia de esperanzas en el futuro, pensamientos recurrentes de muerte o de autoeliminación, alteraciones frecuentes del sueño e insomnio, reducción pronunciada del apetito y del peso cansancio o falta de energía.

En algunos sistemas culturales (religión, educación, política, etc), las personas pueden expresar fácilmente sus cambios de estado de ánimo a través de síntomas somáticos (dolor, cansancio, astenia), pese a que estos síntomas no se deben a un cuadro médico. Durante la etapa depresiva, la persona experimenta fuertes dificultades para realizar su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes ya que incurre en la desidia y la apatía, caracterizando su desempeño por un marcado desinterés.

Existen tres tipos de trastornos según el estado de ánimo:

- a) Trastorno depresivo de un episodio: La persona experimenta un primer y único episodio.
- b) Trastorno depresivo recurrente: La persona ya padeció al menos dos episodios depresivos.
- c) Trastorno bipolar: Alternan episodios depresivos con periodos de episodios maníacos. Esto incluye la euforia o irritabilidad; exceso de actividad ó energía; síntomas como la verborrea, pensamientos acelerados, elevada autoestima, menos necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

Según Bañuelos (2019) la depresión es el resultado de las interacciones complejas entre los factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han pasado por circunstancias adversas (desempleo, luto o eventos traumáticos) son más propensos a sufrir de depresión. Este trastorno mental, la depresión, puede generar estrés y llevar a empeorar la situación vital del individuo afectado. Se han encontrado relación entre la depresión y la salud física, es el caso de las enfermedades cardiovasculares, las cuales pueden producir depresión, y viceversa.

Los programas de previenen y reducen de la depresión son muy importante especialmente para los escolares que promueven el afrontamiento positivo entre los niños y los adolescentes. Es importante mencionar que las intervenciones a los padres de niños con problemas de conducta son para reducir la depresión de los padres y ver mejoras en los hijos. Realizar actividades físicas puede ser eficaz para disminuir la depresión en adultos y prevenir efectos mayores.

Teorías de la depresión

La depresión, ha sido estudiada a lo largo del tiempo desde la percepción teórica como un complejo fenómeno multifacético. Desde el enfoque psicológico, biológicos y sociales al entendimiento las causas manifestado por este trastorno. Se detalla las principales teorías:

1. Teorías biológicas: Explica la depresión desde factores neuroquímicos, genéticos y fisiológicos.

a) Hipótesis monoaminérgica: Indica que la depresión está relacionada a desequilibrios de neurotransmisores (serotonina, dopamina y noradrenalina). Esto sugiere a tratamientos farmacológicos como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Destacan autores como, Julius Axelrod, Arvid Carlsson y Bernard Brodie. Axelrod descubrió los mecanismos de recaptación de la noradrenalina; Carlsson investigó la dopamina y su papel en enfermedades mentales, mientras que Brodie exploró la serotonina. Estas investigaciones sentaron las bases para el buen desarrollo de antidepresivos (ISRS).

b) Factores genéticos: Estudios de gemelos y familias han mostrado que la genética juega un papel importante, aunque no es determinante. Variantes en genes relacionados con la regulación de neurotransmisores (como el gen 5-HTTLPR) podrían predisponer a la depresión. Son autores destacados en esta línea Kenneth Kendler y

Myrna Weissman. Kendler realizó estudios sobre la heredabilidad de los trastornos depresivos, mostrando que los factores genéticos explican aproximadamente el 30-40% del riesgo de depresión. Weissman, por su parte, exploró los patrones familiares de transmisión del trastorno.

- c) Disfunción en el eje HHA (hipotálamo-hipófisis-adrenal): El estrés crónico puede activar de forma desregulada el eje HHA, aumentando la liberación de cortisol. Este exceso de cortisol puede causar daño neuronal en áreas cerebrales como el hipocampo, relacionadas con la regulación emocional. Destaca en esta línea Bruce McEwen quien propuso el concepto de "carga alostática", describiendo cómo el estrés crónico afecta el cerebro y otros sistemas, contribuyendo a la depresión.
- d) Neuroplasticidad: Una teoría reciente sugiere que la depresión puede estar asociada con una reducción de la neurogénesis en el hipocampo y otros cambios estructurales en el cerebro. Destacan en esta línea Ronald Duman y Robert Sapolsky. Duman indica que la depresión produce disminución de la neurogénesis en el hipocampo, mientras que los antidepresivos pueden restaurar esta neurogénesis. Por lo que Sapolsky investigó el impacto del estrés en el hipocampo y su relación con la regulación emocional.

2. Teorías psicológicas: Enfoca los procesos cognitivos, emocionales y conductuales.

- a) Teoría psicoanalítica (Freud, 1917): Indica que la depresión inicia como una reacción al duelo ó alguna pérdida de algo significativo, como autoestima, estatus o relaciones. El conflicto inconsciente y la autocrítica es un papel importante. Freud, en su ensayo "*Duelo y melancolía*", propuso que la depresión es el resultado de un conflicto

inconsciente tras una pérdida real o simbólica. Esto se manifiesta hacia la misma persona mediante la agresión llevándolo a la melancolía.

- b) Teoría cognitiva (Aaron Beck, 1960): Sostiene que la depresión se debe a patrones de pensamiento negativos, llamados "triada cognitiva": Es decir que el individuo tiene visiones negativas de si mismo, del mundo y del futuro. Esto lo llevo a crear su propia Escala de Depresión por lo cual lleva su apellido. Este instrumento es ampliamente usado para evaluar los niveles de depresión de una persona.
- c) Teoría del aprendizaje (Martin Seligman, 1970): La "indefensión aprendida" explica que las personas pueden desarrollar depresión al percibir que no tienen control sobre las situaciones negativas de su vida, lo que genera desesperanza. este investigador mediante experimentos con animales demostró que la exposición a eventos incontrolables puede llevar a la desesperación y a la de falta de control las cuales son base de la depresión.
- d) Teoría conductual (Lewinsohn, 1970): Explica que la depresión puede ser causado por la falta de acciones positivas o gratificantes en la vida diaria del individuo. Esto conlleva a que la persona afectada disminuya sus actividades llevándolo al aislamiento o alejamiento de su entorno.

3. Teorías sociales: Aquí se destaca la influencia de factores externos durante el proceso de la depresión.

- a) Teoría del estrés psicosocial: Esta ocasionada por eventos significativos como problemas económicos, perdidas muy dolorosas, entre otros, todos estos producen la depresión. En 1960 Thomas Holmes y Richard Rahe inventaron la Escala de Reajuste Social para medir el estrés y su impacto en la salud mental de las personas. Esta

escala indica que a mayor nivel de estrés mayor es el riesgo de sufrir depresión.

b) Teoría del apego (Bowlby): Explica que las relaciones inseguras o tóxicas de los familiares directos pueden generar depresión. Estas personas tienen un apego inseguro lo que les genera un nivel de vulneración emocional y conlleva a la depresión en los adultos.

d) Teoría sistémica (Minuchin y Bowen): Explican que las dinámicas familiares y los problemas emocionales podrían estar relacionados con la depresión. Por lo tanto, la depresión debe comprenderse desde el punto de vista familiar del tipo estructural y sistémico. Minuchin define que la dinámica familiar influye en la depresión (familia estructural), mientras que Bowen explica que los patrones familiares disfuncionales pueden generar problemas de depresión (familia sistémica). En resumen, las relaciones familiares pueden ser considerados como un factor que protege o perjudica al individuo durante la depresión.

4. Enfoque biopsicosocial: Este enfoque integrador combina elementos biológicos, psicológicos y sociales. Reconoce que la depresión es el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos, experiencias de vida, rasgos de personalidad y contexto social. Es el modelo predominante en la actualidad y guía la mayoría de los tratamientos contemporáneos. George Engel, en los años 1970, propuso el modelo biopsicosocial, integrando factores biológicos, psicológicos y sociales para entender la salud y la enfermedad, incluyendo la depresión. Este enfoque sigue siendo el marco predominante en la psicología clínica moderna.

5. Teorías contemporáneas:

a) Neuroinflamación (Charles Raison y Andrew Miller): Explican la importancia de los niveles de las proteínas citocinas en la depresión de una persona. Los niveles altos de las proteínas TNF- α , IL-6 e IL-8 están

asociados con síntomas graves de depresión y ansiedad.

- b) Teoría de la microbiota-intestino-cerebro (John Cryan y Ted Dinan): Plantean que la microbiota intestinal está asociada a la salud mental de una persona. La interacción microbio-intestino-cerebro regula la producción de un neurotransmisor, la serotonina, las emociones y el estado de ánimo de las personas. Está comprobado que bajo niveles de serotonina causa depresión.
- c) Perspectivas feministas y culturales (Carol Gilligan y Marie Jahoda): Aquí explican que la depresión podría estar asociado con problemas de género, estereotipos o problemas sociales afectan la salud mental de las mujeres. También, la depresión podría estar influenciado por factores culturales o sociales.

Todas las teorías sobre la depresión son complementarias para tener una mejor visión de este trastorno mental. Actualmente, se pretende usar un enfoque multidisciplinario en donde se enfoque a la depresión como una interacción entre el cuerpo, mente y entorno. Los avances científicos en la neurociencia, psicología y sociología están permitiéndonos tener una visión más completa de la depresión y como ésta afecta a las personas.

Teorías en relación a la depresión de acuerdo a diferentes autores.

Dimensiones del inventario de depresión Beck II – (BDI – II)

Beck, Steer y Brown (2006) propusieron 21 indicadores para medir la depresión divididos en tres áreas: 1) **Área Cognitiva** que mide la tristeza, pesimismo, ideas suicidas y desvaloración; 2) **Área física / conductual** que mide la autocrítica, pérdida de placer, llanto, sentimiento de culpa y castigo, fracaso, disconformidad con uno mismo; y 3) **Área afectivo / emocional** que mide la pérdida de interés en el sexo, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, pérdida de interés y energía agitación. Todos los indicadores tuvieron una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que

contienen 7 categorías, siendo la puntuación mínima 0 y la más alta 63; según los cortes nos ayudan a clasificar a los sujetos evaluados en cuatro grupos 0 – 13 mínima depresión, 14 – 19 depresión leve, 20 – 28 depresión moderada y 29 – 63 depresión grave. Es un instrumento propuesto por Beck para evaluar la depresión en sujetos, es por eso que se consideró las propiedades psicométricas son importantes para el estudio en la investigación, con la finalidad de detectar los síntomas de la depresión según sus dimensiones.

Manifestación de la depresión en las diferentes etapas evolutivas

Asimismo, Méndez, *et al.* (2001) detallan que la depresión es semejante en adultos, jóvenes o niños, sin embargo, los síntomas son más intensos y sus consecuencias al trastorno. Como ejemplo citamos el aislamiento e irritabilidad en los niños, mientras que en los adolescentes presentan falta de sueño, lentitud motora, ideas descabelladas.

Según, Nobile *et al.* (2003), los adolescentes presentan pensamientos vinculados a la muerte, en ellos el intento de suicidio está entre 9.5% y 19% y se incrementa ya que en ocasiones hay trastornos conductuales, consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, Del Barrio (2014) detalla que la depresión no es igual y que es según las etapas de evolución del ser, ya que cada una muestra un tipo de síntoma y en ocasiones son específicos. En las etapas de inicio los niños la sienten y en la adolescencia la sienten y piensan. Estos síntomas se dan en la pubertad y en la niñez está presente la somatización dependiendo de la maduración de las personas, ya que los procesos mentales aún no están bien definidos en la niñez, es por eso que las emociones negativas son somáticas.

Depresión y Ansiedad en la adolescencia

Depresión: Según el **Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5)** define la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico (tristeza, ansiedad e irritabilidad). Este humor se presenta en la mayoría de

actividades cotidianas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2017).

La Depresión (DSM 5) se caracteriza por:

- A. Presencia de cinco o más síntomas durante dos semanas representan el estado de ánimo de una persona que sufre de depresión, las cuales son:
1. Casi todos los días o mayor parte de ella con estado de ánimo deprimido, es decir cuando una persona esta triste, vacío, sin esperanza y lloroso.
 2. Bajo o nulo interés de las actividades cotidianas durante todo el día.
 3. Aumento o disminución drástica de peso en un mes, también puede se puede considerar la disminución o aumento del apetito de forma drástica casi todos los días.
 4. Presencia de trastornos de sueño que dificulten la capacidad de dormir, estas pueden ser insomnio o por el contrario hipersomnia frecuentemente.
 5. Problemas con las habilidades motoras estás pueden ser agitación o retraso psicomotor.
 6. Sensación de agotamiento energético, como la fatiga o cansancio.
 7. Sentimiento de culpabilidad excesiva, inapropiada o sensación de no merecer nada bueno en la vida.
 8. Problemas o disminución de las capacidades cognitivas, como pensar o concentrarse, o para tomar decisiones. También, puede ir junto con pensamientos negativos como la muerte o suicidio.
- B. Los síntomas causan problemas clínicos o deterioro en lo social,

aboral u otras áreas.

C. La depresión no se puede relacionar a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. La esquizofrenia o algún trastorno similar no está necesariamente relacionado con la depresión. Muchos menos se describen a través de síntomas maníacos o hipomaníacos.

Según la DSM -5 caracteriza a la ansiedad, como:

Un trastorno asocia con la depresión, el alcohol y drogas, entre otros. Todos estos problemas afectan la salud física de la persona.

Criterios para el Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Todas las características que mencionaremos a continuación deben estar presentes para hacer un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, estas son:

- Preocupación excesiva sobre acontecimientos ocurridos durante varios días.
- Problemas con el control de la preocupación.
- Presencia de síntomas como inquietud al límite, fatiga excesiva, déficit de concentración, irritabilidad, problemas musculares, y trastorno del sueño.
- Problemas físicos o clínicos causados por los síntomas anteriormente mencionados.
- Presencia de alteraciones repentinas que no están relacionados con alguna sustancia o condición médica. Pero estos no están relacionados con trastornos mentales como esquizofrenia.

1.3. Definición de términos básicos

- **Trastornos depresivos:** Son trastornos mentales que implica tener una tristeza profunda y duradera en el tiempo. Este trastorno puede llegar afectar la funcionalidad y el interés de las personas hacia algo que

le cause placer. Los factores que causan este trastorno son múltiples tanto que puede ir desde lo genético hasta lo psicosocial. Cuando una persona es diagnosticada con trastorno depresivo su tratamiento es a través de fármacos, psicoterapia, o métodos electroconvulsivos.

- **Depresión mayor** (trastorno unipolar): Es una enfermedad mental que caracteriza por presentar cambios de estado de ánimo extremo. Estos cambios pueden ir desde extremas emociones hasta bajas o nada de emociones. Los síntomas de esta enfermedad pueden ir desde tristeza, ojos llorosos hasta poco movimiento y cambio al hablar.
- **Trastorno depresivo persistente:** Tipo de trastorno mental crónico, este se caracteriza por una depresión presente en una persona por más de 2 años. Esta enfermedad puede aparecer durante la adolescencia y durar por años o décadas. Los síntomas pueden ir desde un pensamiento negativo, pesimistas hasta ansiedad excesiva o trastorno de personalidad por consumo de sustancias.
- **Otros trastornos depresivos:** Aquí se incluyen a todos aquellos trastornos que causan molestias clínicas pero que no cumplen con los criterios para ser considerados depresivos. Dentro de este grupo tenemos aquellas personas con problemas relacionados a su identidad de género (disforia). De la misma forma encontramos a las personas que sufren depresión frecuente y de poca duración (Depresión Breve Recurrente).
- **Angustia con ansiedad:** Es un trastorno en donde la persona pasa diferentes procesos desde inquietud, falta de concentración hasta temor y pérdida de control de uno mismo. Las personas que tiene este problema pueden tener trastornos de bipolaridad.
- **Melancolía:** Es un estado en donde una persona esta deprimido y no tiene interés en actividades placenteras. Las personas pasan por estados desde culpa excesiva hasta agitación psicomotriz y anorexia.

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Estado donde la persona presenta una preocupación excesiva por un tiempo aproximado de 6 meses. Esto puede ir acompañado por inquietud, fatiga, falta de concentración, irritabilidad y problemas al dormir.
- **Trastorno de pánico:** Estado en donde la persona tiene emociones de terror extremo aun sin haber peligro. Sus síntomas suelen ser el ritmo cardíaco acelerado, dolor de pecho, mareos y escalofríos, incluso puede confundirse con un ataque al corazón. Este trastorno suele ser más común en mujeres que en varones.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** Estado en donde las personas tiene pensamientos incontrolables y conductas repentinas que afecta las actividades cotidianas. Algunas investigaciones afirman que este trastorno puede ser heredado.
- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** Es una enfermedad causada por eventos traumáticos, como por ejemplo guerras, desastres naturales, pandemias, etc. Los pacientes que tienen esta enfermedad sufren de pesadillas o recuerdos involuntarios, por lo que necesitan ser tratados con terapias de apoyos o medicamentos antidepresivos.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de problema

Siendo que en la región Loreto se incrementó el índice de casos con depresión llegando incluso hasta el suicidio, y es la adolescencia la etapa de vida donde los padres deben prestar mayor atención a los cambios que presentan sus hijos sin embargo el actual ritmo de vida que se lleva genera que muchos padres no estén atentos ante estos cambios, y son los centros educativos donde los adolescentes pasan la mayor parte del día y son los compañeros de clase con quienes comparten parte de su día, por lo que no solo los padres de familia deben estar atentos antes los cuadros de ansiedad o depresión que pueden presentar los adolescentes, también los docentes de las Instituciones Educativas deben estar alertas ante estos cambios.

La adolescencia es una etapa en donde lo jóvenes sufren transformaciones tanto fisiológicas como psicológicas. Estos cambios en su mayoría causan diferentes conflictos tanto a nivel familiar como social. Durante esta etapa es importante que el joven se adapte a estos cambios que van desde la parte corporal hasta la parte psicológica. Aquí, el joven comienza a tomar sus propias decisiones que irán a definir su futuro hacia una mayor independencia social o psicológica.

El periodo adolescente no está, como lo hemos precisado, libre de conflictos adaptativos, es una etapa de cambios difíciles no exenta de periodos de ansiedad y depresión, hasta llegar -en casos muy extremos- de tentativas de suicidio, tal como señala Gómez (2008). Hay que considerar que la ansiedad y la depresión son trastornos emocionales complejos, que involucran problemas cognitivos y conductuales y, a pesar de ser distintos, guardan ciertas similitudes induciendo a confusiones.

La depresión es un trastorno mental que aumenta gradualmente en el mundo, este es una condición en donde la persona se sume en un estado

de infelicidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión afecta aproximadamente a 280 millones de personas en el mundo, siendo los más impactados los adolescentes y ancianos.

La presente investigación se formula como objetivo general determinar los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de adolescente que cursan los diferentes grados de la Educación Secundaria de la ciudad de Iquitos.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión, según Beck, en adolescentes de una institución educativa, Distrito de Iquitos 2024?

2.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024?
- 2) ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024?
- 3) ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024?
- 4) ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la depresión en los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes

(tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, Distrito de Iquitos 2024.

2.3.2. Objetivos específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas de los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024.
- 2) Determinar los niveles de ansiedad en los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024.
- 3) Identificar los niveles de depresión en los adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024.
- 4) Determinar la relación entre la ansiedad y la depresión en adolescentes (tercero, cuarto y quinto grado) de una institución educativa, distrito de Iquitos 2024.

2.4. Justificación de la investigación

Justificación teórica: La presente investigación permitió determinar objetivamente, a través un trabajo de campo procesado estadísticamente y con un diseño no experimental, de tipo correlacional, para confirmar el planteamiento teórico que postula que la ansiedad y la depresión se encuentran relacionados significativamente.

Justificación metodológica: Aplicamos un enfoque correlacional para asociar la ansiedad y depresión. Este análisis es muy robusto para el análisis de asociación y realizar inferencias, esta prueba es ampliamente usado en investigaciones clínicas.

Justificación práctica: Cuando identifiquemos la relación entre la ansiedad y la depresión en adolescentes secundarios de Iquitos nuestros resultados podrían servir como base para mejorar el sistema educativo. Las

instituciones podrán desarrollar medidas preventivas y de control frente a este trastorno mental. Nuestra investigación sería los cimientos para que las autoridades tomen decisiones orientadas al fortalecimiento de la estabilidad emocional de nuestros jóvenes. Nuestro objetivo es que creen lugares donde se trate., rehabilite esta enfermedad para posteriormente los pacientes sean reinsertado de manera exitosa en la sociedad. A continuación, mencionamos las razones de viabilidad de nuestra investigación:

- 1) Los trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión, es relevante abordar para mejorar la salud mental de la población, especialmente de los estudiantes.
- 2) Permitted conocer la situación actual de la ansiedad y la depresión en jóvenes de las instituciones educativas de nuestra ciudad.
- 3) Nuestros resultados ayudaron a las entidades interesadas (salud y educación) a mejorar las medidas de prevención y control para estos trastornos mentales.
- 4) Permitted formular recomendaciones para mejorar la productividad de los profesionales de la salud mental en los colegios.
- 5) Tuvimos toda la viabilidad relacionados a la logística para la ejecución de nuestra investigación.
- 6) Contamos con el apoyo profesional para la ejecución y análisis de nuestro proyecto respetando siempre todas las normas éticas o morales.
- 7) Nuestros resultados podrán servir como base para futuras investigaciones relacionado con la ansiedad y depresión.

2.5. Hipótesis y variables

2.5.1. Hipótesis general

Existe relación directa y significativa entre los niveles de ansiedad

y depresión en adolescentes de una institución educativa, Distrito de Iquitos 2024.

2.6. Variables

2.6.1. Identificación de las variables

variable 1: Grado de Ansiedad

variable 2: Grado de Depresión

2.6.2. Definición conceptual y operacional de las variables

Definición conceptual de ansiedad: Es el estado en donde una persona se encuentra agitado y con sensación de alerta por la anticipación del peligro. También, podría ser la combinación de síntomas tanto cognitivos como fisiológicos, donde la persona busca una solución al peligro. Normalmente esta enfermedad puede percibirse con total claridad (Sierra, 2003).

Definición conceptual de depresión: Es un estado en donde la persona presenta una tristeza persistente en el tiempo y por la pérdida de interés frente actividades placenteras. También, es la pérdida de la capacidad para realizar actividades cotidianas causadas por agotamiento físico, falta de apetito y problemas al dormir. Juntos estos los niveles más altos de depresión es cuando la persona tiene pensamientos de autolesión o suicidio. (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

2.6.3. Operacionalización de las variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
V1. Depresión	• Ausencia (0-9) • Depresión Leve (10-15) • Depresión moderada (16-23) • Depresión grave (24-63)	Incremento progresivo de la tristeza, pérdida progresiva del interés en las actividades placenteras, problemas al realizar las actividades cotidianas. Agotamiento progresivo; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; baja concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio.	Escala Ordinal tipo Likert
V2. Ansiedad	• Ansiedad muy baja (00–21) • Ansiedad moderada (22–35) • Ansiedad severa (35 a más)	Estado creciente de agitación e inquietud muy desagradables caracterizados por sentimientos de anticipación del peligro, predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, Se combinan los síntomas cognitivos y fisiológicos, expresándose en una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con creciente nitidez.	Escala Ordinal tipo Likert

CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1. Tipo de investigación

Aplicaremos el método hipotético-deductivo sugerido por Bunge (2006) en donde indica que: 1) Primero planteamos el problema, en este caso la ansiedad y la depresión; 2) Segundo, formulamos las hipótesis, y 3) Tercero, validamos nuestra hipótesis mediante el razonamiento deductivo.

El tipo de investigación fue descriptiva – explicativa porque describió las variables analizadas y explicó el grado de relación entre ellas. Aplicamos el método cuantitativo porque obtendremos valores numéricos a través de los cuestionarios aplicados. Finalmente, nuestro estudio fue de corte transversal porque la información fue obtenida en un lugar y en un momento determinado (Sánchez, 2005). Además, realizamos análisis correlacional ya que la investigación midió el grado de relación existente entre dos o más variables (Cazau, 2006). Según Hernández *et al.* (2010) indica que una investigación correlacional pretende asociar variables mediante un patrón de una población. Por lo tanto, nuestra investigación tuvo como finalidad determinar el grado de asociación que existe entre nuestras variables (ansiedad, depresión y estudiantes de colegio).

Todos nuestros análisis estadísticos se realizaron mediante el uso del programa estadístico computarizado (Statistical Package for Social Science, SPSS Ver.25). Efectuamos el análisis de Coeficiente de Correlación de Pearson, para dar un valor significativo.

3.2. Diseño de investigación

La investigación fue de tipo “no experimental” y “corte transversal” debido a la ausencia de manipulación de las variables y porque el estudio analizo datos obtenidos de un lugar y un momento determinado (Ander, 2004).

3.3. Población y muestra

3.3.1 Población

Las personas seleccionadas para esta investigación serán alumnos del 3° 4° y 5° de secundaria de una Institución Educativa de Iquitos. Se optó por escoger a dicha población, ya que se pretende determinar los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de adolescente que cursan los diferentes grados de la Educación Secundaria. Para Hernández-Sampieri & Mendoza (2018) mencionaron que una población es el conjunto de personas u objetos de los cuales se desea conocer algo que contribuya a la investigación.

La población de nuestro estudio estuvo conformada por la totalidad de adolescentes que estudian el nivel de educación secundaria en una de una institución educativa distrito de Iquitos. 2024. La población de alumnos de Educación Secundaria está conformada 272 personas.

3.3.2 Muestra

El tamaño de nuestra muestra se decidió utilizar a la totalidad de la población para calcular nuestro “n” muestral. Por tanto, se trató de un Censo y la muestra quedó conformada por los 159 alumnos de la población.

Para calcular la cantidad de participantes de la muestra de estudio, se utilizó la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{Z^2 P (Q) N}{E^2 (N - 1) + Z^2 PQ}$$

De donde se desprende lo siguiente:

- Tipo de muestreo
- Estimación de proporciones
- Unidades de desviación típica al nivel de confianza (Z) = 1.96
- Valores de la variación de la proporción (P) = 0.5

- Valores de la variación y la proporción (Q) = 0.5
- Error máximo poblacional permitido (E) = 0.05
- Nivel de confianza elegido (NC) = 0.95
- Población total (N) = 272

$$n = 261.2288/1.6379 \quad n = 159 \text{ alumnos}$$

Cuadro1

Distribución muestral según grado, sección y sexo de alumnos IEPM 60050

Grado	Sección	Sexo		Subtotal	Total
		Masculino	Femenino		
5°	A	14	10	24	64
	B	12	10	22	
	C	10	8	18	
4°	A	14	9	23	59
	B	11	8	19	
	C	10	7	17	
3°	C	11	10	21	36
	D	10	5	15	
Sub Total		92	67	159	159

Fuente: elaboración de propia

3.3.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis del adolescente que estudia el Nivel de Educación Secundaria en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024.

a) Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

- Peruano de nacimiento
- Contar con el asentimiento informado por parte de los padres
- Tener entre 13 a 17 años
- Alumnos de sexo masculino y femenino.
- Cursar el turno mañana en la Institución Educativa República de

Venezuela

- Ser alumno activo del 3er al 5to año del Nivel de Educación Secundaria de la I.E República de Venezuela

b) Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión para el estudio fueron:

- No estar entre los 13 a 17 años
- No ser alumno activo del Nivel de Educación Secundaria en la Institución Educativa República de Venezuela.
- No contar con el asentimiento informado para participar en el estudio.

3.4. Técnicas, instrumentos de investigación

3.4.1 Técnica

Usamos la técnica de “observación por encuesta”, este procedimiento fue sugerido por García Ferrando (1993) en donde indico que: Las encuestas usadas para obtener y analizar información proveniente de una muestra. Con ellos pretendemos explorar, describir, analizar y predecir un fenómeno. De la misma forma, Sierra (1994) menciona que las encuestas podemos obtener mediante la interrogación de los miembros de la sociedad. Esta técnica es el más usado en investigaciones sociológicas.

Nuestro estudio utilizo dos cuestionarios para evaluar la ansiedad y la depresión en estudiantes de colegio mayores de 13 años. Por ello la muestra estuvo conformado por alumnos de secundaria de una institución educativa. Los cuestionarios fueron validados y sometidos a estudios de confiabilidad en nuestro país.

3.4.2 Instrumentos psicológicos

a) Inventario de ansiedad de Beck

Se mide a través del Beck Anxiety Inventory (BAI) que consta de 21 ítems diseñados para evaluar el grado de ansiedad de las personas. Cada ítem se valoriza en una escala de 0 a 3.

0 = En absoluto

1 = Levemente

2 = Moderadamente

3 =

Severam

ente

Compon

entes

Claves:

- Síntomas físicos: como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, entre otros.
- Síntomas cognitivos: como miedos, pensamientos negativos y preocupaciones excesivas.

b) Inventario de Depresión de Beck

Se mide a través del Beck Depression Inventory (BDI) y consta de 21 ítems, diseñados para evaluar el grado de depresión de las personas. Cada ítem se valoriza en una escala de 0 a 3; donde 0 indica la ausencia de un síntoma y 3 indica la presencia severa de ese síntoma.

Componentes Claves:

- Síntomas emocionales: tristeza, pérdida de interés o placer en actividades.
- Síntomas cognitivos: sentimientos de culpa, baja autoestima, pensamientos de suicidio.
- Síntomas físicos: cambios en el apetito, problemas de sueño, fatiga.

La depresión presenta dos dimensiones:

- Dimensión Cognitivo Afectiva: Tristeza, pesimismo, fracasos del pasado, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de

castigo, autocríticas, llanto, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, pérdida de interés

- Dimensión Conductual Fisiológica: Disconformidad con mi mismo, pensamientos o deseos de suicidio, agitación, pérdida de energía, irritabilidad, dificultad de concentración y cansancio o fatiga.

3.5. Procedimientos de recolección de datos

Se llevaron a cabo los siguientes procedimientos para la recolección de los datos:

1. Coordinación con las instituciones educativas para la aplicación de nuestra encuesta.
2. Aplicamos y calificamos las encuestas a los estudiantes.
3. Todos los datos fueron analizados estadísticamente en el Programa Estadístico SPSS V. 25.
4. Analizamos y corroboramos la correlación entre las variables para finalmente sacar nuestras conclusiones.

3.6. Procesamiento de la información

Contrastamos las hipótesis a través del análisis correlacional. Mason y Lind (1998) definen que el coeficiente de correlación es el grado de asociación entre las variables de estudio, este puede ser positivo o negativo. Todo análisis estadístico va acompañado de un valor de significancia ($p=0.05$)

3.6.1. Estadística descriptiva

a) Fórmula de la Media (Medida de Tendencia Central):

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

b) Fórmula de la Desviación Estándar (Medida de Variabilidad):

$$(\sum fX)^2$$

$$\sigma^2 = \frac{\sum fX^2}{n}$$

$$s = \frac{\sum fX^2}{n - 1}$$

3.6.2 Estadística inferencial

Los valores de coeficiente de correlación están entre 0 a 1, cuanto más cerca de 1 está la relación es directa, cuando más lejos la relación podría ser inversa. Aquí, usamos la correlación de Pearson en donde su fórmula es:

$$r = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Para el ingreso de los datos se construirá una matriz de datos de la siguiente manera:

	Ansiedad (S ₁)	Depresión (S ₂)
O ₁	R ₁	R ₂
O		
O		
O ₁₅₉	R ₁₅₉	R _{159/2}

En donde O son las "unidades de análisis", es decir, la muestra a los que se le aplicarán el Cuestionario sobre Ansiedad (S_1) y el Cuestionario sobre Depresión (S_2). La letra "R" se refiere a los valores obtenidos en ambas variables.

3.6.3 Nivel de significación

El nivel de significación asumido será el de $p: 0.05$.

3.6.4 Análisis de los datos

Todos los resultados fueron contrastados con la hipótesis acorde a su valor estadístico. Las hipótesis fueron aceptadas o rechazadas según su valor de significancia ($p=0.05$). Nuestros resultados fueron representados mediante gráficos o tablas.

3.7. Aspectos éticos

Seguimos las consideraciones éticas sugeridas por Trujillo (2017) las cuales fueron:

- Colocamos todas las referencias bibliográficas usadas en nuestra investigación mediante la norma de citación correspondiente.
Respetamos la confidencialidad y transparencia de los datos, por lo que comunicamos desde un principio a todos los participantes cual fue el objetivo de nuestra investigación y contar con su consentimiento.
- No discriminamos a ningún participante por su raza, sexo o religión. Explicamos a los participantes que nuestra investigación es importante para entender los trastornos mentales como la ansiedad y depresión
- No violamos ningún derecho relacionado a la institución educativa en donde se realizó nuestra investigación. Fuimos totalmente transparente con las autoridades educativas sobre la información obtenida de los alumnos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Estadística Descriptiva

4.1.1. Características sociodemográficas de la muestra

Se aprecia en la tabla anterior que la mayor cantidad de estudiantes proceden de la zona de Iquitos, 67 alumnos (42,1%). Le sigue los estudiantes de la zona de Belén con 35 alumnos (22%). El 15,1% (24 alumnos) de la muestra proviene de San Juan Bautista y finalmente la zona de Punchana aporta 22 alumnos (13,8%). Es importante mencionar que los alumnos en la categoría “Otros” son estudiantes extranjeros que no son estables en el lugar donde viven (**Tabla 1, Gráfico 1**).

Tabla 1. Distribución de la muestra general por zona de procedencia

<i>Procedencia</i>	<i>fi</i>	<i>%</i>	<i>% Valido</i>	<i>% Acumulado</i>
Iquitos	67	42,1%	42,1%	42,1%
San Juan bautista	24	15,1%	15,1%	57,2%
Belén	35	22,0%	22,0%	79,2%
Punchana	22	13,8%	13,8%	93,1%
Otros	11	6,9%	6,9%	100,0%
Total	159	100%	100.0	

Fuente: Elaboración propia

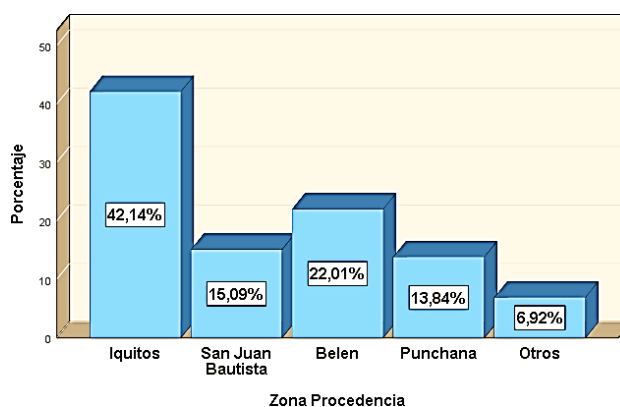


Gráfico 1. Procedencia de los alumnos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Distribución de la muestra por nivel educativo y sexo

Grado/Sección	Sexo		Fi	%
	Varones	Mujeres		
3° CD	21	15	36	23%
4° ABC	35	24	59	37%
5° ABC	36	28	64	40%
Total	92	67	159	100%
Porcentaje	58%	42%		

Fuente: Elaboración propia

Se aprecia en la tabla anterior que la mayor cantidad de alumnos y alumnas se ubican en las tres secciones del Quinto Año de Educación Secundaria (40%) y que la menor cantidad se ubican en las tres secciones del Tercero Año de Educación Secundaria (23%).

Tabla 3. Distribución de la muestra por grupo etario y con quien vive el alumno

<i>Edad (años)</i>	fi	%
13	29	18%
14	31	19%
15	36	23%
16	38	24%
17	25	16%
Total	159	100%
Con quien vive el alumno	fi	%
Padres	74	47%
Mamá	33	21%
Abuelos	28	18%
Papá	18	11%
Parientes	6	4%
Total	159	100%

Fuente: Elaboración propia

Se aprecia en la tabla anterior que la mayor cantidad de alumnos y alumnas se ubican en el grupo etario de 16 años (24%) siguiéndole el grupo etario de 15 años (23%). El grupo con menor cantidad de participantes es el que corresponde al de 17 años (16%). Respecto a la vivencia de los alumnos, se

observa que la mayoría de alumnos vive con ambos padres (47%), siguiéndole aquellos alumnos que sólo viven con su mamá (21%). Los alumnos que viven con sus parientes (4%) son los menos.

4.1.2. Características de ansiedad de la muestra Distribución de la ansiedad a nivel de la muestra general

Tabla 4. Distribución de la ansiedad a nivel de la muestra general

<i>Nivel de ansiedad</i>	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Ansiedad Baja	6	3.8%	3.8%	3.8%
Ansiedad media	88	55,3%	55,3%	59,1%
Ansiedad Alta	65	40,9%	40,9%	100.0%
Total	159	100%	100%	

Fuente: Elaboración propia

Se aprecia que la ansiedad baja afecta a 6 (3,8%) alumnos de la muestra total (159 alumnos). El 55,3% de la muestra presenta ansiedad media, mientras que el 40,96% de la muestra presenta ansiedad alta. Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico:

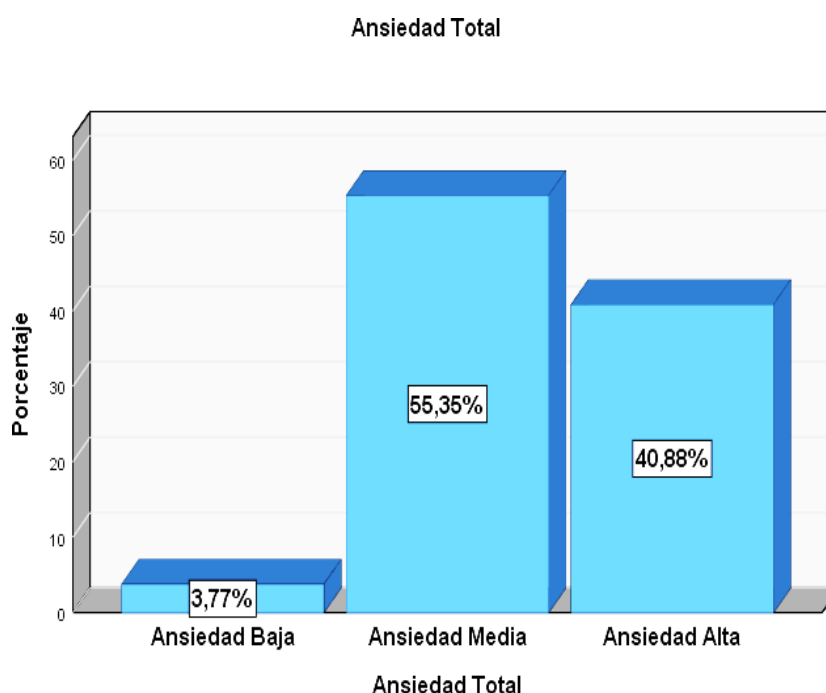


Gráfico 2. Ansiedad general. Fuente: Elaboración propia

4.1.3. Características de depresión de la muestra Distribución de la depresión a nivel de la muestra general

Tabla 5. Distribución de la Depresión a nivel de la muestra general

	<i>Nivel de depresión</i>	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Validos	Ausencia de Depresión	20	12,6%	12,6%	12,6%
	Depresión Leve	28	17,6%	17,6%	30,2%
	Depresión Moderada	44	27,7%	27,7%	57,9%
	Depresión Grave	67	42,1%	42,1%	100,0%
Total		159	100%	100%	

Fuente: Elaboración propia

Se aprecia que la depresión grave afecta a 67 (42,1%) alumnos de la muestra total (159 alumnos). El 12,6% de la muestra presenta ausencia de depresión, el 17,6% de la muestra presenta depresión leve y el 27,7% de la muestra presenta depresión moderada. Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico:

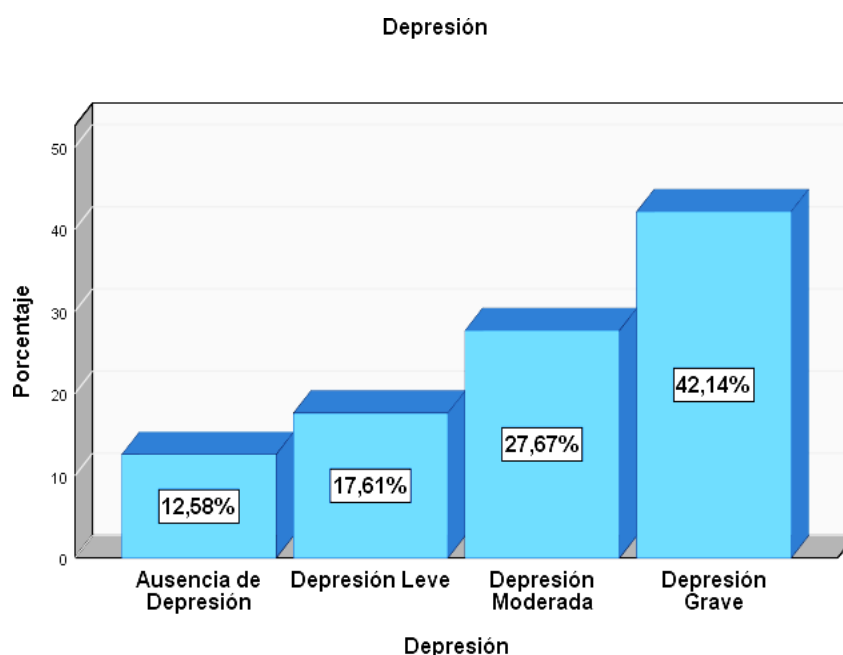


Gráfico 3. Depresión general. Fuente: Elaboración propia

4.1.4. Promedios en ansiedad y depresión de la muestra Promedios en Ansiedad y Depresión a nivel de la muestra general

La muestra del estudio presento los siguientes promedios en ansiedad y depresión:

Tabla 6. Promedios en ansiedad y depresión a nivel de la muestra general

Zonas	Promedios en Ansiedad	Promedios en Depresión
Iquitos	33,96	33,88
San Juan Bautista	31,31	30,62
Belén	33,17	33,03
Punchana	34,36	34,65
Otros	32,09	30,32

Fuente: Elaboración propia

Estos promedios pueden apreciarse en el siguiente gráfico:

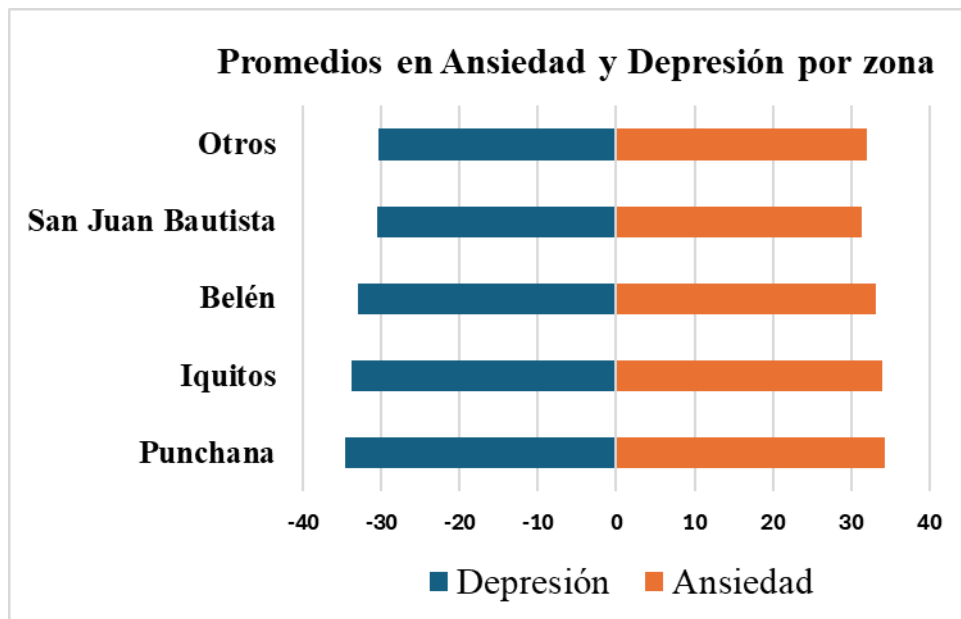


Gráfico 4. Ansiedad vs Depresión por zona. Fuente: Elaboración propia

4.1.5. Ansiedad y depresión según con quien vive el alumno

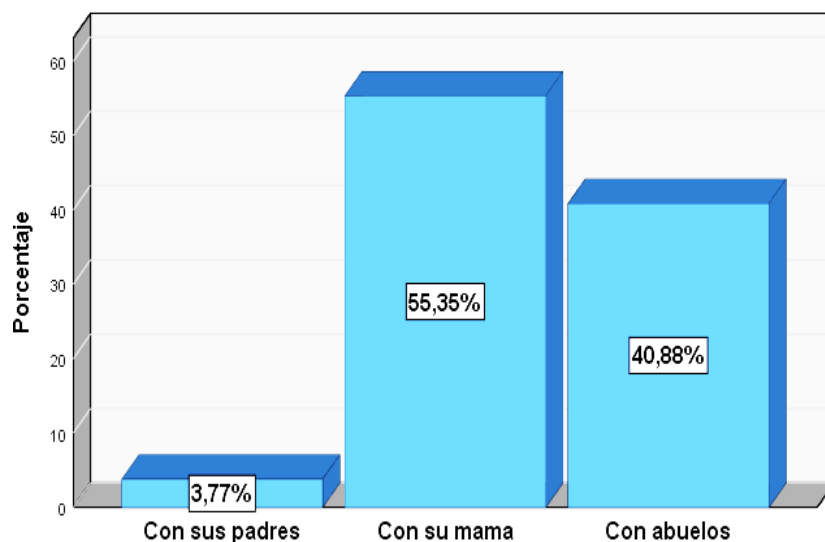
Tabla 7. Ansiedad según con quien vive el alumno

Con quien vive	Promedios en Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Con ambos padres	6	3,8%	3,8%	3,8%
Con su mamá	88	55,3%	55,3%	59,1%
Con los abuelos	65	40,9%	40,9%	100.0%
Total	159	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Se observa que los alumnos que viven solos con su mamá (55,3%) son los que presentan rasgos de ansiedad, los que viven con sus abuelos (40,9%) presentan también rasgos de ansiedad y que los alumnos que viven con ambos padres solo el 3,8% presenta rasgos de ansiedad. Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Ansiedad según con quien vive



Ansiedad según con quien vive

Gráfico 5. Ansiedad según con quien vive el alumno. Fuente: Elaboración propia

Depresión según con quien vive el alumno

Tabla 8. Depresión según con quien vive el alumno promedio

en				
Con quien vive	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Con sus padres	20	12,58%	12,58%	12,58%
Con su mamá	28	17,61%	17,61%	30,19%
Con abuelos	44	27,67%	27,67%	57,86%
Con papá	67	42,14%	42,14%	100,0%
Total	159	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Se observa que los alumnos que viven con su papá (42%) son los que presentan mayores rasgos de depresión, los que viven con sus abuelos (27%) presentan también rasgos de depresión y que los alumnos que viven con ambos padres solo el 12% presenta rasgos de depresión. Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico:

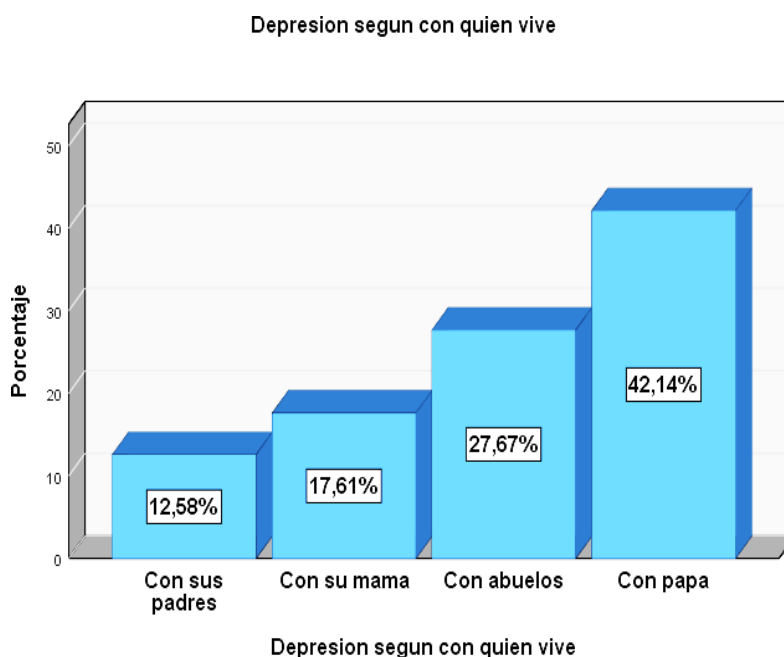


Gráfico 6. Depresión según con quien vive el alumno. Fuente: Elaboración propia

4.2. Estadística inferencial

Con el fin de determinar el tipo de estadística (paramétrica o no paramétrica) para comprobar la hipótesis general planteada se recurrió, en primer lugar, a determinar la asimetría y curtosis de la distribución de las puntuaciones en las dos variables de estudio, lográndose los siguientes resultados:

Tabla 9. Estadísticas Inferencial muestra general

		Ansiedad	Depresión
N	Valido	159	159
	Perdidos	0	0
Asimetría		-,460	-,195
Error estándar de asimetría		,192	,192
Curtosis		-,588	-,576
Error estándar de Curtosis		,383	,383

Fuente: Elaboración propia

Los datos reportados por la asimetría y curtosis nos llevan a presumir que la distribución de las puntuaciones es una distribución normal.

Con el fin de esclarecer esta distribución se procedió a solicitar al procesador estadístico los histogramas de ambas variables con los siguientes resultados:

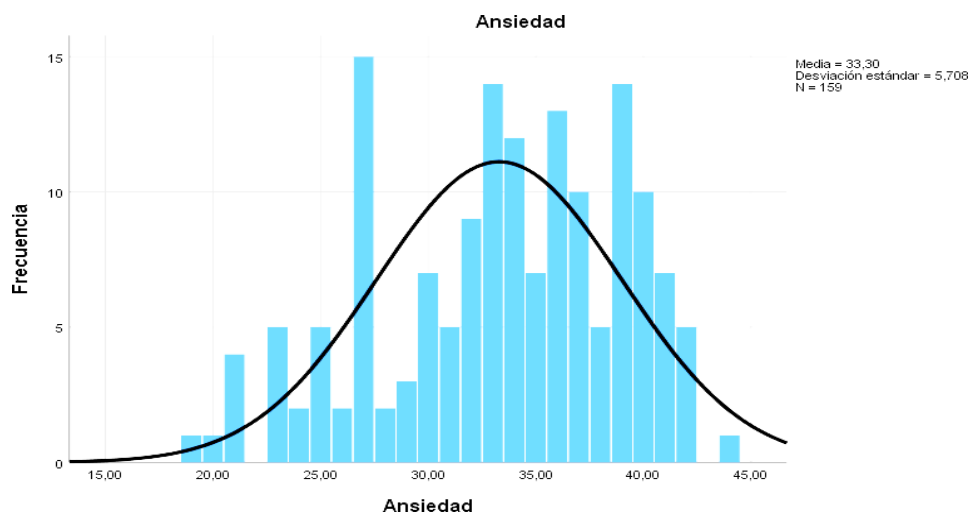


Gráfico 7. Frecuencia de la ansiedad

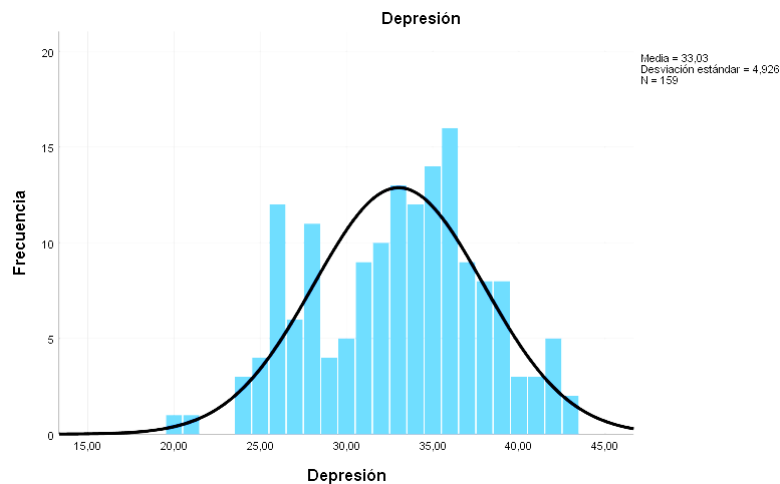


Gráfico 8. Frecuencia de la Depresión

Los histogramas no revelan la alta probabilidad de que la distribución de los puntajes sea una distribución normal. Finalmente, se recurrió a la aplicación de la Prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar la normalidad o no de la distribución de los puntajes cuando la muestra excede los 50 sujetos.

Tabla 10. Prueba de Kolmogorov Smirnov para una muestra

		Ansiedad	Depresión
N		159	159
Parámetros normales^{a,b}	Media	33,2956	33,0252
	Desv.	5,70759	4,92597
	Desviación		
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,096	,085
	Positivo	,065	,086
	Negativo	-,096	-,083
Estadístico de prueba		,096	,085
Sig. Asintótica (bilateral)		,001	,007 ^c

Fuente: Elaboración propia: a. La distribución de prueba es normal

b. Se calcula partir de datos

c. Corrección de significación de Lilliefors

Al ser la significación asintótica bilateral menor a $p=0.05$ se constata que la distribución de los puntajes es normal. Por tanto, la estadística correlacional a aplicarse será la estadística no paramétrica, es decir, la Correlación Rho de Spearman.

Primero se solicitó los respectivos promedios de las dos variables:

Tabla 11. Medidas de tendencia central

<i>Estadísticos descriptivos</i>			
	Media	Desv. Desviación	N
Ansiedad	33,2956	5,70759	159
Depresión	33,0252	4,92597	159

Fuente: Elaboración propia

A continuación, el procesador estadístico arrojó la respectiva correlación que al ser de 0.76 resultó ser altamente significativa a nivel $p=0.01$. Es decir, se comprobó la Hipótesis General planteada.

Tabla 12. Datos de correlación

Correlaciones				
			Ansiedad	Depresión
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,769**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	159	159
	Depresión	Coeficiente de correlación	,769**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	159	159

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

Fuente: Elaboración propia

Esta correlación entre las variables consideradas puede apreciarse en el siguiente gráfico de dispersión:

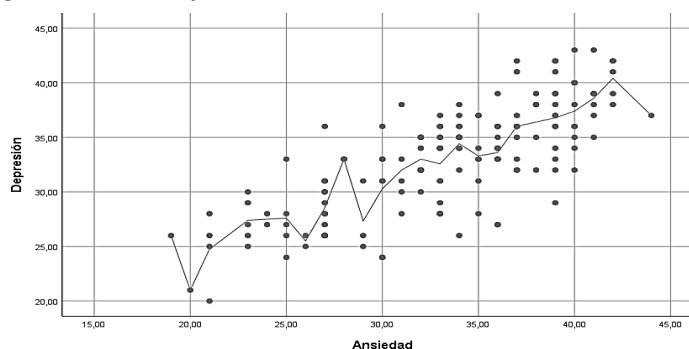


Gráfico 9. Correlación positiva. *Fuente: Elaboración propia*

Es decir, existe una marcada relación entre la ansiedad y la depresión en la muestra considerada, ya que al incrementarse los niveles de ansiedad aumentan correlativamente los niveles de depresión. Por tanto, se consideró comprobada la hipótesis general.

CAPITULO V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN

La distribución de los puntajes encontradas en las variables ansiedad y depresión fue una distribución no-normal según lo determinó la Prueba de Kolmogorov Smirnov, por lo que las medidas de correlación aplicada fueron de tipo no paramétrico, es decir, se aplicó la correlación Rho de Spearman. Los niveles de ansiedad encontrados en la muestra general predominan entre los niveles promedios medios y altos de ansiedad, lo cual permitió caracterizar a la muestra como una muestra con síntomas medios y altos de ansiedad.

Se encontró una correlación positiva y altamente significativa entre la ansiedad y la depresión en la muestra considerada, lo que implica que al incrementarse los niveles de ansiedad aumentan correlativamente los niveles de depresión. Por tanto, se consideró comprobada la hipótesis general.

Borges (2018) llevó a cabo un estudio sobre la depresión y ansiedad mediante la aplicación del PHQ en Venezuela. Se estudió la ansiedad y la depresión en adultos de atención primaria. Según el análisis sobre las variables sociodemográficas (género, edad y el estado civil) la diferencia es mínima tanto, tanto así que pocas resultaron ser estadísticamente significativas. Nuestro estudio encontramos niveles ligeramente elevados de ansiedad y depresión, además identificamos la correlación positiva y significativa entre ambas variables.

Cosíos (2015), estudió la relación entre depresión y la ansiedad en adolescentes, encontrando que estos trastornos mentales coexisten y podrían inducir a los jóvenes al suicidio. Este investigador mostró que dentro de una institución educativa los estudiantes presentan tanto ansiedad como depresión, entre el 20 y 5% respectivamente. En comparación a nuestros hallazgos estos resultaron fueron niveles muy bajos en relación a los niveles encontrados por nosotros. Estos resultados

podrían explicarse por los altos niveles de inseguridad presente en nuestra ciudadana, Iquitos. Esta investigación, al igual que nuestra investigación encontró relaciones estadísticamente significativas superiores a 0.50 entre las dos variables consideradas.

Villegas (2020) encontró una relación significativa (Pearson $\rho = ,665$; $p < 0,05$) entre la depresión y ansiedad en estudiantes de secundaria (4to y 5to) de un colegio en Lima. Este estudio al igual que nosotros usaron las encuestas o inventarios de Beck para medir tanto la depresión como la ansiedad. Independientemente de la diferencia en los tamaños de muestra, entre nosotros (159 estudiantes) vs. Villegas 45 estudiantes, nuestros resultados concuerdan plenamente. A pesar de, de la diferencia en el tamaño de la muestra el resultado fue el mismo. Es decir, si existe relación significativa entre la depresión y la ansiedad.

Sernaque (2022) también encontró relación significativa ($Rho = ,678$) entre la ansiedad y depresión en alumnos de secundaria del departamento de Huancavelica. Este investigador examinó a 85 alumnos de secundaria de la sierra y nosotros a 159 alumnos de la selva. Nuestros resultados coincidieron plenamente lo que nos indica que independientemente de la ubicación geográfica que está el alumno la relación entre la ansiedad y la depresión es la misma. Es decir, un alumno de la sierra va tener el mismo nivel de ansiedad y depresión que un alumno de la selva.

Pinto (2018) describió que los estudiantes de la universidad de San Agustín en Arequipa sufrían de ansiedad y depresión, 69 y 43% respectivamente. En nuestra muestra identificamos que la frecuencia de depresión puede ir de moderada a grave entre un 27.6 a 42.1%. De la misma forma, registramos que la ansiedad de nuestra muestra puede ir de mediana a alta entre 40.96 a 55.3%. Esto nos muestra que independientemente del grado académico que se encuentra el estudiante presentaran estos trastornos mentales quizás con la misma frecuencia. Por lo tanto, nuestros hallazgos coinciden con los encontrados por este

investigado por lo que se confirma una relación positiva y significativa entre ambas variables.

Angulo y Cahuachi (2022) investigaron los efectos de la ansiedad y la depresión en estudiantes secundarios (4to y 5to) durante la pandemia en un colegio durante el 2021 y encontraron que el 19% de ellos tuvieron ansiedad. Referente al análisis de depresión encontraron que el 3% sufrían de este trastorno. Estos datos resaltan que, la ansiedad tuvo mayor efecto en comparación a la depresión durante la pandemia. Por lo que, comparándolos con nuestros hallazgos la distribución de la ansiedad tiene efectos similares.

En cuanto a la vinculación entre la Ansiedad y la Depresión, según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), alrededor del 60% de las personas con trastorno depresivo mayor también experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad. Esta correlación positiva entre ambas condiciones indica que no solo pueden coexistir, sino que los síntomas de una pueden exacerbar los de la otra.

5.2. CONCLUSIONES

- 1) En función al objetivo específico 1 de la investigación se procedió determinar y describir las características sociodemográficas. El mayor % de nuestros adolescentes evaluados fueron varones (58%) y del total de la muestra 47% vivía con sus padres y el 42% eran del distrito de Iquitos. Además, identificamos que el 66% de los alumnos tuvieron entre 14 y 16 años.
- 2) En función al objetivo específico 2 de la investigación se procedió determinar y describir los niveles de ansiedad en los adolescentes. Concluimos la predominancia de la ansiedad entre media y alta en el 96% de los estudiantes del 3ro a 5to de secundaria de un C.E. público del distrito de Iquitos, 2024. Del total de la muestra solo el 55% de ellos viven con su madre y los estudiantes provenientes del distrito de Punchana e Iquitos presentaron los valores más altos de ansiedad.
- 3) En función al objetivo específico 3 de la investigación se procedió determinar y describir los niveles de depresión en los adolescentes. Concluimos la predominancia de la depresión entre moderada y grave en el 70% de los estudiantes del 3ro a 5to de secundaria de un C.E. público del distrito de Iquitos, 2024. Del total de la muestra solo el 42% de ellos viven con su papa y los estudiantes provenientes del distrito de Punchana e Iquitos presentaron los valores más altos de ansiedad.
- 4) En función al objetivo específico 4 de la investigación se determinó la correlación entre la ansiedad y la depresión en adolescentes. Concluimos que existe una correlación positiva y altamente significativa entre ambas variables.
- 5) Al comprobarse los cuatro objetivos específicos del estudio se comprobó el objetivo general formulado en la respectiva Hipótesis General.

5.3. RECOMENDACIONES

- Para mejorar la relación entre la ansiedad y el bienestar psicológico en los adolescentes y jóvenes, se recomienda realizar más investigaciones teóricas y experimentales, así como desarrollar estrategias de afrontamiento mixtas para una mayor efectividad en menos tiempo y con menores costos.
- Se deben desarrollar talleres de capacitación en salud mental para adolescentes, tanto escolarizados como no escolarizados, para entrenarlos en mecanismos de afrontamiento y prevención.
- Fomentar o mejorar los ambientes recreativos para que los estudiantes realicen actividades físicas puede mejorar su estado de ánimo.
- Finalmente, se debe fomentar un ambiente seguro, promover relaciones positivas, proporcionar información objetiva sobre estos trastornos, mantener comunicación con los profesores y enseñar resiliencia a los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Angulo Arévalo, E. A., & Cahuachi Gómez, M. C. (2022). Ansiedad y depresión en tiempo de emergencia sanitaria por Covid 19 en estudiantes del 4to y 5to año de una institución educativa, Iquitos–2021. Universidad Científica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.14503/2043>
- Ander Egg, Ez. (2004) Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires. Humanitas.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bañuelos M, Planella M, de Giacomi F. (2019). Trastornos afectivos (I): Síndrome depresivo en AAVV, Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico. Editorial Panamericana, Madrid 2019.
- Borges Grün, T. (2018) Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Madrid, 2018. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/16286f23-b1e7-4898-a0f1-8073ca853dae/content>
- Bunge, M. (2006) La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Cáceres, S. (2017). Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento académico en estudiantes de una facultad en una Universidad Privada de Lima Matropolitana. (Tesis de Maestro). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cazau, Pablo (2006) Introducción a la investigación en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cosíos Sarmiento, A. G. (2015) Depresión y Ansiedad en adolescentes del Colegio Calasanz de Loja mediante la Herramienta 23 del Ministerio de Salud Pública. Universidad Nacional de Loja. Área de Salud Humana. Medicina. Loja. Ecuador.
- D'acunha Maggi, Daniela Paola (2019) Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico. Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Psicología. Lima, Perú.
- Del Barrio, V. (2014). Depresión mayor y distimia. En Ezpeleta, L. y Toro, J. (Coords.), *Psicopatología del Desarrollo*, 301-324. Madrid: Pirámide.
- Díaz Chiroque, Claudia y Serrato Rojas, Kimberly del Milagro (2017) Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una Asociación Civil Privada de Chiclayo. Julio- noviembre. 2016. Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Pimentel.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. 1995. MASSON, S.A.

Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, Chiu WT, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, He Y, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lund C, Kovess-Masfety V, Levinson D, Navarro- Mateu F, Pennell BE, Sampson NA, Scott KM, Tachimori H, Ten Have M, Viana MC, Williams DR, Wojtyniak BJ, Zarkov Z, Kessler RC, Chatterji S, Thornicroft G. (2018). *Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys*. Psychol Med. 2018;48(9):1560- 1571. DOI: 10.1017/S0033291717003336

García Ferrando M. La encuesta. En: Garcia M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; p. 141-70.

García Medina, Pablo et al. (2012) Ansiedad y depresión: investigación e intervención.

Granada: Comares S.L.

Gómez Restrepo C. (2008) Trastornos Afectivos: Trastornos Depresivos. In Restrepo G, Bayona H, Urreño R. Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 2008. p. 303- 3016.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado C., Baptista Lucio M. del P. (2010) Metodología de la investigación. México. McGraw Hill. ISBN: 978-1-4562- 2396-0

Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.

Leonardo Gomez, Jherson y cols. (2023) Adaptación y validación del Inventario de ansiedad de Beck en jóvenes peruanos. liber. vol.29 no.2 Lima jul./dic. 2023 Epub 18-Oct-2023. <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2023.v29n2.715>

López-Ibor, J. J. (1969). La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo.

Mason, A & Lind, M. (1998) Estadística para Administradores. México. McGraw Hill.

Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En Caballo, V. y Simón M.A. (Comps.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, 139-185. Madrid: Pirámide. ISBN 978-84-368-1577-1, págs. 139-185

Mendoza Peralta, Linci Smit (2019) Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes, 2018. Universidad Nacional de Tumbes. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela Profesional de Psicología. Tumbes, Perú.

Nobile M, Cataldo GM, Marino C, Molteni M. (2003). Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs*. 2003;17(13):927-46. doi: 10.2165/00023210-200317130-00001. PMID: 14533944.

Ocas Rodríguez, Lina Ivonne (2021) Estrés, ansiedad y depresión en el personal de Salud del Primer Nivel de Atención durante la Pandemia de COVID – 19. Lima, 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina. Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Lima – Perú. 2021.

Organización Panamericana de la Salud (2022) Depresión. OPS.

Paredes Osorio, Katherine Emily (2021) Niveles de ansiedad y depresión del personal de enfermería del Área COVID-19 de un Hospital de Huanta. Universidad Continental. Facultad de Humanidades. Escuela Académico Profesional de Psicología. Huancauyo 2022.

Pinto Galvez, F. L. (2018) Ansiedad y depresión en los estudiantes de la especialidad de Físico-Matemática de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa – 2018. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Facultad de Ciencias de la Educación. Especialidad: Físico Matemática. Arequipa Perú. 2019. Rojas, E, (2013) La ansiedad. España: Grupo Planeta.

RAE. (2018). Real Academia de la Lengua Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=VXs6SD8>

Sánchez Carlessi, H. (2005). Metodologías y diseños en la investigación científica. Lima. HSC.

Sernaque Curasma, A. P. (2022). Ansiedad y depresión en alumnos de secundaria de una institución educativa pública de Ccasapata, 2022. Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20500.12692/101128>

Sanz, M. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatr. Integral*. Asociación española de psiquiatría infanto-juvenil. Disponible en: <https://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed19.1pags24-29.pdf>

Schlatter, N. J. (2003). La ansiedad: un enemigo sin rostro. España: EUNSA. Disponible en: <https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/e0e19e3a44e1765ff3436a28c3b1b21b.pdf>

Sierra Bravo R. (1994) Técnicas de Investigación social. Madrid: Paraninfo.

Sierra, Juan Carlos (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar Subj. v.3 n.1 Fortaleza mar. 2003.

Villegas Inga, K. V. (2020). Depresión y ansiedad en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de una institución educativa de Lima-San Juan de Lurigancho, 2020. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. <https://hdl.handle.net/20500.13032/30604>

ANEXOS

ANEXO 01. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema General ¿Es posible identificar y determinar los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024? Problemas Específicos 1) ¿Es posible identificar y determinar los niveles de ansiedad en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024? 2) ¿Es posible identificar y determinar los niveles de depresión en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024?	Objetivo General Determinar los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024. Objetivos Específicos 1) Determinar los niveles de ansiedad en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024. 2) Determinar los niveles de depresión en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024	Hipótesis General Existe relación directa y significativa entre los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes que estudian en una institución educativa Distrito de Iquitos 2024	Depresión Incremento progresivo de la tristeza, pérdida progresiva del interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, incapacidad creciente para llevar a cabo las actividades cotidianas. Pérdida progresiva de la energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio. Ansiedad Hace referencia a un estado creciente de agitación e inquietud muy desagradables caracterizados por sentimientos de anticipación del peligro, predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, Se combinan los síntomas cognitivos y fisiológicos, expresándose en una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con creciente nitidez.	V1. Depresión Ausencia (0-9) Depresión Leve (10-15) Depresión moderada (16-23) Depresión grave (24-63) V2. Ansiedad Ansiedad muy baja (00–21) Ansiedad moderada (22–35) Ansiedad severa (35 a más)	Tipo de investigación: Descriptiva Nivel de investigación: Explicativa Enfoque: Mixto Corte: Transversal Método: Cuantitativo Diseño: Correacional. Estadístico: Correlación Producto Monto de Pearson. Procesador: SPSS 25.

ANEXO 02: Carta de presentación a la Institución para el Estudio de Investigación



San Juan Bautista, 26 de setiembre de 2024.

OFICIO N° 2170-2024-UCP-FCS

SEÑOR:
LIC. HENRY TEVES PINEDO
DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA REPÚBLICA DE
VENEZUELA N° 60050
Presente.

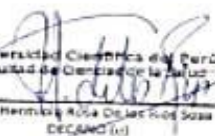
ASUNTO: SOLICITO FACILIDADES PARA EL INGRESO A SUS
INSTALACIONES, PARA LA RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y asimismo solicitarle autorización para ingresar a las instalaciones de la Institución Educativa República de Venezuela N° 60050, la cual se encuentra a su cargo, a la Srta. **RUTH VIVIANA MACCA CHOTA**, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, quien se encuentra realizando su anteproyecto de tesis, titulado **NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITO DE IQUITOS, 2024**. Actualmente se encuentra en la etapa de aplicación de los instrumentos de recojo de información para el trabajo de campo, motivo por el cual solicito dicho permiso, con el fin de conseguir los datos requeridos.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Universidad Científica del Perú
Facultad de Ciencias de la Salud
Mgr. Hermelinda Rosa Cisneros
DECANO (U)



ANEXO 03: Carta de Autorización de la Institución para el Estudio de Investigación.

	I.E.P.B.M. N° 60050 " REPUBLICA DE VENEZUELA " CALLE BOTO. LORES 464 / CALVO DE ARAUJO 482 - TELF. 233258 QUITO - PERU	
---	---	---

"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de la heroica batalla de Junín y Ayacucho"

Iquitos, 27 de setiembre del 2024

Carta N° 003-ID-IEP°60050 "RV"/24

Señorita
Ruth Viviana Macca Chota
Bachiller de Psicología de la UCP

ASUNTO: Autoriza permiso para la aplicación de los instrumentos.
REF. : Oficio N°270-2024-UCP-FCS
.....

La presente tiene como finalidad dar respuesta al documento de referencia. Y asimismo brindarle la autorización para la aplicación de los instrumentos de recojo de información para el trabajo de campo, en la Institución Educativa.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
DIRECCIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

CC
DIEP
Sec /gmd

ANEXO 04. Consentimiento informado de participación en estudio de investigación

Padres de Familia.

La Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Científica del Perú apoya la práctica de obtener el consentimiento informado y proteger a los estudiantes que participen en la investigación.

La siguiente información tiene por objeto ayudarle a decidir si aceptará la participación de su menor hijo/a en el presente estudio. Usted está en libertad de retirar a su hijo/a del estudio en cualquier momento.

Para tal efecto se le pedirá que responda al Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. Nos interesa estudiar los Niveles de ansiedad y depresión en adolescentes de nivel secundaria en una institución educativa, distrito de Iquitos. 2024. usted

Nos gustaría que participará de esta investigación, pero tal participación es estrictamente voluntaria. Les aseguramos que su nombre no se mencionará en los hallazgos de la investigación. La información sólo se identificará mediante un código numérico.

Si le gustaría tener información adicional acerca del estudio antes o después que finalice, puede ponerse en contacto conmigo por teléfono o por correo 997589676 ruthmacca2901@gmail.com.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

ANEXO 05. Instrumento de Investigación

Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Seudónimo:

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.

Debe marcar una sola

alternativa por cada ítem, “En absoluto” quiere decir “nunca”. Lea cada uno de los ítems

atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Edad en años cumplidos:

Grado de Instrucción: Inicial () Primaria () secundaria

Nº	Signos o síntomas	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.				
2	Acalorado.				
3	Con temblor en las piernas.				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareado, o que se le va la cabeza.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8	Inestable.				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nervioso.				
11	Con sensación de bloqueo.				
12	Con temblores en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos.				

19	Con desvanecimientos.				
20	Con rubor facial.				
21	Con sudores, fríos o calientes.				

ANEXO 06: Ficha técnica del Instrumento de Ansiedad

1.	Título	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
2.	Autores	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
3.	Editor de adaptación española:	Pearson Educación, S.A
4.	Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:	2011
5.	Duración	5 -10 minutos
6.	Áreas de aplicación	Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense
7.	Formato de los ítems	Tipo Likert
8.	Número de ítems:	21 ítems
9.	Soporte	Administración oral. Papel y lápiz
10	Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable	Puede aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o más).

11. Consigna:

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Debe marcar una sola alternativa por cada ítem, “En absoluto” quiere decir “nunca”. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

12. Baremación:	Ansiedad muy baja	(00–21)
	Ansiedad moderada	(22–35)
	Ansiedad severa	(35 a más)

Tabla 1: GENERACIÓN DE BAREMOS ANSIEDAD

Escala De Calificación	Categoría
1	Ansiedad muy baja
2	Ansiedad moderada
3	Ansiedad severa

Tabla 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del
procesamiento de los casos

	N	%
<i>Válidos</i>	20	100,0
<i>Excluidos</i>	0	,0
<i>Total</i>	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,90	21

El inventario de ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

Donde

α = Alfa de Cronbach

V_i =

Varianza de
cada Ítem V_t

= Varianza
total

K = Número de Ítems

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,90; indicando que es altamente confiable.

ANEXO 07 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

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

1. **Tristeza**
 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
 2. Estoy triste todo el tiempo.
 3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. **Pesimismo**
 0. No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.
 1. Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.
3. **Fracaso**
 0. No me siento como un(a) fracasado(a).
 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.
4. **Pérdida de placer**
 0. 0 obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
 1. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. **Sentimiento de Culpa**
 1. No me siento particularmente culpable.
 2. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 3. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 4. Me siento culpable todo el tiempo.
6. **Sentimientos de castigo**
 0. No siento que estoy siendo castigado(a).
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
 2. Espero ser castigado(a).
 3. Siento que estoy siendo castigado(a).
7. **Disconformidad con Uno Mismo**
 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 1. He perdido la confianza en mí mismo(a).
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo(a).
 3. No me gusto a mí mismo(a).
8. **Autocrítica**
 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 1. Estoy más crítico(a) conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
9. **Pensamientos o Deseos Suicidas**
 0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1. He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
 2. Querría matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. **Llanto**

- 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11. Agitación**
- 0. No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.
 - 1. 1 Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
 - 2. Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
 - 3. Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés**
- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1. Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.
 - 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3. Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**
- 0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 - 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión
- 14. Desvalorización**
- 0. No siento que yo no sea valioso(a).
 - 1. No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
 - 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3. Siento que no valgo nada.
- 15. Pérdida de Energía**
- 0. Tengo tanta energía como siempre.
 - 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 - 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
 - 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.
- 16. Cambio en los Hábitos de Sueño**
- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2. Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día.
 - 3. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
- 17. Irritabilidad**
- 0. No estoy más irritable que lo habitual.
 - 1. Estoy más irritable que lo Habitual.
 - 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 - 3. Estoy irritable todo el tiempo.
- 18. Cambios en el Apetito**
- 0. 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 - 1. 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 2. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo.
- 19. Dificultad de Concentración**
- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
 - 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 - 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
- 20. Cansancio o Fatiga**
- 0. No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.
 - 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2. Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo

ANEXO 08: Ficha técnica del instrumento de depresión

Nombre del test	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento
Autor de la adaptación española	de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
Fecha de la publicación del test	2011 en su adaptación española El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa,
Descripción	pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Las personas responden las preguntas en una escala de 4 puntos, los cuales van del 0 al 3, dependiendo de la gravedad. En el caso que el participante haya marcado dos o más respuestas en una pregunta, se considerará la respuesta de puntaje mayor para su posterior corrección.
Administración	Individual y colectiva
Duración	5 -10 minutos
Formato de los ítems	Tipo Likert
Número de ítems:	21 ítems
Soporte	Administración oral. Papel y lápiz Novara, Sotillo y Warton (1985, en García, 2015) realizaron un estudio con 178 pacientes en el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” acerca de la validez, confiabilidad y estandarización del Inventario, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, cuyo resultado fue 0.75. Se encontró una consistencia interna de la prueba total con el Alfa de Cronbach, cuya correlación promedio entre
Validez y confiabilidad	los reactivos es altamente significativo (0.90). Nishida (1998, en García, 2015), realizó un estudio con 200 pacientes del Cono Norte con tuberculosis pulmonar, en donde los 21 ítems del Inventario arrojaron un nivel de significancia de $p<0.001$. En cuanto al nivel de consistencia interna, el Inventario presenta un alto nivel de confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.84 y un nivel de significancia de $p<0.001$.

11. Consigna

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

12. Baremación:

Niveles y rangos del cuestionario depresión

Tabla 1: GENERACIÓN DE BAREMOS DEPRESIÓN

Nivel	Puntaje
Depresión ausente o mínima	0 – 13
Depresión leve	14 – 19
Depresión moderada	20 - 28
Depresión grave o severa	29 - 63

Fuente: (Cáceres, 2017)

Tabla 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
<i>Válidos</i>	20	100,0
<i>Excluidos</i>	0	,0
<i>Total</i>	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,94	21

El inventario de depresión de Beck consta de 21 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

Donde

α = Alfa de Cronbach

V_i =

Varianza

de cada

Ítem V_t =

Varianza

total

K = Número de Ítems

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,94; indicando que es altamente confiable.

Ficha Técnica del Instrumento de evaluación de la Depresión

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (2006). Fue valorada a través del Inventario de depresión de Beck, escala de autoevaluación que detecta la presencia de síntomas depresivos y cuantifica su gravedad. Administración: Individual y colectiva. Duración: Entre 5 a 10 minutos. Aplicación: 13 años en adelante. Consta de 21 ítems, en cada uno la persona debe elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas; esta se valora de 0 a 3, con un total de 63 puntos. Se clasifica según su gravedad en 0-13, sin depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión severa.

- Dimensión Cognitiva Afectiva. Suma de los ítems: 1,2,3,4,6,8,10,13,14, 21 y 23.
- Dimensión Conductual Fisiológica: Suma de los ítems: 5,7,9,11,15,17,19 y 20.

Ficha técnica del instrumento de evaluación de la ansiedad

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (2008). Editor de adaptación española: Pearson Educación, S.A. El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y

63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja, 22–35 - Ansiedad moderada y más de 36 Ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.