



U N I V E R S I D A D
AUTÓNOMA
D E I C A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADEMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA
2024

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CALIDAD DE VIDA, RESILIENCIA Y BIENESTAR
PSICOLÓGICO

PRESENTADO POR:

CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

DOCENTE ASESOR

MG. WALTER JESÚS ACHARTE CHAMPI

CÓDIGO ORCID N°0000-0001-6598-7801

CHINCHA, 2025

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Chincha, 09 de abril del 2025

Mg. Jose Yomil Perez Gomez
Decano de la Facultad de salud
Universidad Autónoma de Ica.

Presente. -

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarla e informar que el Bach. **CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE**, de la Facultad de salud, del programa Académico de PSICOLOGÍA, ha cumplido con elaborar su:

PROYECTO DE TESIS



TESIS



TITULADO:

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024”

Por lo tanto, queda expedito para continuar con el procedimiento correspondiente para solicitar la emisión de la resolución para la designación de Jurado, fecha y hora de sustentación de la Tesis para la obtención del Título Profesional.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal. Cordialmente,



Firmado digitalmente por:
ACHARTE CHAMPI WALTER
JESUS FIR 45549528 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 09/04/2025 17:00:22-0500

MG. ACHARTE CHAMPI WALTER JESUS
CODIGO ORCID: 0000-0001-6598-7801
DNI: 45549528

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA INVESTIGACIÓN



DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE identificado con DNI N°73748171, en mi condición de estudiante del programa de estudios de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024 declaro bajo juramento que:

- La investigación realizada es de mi autoría
- La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni auto plagio en su elaboración.
- La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el investigador no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

15%

Autorizamos a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta, 09 de abril del 2025



CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE
DNI: 73748171

CERTIFICACION A LA VUELTA →



0112993223



**NOTARIA
GUTIERREZ DIAZ JORGE GUILLERMO
SERVICIO DE AUTENTICACIÓN E IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA**



INFORMACIÓN PERSONAL

DNI 73748171
Primer Apellido COYLA
Segundo Apellido QUISPE
Nombres CHRISTIAN ALVARO

CORRESPONDE

La primera impresión dactilar capturada corresponde al DNI consultado. La segunda impresión dactilar capturada corresponde al DNI consultado.


COYLA QUISPE, CHRISTIAN ALVARO
DNI 73748171

**INFORMACIÓN DE CONSULTA
DACTILAR**

Operador: 44886090 - Mariuz
Maraza Rojas

Fecha de Transacción: 09-04-2025
14:52:05

Entidad: 10024453478 - GUTIERREZ
DIAZ JORGE GUILLERMO

VERIFICACIÓN DE CONSULTA

Puede verificar la información en línea en:
<https://serviciosbiometricos.reniec.gob.pe/identifica3/verification.do>

Número de Consulta: 0112993223



CERTIFICO: Que la firma que anteceden en el presente documento corresponden a:
CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE con D.N.I.N.° **73748171**.-----
VERIFICACIÓN BIOMÉTRICA: Se deja constancia que la identidad del otorgante ha sido
realizada mediante el servicio de verificación biométrica del RENIEC.-SE LEGALIZA LAS
FIRMAS MAS NO EL CONTENIDO, DEL CUAL EL NOTARIO NO ASUME LA
RESPONSABILIDAD.- Juliaca, 09 de abril de 2025 (lu).-----



JORGE G. GUTIERREZ DIAZ
NOTARIO DE SAN ROMAN
JULIACA



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante, mi refugio en los momentos de dificultad y la fuente inagotable de fortaleza y esperanza en mi vida.

A mi madre, Elizabeth, por su amor infinito, su apoyo incondicional y los sacrificios que ha hecho para verme alcanzar este sueño. Este logro es tanto mío como suyo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de Ica, por abrirme sus puertas y proporcionarme las herramientas necesarias para mi formación profesional. A mi asesor MG. Walter Acharte, por su dedicación y orientación durante este proceso. También quiero expresar mi profundo agradecimiento a la Dra. Silvia Cruz por brindarme la oportunidad de desarrollar mi tesis en su institución. Asimismo, extendiendo mi reconocimiento a todas las personas que, de alguna forma, hicieron posible la realización de este proyecto y contribuyeron a la materialización de esta meta.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, tipo básico, de diseño no experimental y de nivel correlacional, con una población de 65 pacientes que acuden al puesto de salud 9 de octubre, a los cuales se les aplicó dos cuestionarios, las escalas de Zung, para medir la ansiedad y la depresión. **Resultados:** En el puesto de salud 9 de octubre en Juliaca, se encontró que una gran mayoría de los pacientes enfrenta desafíos emocionales significativos: Ansiedad: El 92,3% presenta algún grado de ansiedad, siendo la leve a moderada la más común (43,1%). Un 7,7% experimenta ansiedad intensa. Depresión: El 87,7% muestra síntomas de depresión, con el 33,8% en niveles moderados a intensos y el 12,3% enfrentando depresión intensa. **Conclusión:** Existe relación significativa, directamente proporcional con una intensidad baja entre la ansiedad y depresión ($p=0,005$; $Rho=0,324$).

Palabras clave: ansiedad, somático, depresión, correlación, clientes, trastorno.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between Anxiety and Depression in adult patients attending the 9 de Octubre Santa Flora Health Center, Juliaca 2024. **Methods:** Quantitative approach, basic type, non-experimental design, and correlational level, with a population of 65 patients attending the 9 de Octubre Health Center. Two questionnaires were applied to them: the Zung scales, to measure anxiety and depression. **Results:** To be completed when the table is available. **Conclusion:** There is a significant relationship, directly proportional with low intensity, between anxiety and depression ($p=0.005$; $Rho=0.324$).

Keywords: anxiety, somatic, depression, correlation, clients, disorder.

INDICE

Portada	i
Constancia de aprobación de investigación	ii
Declaratoria de autenticidad de la investigación	iii
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Índice de tablas académicas	xi
Índice de figuras	xi
I. INTRODUCCIÓN	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2.1 Descripción del problema	14
2.2 Pregunta de investigación general	15
2.3 Preguntas específicas	15
2.4 Objetivo general y específicos.....	16
2.5 Objetivos específicos.....	16
2.6 Justificación e importancia	17
2.7 Alcances y limitaciones	18
III. MARCO TEORICO	20
3.1 Antecedentes.....	20
3.2 Bases teóricas	26
3.3 Marco conceptual	44
IV. METODOLOGÍA.....	46
4.1 Tipo y nivel de investigación.....	46
4.2 Diseño de la investigación	46

4.3 Hipótesis general y específicas	47
4.4 Identificación de variables	48
4.5 Matriz de operacionalización de variables	49
4.6 Población – Muestra	54
4.7 Técnicas e instrumentos de recolección de información	55
4.8 Técnicas de análisis y procesamiento de datos	57
V. RESULTADOS	58
5.1 Presentación de resultados	58
5.2 Interpretación de resultados	67
VI. ANALISIS DE RESULTADOS	71
6.1 Análisis inferencial	71
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	78
7.1 Comparación de resultados	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	85
Anexo 1 Matriz de consistencia	86
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	90
Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición	96
Anexo 4: Base de datos	99
Anexo 5: Evidencia fotográfica	111
Anexo 6: Informe Turnitin al 28% de similitud	111

Índice de tablas académicas

Tabla 1 Matriz de operacionalización de la variable ansiedad	49
Tabla 2 Matriz de operacionalización de la variable depresión	51
Tabla 3 Ficha técnica para del instrumento para ansiedad	55
Tabla 4 Ficha técnica para del instrumento para depresión	56
Tabla 5 Edad de los pacientes	58
Tabla 6 Sexo de los pacientes	58
Tabla 7 Nivel de ansiedad de los pacientes	59
Tabla 8 Nivel de la dimensión cognitiva de los pacientes	60
Tabla 9 Nivel de la dimensión somática de los pacientes	61
Tabla 10 Nivel de la depresión de los pacientes	62
Tabla 11 Nivel de la dimensión estado afectivo persistente de los pacientes	63
Tabla 12 Nivel de la dimensión trastornos fisiológicos de los pacientes ..	64
Tabla 13 Nivel de la dimensión trastornos psicomotores de los pacientes	65
Tabla 14 Nivel de la dimensión trastornos psíquicos de los pacientes.....	66
Tabla 15 Prueba de normalidad de los datos	71
Tabla 16 Correlaciones entre las variables ansiedad y depresión	72
Tabla 17 Correlación entre Ansiedad y la dimensión estado afectivo persistente	73
Tabla 18 Correlación entre ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos	74
Tabla 19 Correlación entre ansiedad y trastornos psicomotores	76
Tabla 20 Correlación entre ansiedad y trastornos psíquicos.....	77

Índice de figuras

Figura 1 Edad de los pacientes.....	58
Figura 2 Sexo de los pacientes.....	59
Figura 3 Nivel de ansiedad de los pacientes	60
Figura 4 Nivel de la dimensión cognitiva de los pacientes.....	61
Figura 5 Nivel de la dimensión somática de los pacientes.....	62
Figura 6 Nivel de la depresión de los pacientes	63
Figura 7 Nivel de la dimensión estado afectivo persistente de los pacientes	64
Figura 8 Nivel de la dimensión trastornos fisiológicos de los pacientes...	65
Figura 9 Nivel de la dimensión trastornos psicomotores de los pacientes	66
Figura 10 Nivel de la dimensión trastornos psíquicos de los pacientes ...	67

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta emocional y fisiológica natural ante situaciones de estrés o incertidumbre. Sin embargo, cuando esta respuesta se vuelve excesiva, constante o irracional, puede convertirse en un problema que afecta negativamente la vida diaria de las personas. El trastorno de ansiedad implica una preocupación persistente, miedos intensos o sensaciones de inquietud que pueden ocurrir sin una amenaza real y constante, interfiriendo en las actividades cotidianas, las relaciones y el bienestar general.

La depresión es un trastorno mental caracterizado por una tristeza profunda y persistente que afecta tanto el estado emocional como físico de una persona. Este trastorno puede interferir en las actividades cotidianas, disminuyendo la capacidad de una persona para funcionar en su vida diaria. Además de la tristeza, la depresión puede manifestarse con una serie de síntomas, como la pérdida de interés o placer en actividades que antes eran placenteras, fatiga constante, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y dificultades para concentrarse.

En el capítulo I, se encuentra la introducción, en el capítulo II, la descripción de la realidad problemática, en el capítulo III, el marco teórico, en el capítulo IV, metodología, en el capítulo V, resultados; en el capítulo VI, Análisis de resultados; en el capítulo VII, discusión de resultados. Conclusiones y recomendaciones. Referencia bibliográfica. Y para concluir los anexos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trastorno de ansiedad es uno de los trastornos mentales más comunes. Aproximadamente 3.6% de la población mundial adulta (alrededor de 300 millones de personas) experimenta algún tipo de trastorno de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico, las fobias o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En segundo lugar, la depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, debido a su impacto en la capacidad de las personas para llevar a cabo actividades cotidianas. Según la OMS, más del 5% de la población adulta mundial sufre de depresión. Esto representa alrededor de 280 millones de personas.

A nivel internacional en Chile. Según un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, aproximadamente 1 de cada 5 chilenos (alrededor del 20%) ha experimentado síntomas de depresión a lo largo de su vida. Al igual que en otros países, las mujeres son más propensas a sufrir de depresión que los hombres, con una prevalencia aproximadamente doble en mujeres. En cuanto a los trastornos de ansiedad, la Encuesta Nacional de Salud de Chile estima que alrededor del 11% de la población adulta sufre de trastornos de ansiedad en algún momento de su vida. Esto representa a más de 2 millones de chilenos. Al igual que la depresión, los trastornos de ansiedad afectan principalmente a mujeres, especialmente en forma de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastornos de pánico.

A nivel nacional En cuanto a los trastornos de ansiedad, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2018 estima que aproximadamente el 10% de la población adulta en Perú ha experimentado un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. entre otros. Al igual que con la depresión, la ansiedad es más frecuente en las mujeres y en los jóvenes. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2018,

aproximadamente 6.5% de la población adulta en Perú sufre de depresión en algún momento de su vida. Esto significa que más de 2 millones de personas en Perú podrían estar afectadas por la depresión. La prevalencia es más alta en las mujeres (aproximadamente el doble) que, en los hombres, y también es mayor en las personas que enfrentan desigualdades sociales y económicas, como aquellas en áreas rurales o con niveles educativos más bajos. En resumen, más del 10% de la población adulta de Perú sufre de algún trastorno de ansiedad, y alrededor del 6% tiene depresión. Ambos trastornos son más prevalentes en mujeres, jóvenes y personas de bajos recursos.

A nivel regional hubo un estudio en la provincia de San Román distrito de Juliaca cuyo objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión Se aplicaron encuestas en línea de HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) y HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) durante los meses de septiembre y octubre de 2020 a 326 personas: varones (184) y mujeres (142) cuyas edades oscilaban entre 35 a 63 años. Los resultados indican que la prevalencia de ansiedad y depresión fue mayor para mujeres que para varones. En conclusión, la prevalencia global de ansiedad, fue de 15,34%, con mayor prevalencia de ansiedad para las mujeres (16,90%) que para los varones (14,13%); mientras que la prevalencia global de depresión fue de 16,87% con mayor prevalencia para las mujeres (19,01%) que para los varones (15,22%).

2.2 Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?

2.3 Preguntas específicas

Pregunta específica 1

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?

Pregunta específica 2

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?

Pregunta específica 3

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?

Pregunta específica 4

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?

2.4 Objetivo general y específicos

2.4.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

2.5 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024

Objetivo específico 4

Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024

2.6 Justificación e importancia

Justificación teórica:

Aaron Beck (1967), la ansiedad proviene principalmente de pensamientos disfuncionales o distorsionados que causan una visión demasiado negativa o alarmista de las circunstancias. Beck, creador de la Terapia Cognitiva, afirma que la ansiedad no se limita a una simple reacción emocional o física ante una amenaza externa, sino que está fuertemente determinada por los patrones de pensamiento de cada individuo.

Sigmund Freud (1917), reconocido como el padre del psicoanálisis, fue pionero en abordar la depresión desde una perspectiva psicodinámica. Para Freud, la depresión se comprende como una reacción emocional ante la pérdida de una figura clave (ya sea real o simbólica) en la vida de la persona, lo que provoca una identificación con el objeto perdido.

- Justificación practica

El propósito de este estudio y sus resultados, es proporcionar una base robusta para investigaciones venideras, con el fin de diseñar

programas preventivos que contribuyan a disminuir o erradicar los efectos de la ansiedad y la depresión en pacientes de diversos centros y establecimientos de salud en Perú, favoreciendo la mejora de su calidad de vida.

- Justificación metodológica

La investigación se realizó mediante un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental, lo que facilitó un adecuado análisis de los datos estadísticos. Para la recopilación de la información, se utilizaron los siguientes instrumentos: la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung y la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung, los cuales fueron aplicados de manera presencial a los pacientes que asistieron al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Importancia

El presente estudio es de gran relevancia, ya que se enfocó en establecer la relación entre la ansiedad y la depresión, con el fin de sentar las bases para futuras investigaciones que permitan desarrollar estrategias eficaces para un manejo adecuado de esta problemática en la población en cuestión. Además, se pretende que los resultados que se obtuvieron en esta investigación fortalezcan los conocimientos de los profesionales de la salud mental, mejorando la intervención y el abordaje de este problema. Esto contribuirá con nuevos enfoques para comprender mejor el comportamiento de estas variables, especialmente en el contexto global actual, el cual impacta la salud mental no solo de la población estudiada, sino también de la sociedad en general.

2.7 Alcances y limitaciones

Alcance espacial: La investigación fue llevada a cabo en la provincia de Juliaca, específicamente en el Puesto de Salud 9 de

octubre, ubicado en la dirección Jr. Alfonso Ugarte N° 151, Urb. Santa Flora.

Alcance temporal: La investigación se desarrolló en el año 2024-2025 durante los meses de noviembre 2024 a marzo 2025, y respecto a la aplicación e instrumentos fue en el mes de diciembre 2024.

Alcance social: Pacientes adultos que asistieron al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca.

Limitaciones: La presente investigación dependió de la participación y disponibilidad de los pacientes que asistían al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora, pues su horario de asistencia es variable y el tiempo para la aplicación de los instrumentos se tiene que extender. Asimismo, algunos pacientes deciden no participar en encuestas psicológicas debido al estigma social asociado a los problemas de salud mental, la falta de motivación o interés, la incomodidad que pueden generar preguntas sobre temas sensibles, o dificultades prácticas como la escasez de tiempo o problemas de acceso.

III. MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes

Internacionales

Guardado (2021) México realizó un estudio sobre la evaluación de la ansiedad y la depresión en pacientes diagnosticados con neumonía por COVID-19 en hospitales generales. El **objetivo** principal fue analizar la relación entre estos trastornos emocionales y la evolución médica de los pacientes desde su ingreso. La **metodología** fue de tipo longitudinal y contó con la participación de 57 pacientes confirmados. Los **resultados** mostraron que un 30% de los pacientes presentó ansiedad y un 9% depresión. En **conclusión**, tanto la ansiedad como la depresión se manifestaron al inicio de la hospitalización, disminuyendo gradualmente a medida que avanzaban los días de estancia en el hospital.

Flores (2021) Ecuador llevó a cabo un estudio sobre el estrés, la ansiedad y la depresión en una muestra de trabajadores ecuatorianos. Este estudio cuyo **objetivo** fue analizar la ansiedad y depresión tuvo como **metodología** descriptiva incluyó a 95 participantes, a quienes se les aplicó el cuestionario de Beck para evaluar los niveles de ansiedad y depresión. Los **resultados** revelaron que el 65% de los trabajadores presentaban niveles de ansiedad, mientras que el 34% mostraron síntomas de depresión. Como **conclusión**, se observó que la ansiedad superó en prevalencia a la depresión entre los encuestados.

Cardozo, W., Pineda, D., Barbosa, N. y Velasco, K. (2020) Colombia llevaron a cabo la investigación titulada Depresión y ansiedad durante el confinamiento obligatorio por COVID-19 en una ciudad de Santander, con el **objetivo** de evaluar la presencia de estas dos condiciones. Utilizando una **metodología** descriptiva, el estudio incluyó una muestra de 130 personas. Los **resultados** indicaron que los participantes ya mostraban signos de ansiedad antes de la declaración de la emergencia sanitaria por el COVID-19. En

conclusión, los resultados del estudio muestran que la ansiedad ya estaba presente antes del confinamiento por COVID-19, sugiriendo que la pandemia pudo haber agravado problemas emocionales preexistentes. Esto resalta la necesidad de fortalecer el apoyo psicológico y las estrategias preventivas en situaciones de crisis.

Espinoza, Díaz y Hernández (2020) Cuba realizaron un estudio titulado Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto institucionalizado, Ciudad de La Habana – Cuba, cuyo **objetivo** fue evaluar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores. La investigación tuvo una **metodología** descriptiva y transversal, y la muestra estuvo conformada por 19 adultos mayores a quienes se les aplicaron el Inventario de Depresión Rasgo-Estado y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, así como entrevistas semiestructuradas. Los **resultados** mostraron que, en cuanto a la ansiedad como estado, el 57,9% de la población evaluada presentó síntomas, mientras que la depresión como estado fue predominante en el 100% de los participantes. En relación a la ansiedad como rasgo, se observó que el 100% de los adultos mayores presentaron este rasgo, mientras que la depresión como rasgo afectó al 52,6%. En **conclusión**, el estudio revela que los adultos evaluados presentan niveles medios y altos de ansiedad y depresión, sugiriendo que la terapia Mindfulness podría ser una intervención útil para mejorar su calidad de vida en función de estos indicadores.

Lliguisupa, Álvarez, Bermejo, Ulloa y Estrada (2020) Ecuador llevaron a cabo un estudio que titula niveles de depresión en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Homero Castanier Crespo con el **objetivo** de determinar los niveles de depresión en estos adultos mayores. La población estuvo compuesta por 120 adultos mayores, de los cuales 82 aceptaron participar en la investigación. Esta investigación fue de **metodología** descriptivo y transversal, y se utilizó la Escala de Depresión de Yesavage (GDS-15) como instrumento para la recolección de datos. Los **resultados** mostraron que el 35.3% de los adultos mayores

presentaron depresión leve, el 11% tuvieron depresión establecida, y el 53.7% no presentaron síntomas depresivos. En **conclusión**, la prevalencia de depresión encontrada fue superior a la reportada a nivel nacional, y no se encontró una asociación significativa entre las comorbilidades y la depresión según los resultados del cuestionario de Yesavage.

Nacionales

Barba R. y Torres L. (2021) Perú llevaron a cabo en Ica la tesis titulada Depresión y ansiedad en el confinamiento por COVID-19 en habitantes de la Urbanización Villa Club, Tinguíña, con el **objetivo** de determinar si existe una relación entre estas dos variables. Se trató de un estudio con **metodología** descriptiva y correlacional, con una muestra de 75 personas a quienes se les aplicaron las Escalas de Beck y Hamilton. Se utilizó la prueba Rho de Spearman para el análisis de los datos, y los **resultados** obtenidos fueron los siguientes: el 88% de los participantes presentaron depresión en un nivel mínimo, mientras que el 63% experimentaron un nivel leve de ansiedad. En **conclusión**, los autores indicaron que no se encontró una relación significativa entre la ansiedad y la depresión, aunque sí se observó la presencia de niveles de ansiedad y depresión en los participantes.

Aquise (2020) Lima Perú llevó a cabo un estudio titulado Nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la Junta Vecinal Pueblo Libre-Tacna 2020, con el **objetivo** de identificar los niveles de ansiedad en la población durante la pandemia. La investigación adoptó un **enfoque** descriptivo y no experimental, con una población de 200 habitantes, de los cuales se seleccionó una muestra de 66 personas. Para la recolección de datos, se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los **resultados** indicaron que los niveles de ansiedad en la muestra eran leves, con un 71% de mujeres y un 79% de hombres mostrando ansiedad leve. En cuanto a las dimensiones de la ansiedad, la más frecuente fue la dimensión

psíquica (59%), seguida de la somática (41%). En **conclusión**, los hombres presentaron una mayor prevalencia de ansiedad leve (79%). En conclusión, el estudio reveló que los niveles de ansiedad en los habitantes de la Junta Vecinal Pueblo Libre fueron leves.

Zegarra J. (2021) Perú realizó en Lambayeque un estudio titulado Depresión y ansiedad ante la pandemia en mujeres gestantes del P.S. Las Flores en Pimentel, cuyo **objetivo** fue evaluar la relación entre estas dos dimensiones. La investigación fue de **metodología** descriptiva y correlacional, y contó con la participación de 54 mujeres gestantes a quienes se les aplicaron las Escalas de Depresión de Beck y de Ansiedad de Spielberger. Los **resultados** obtenidos mostraron que predominó la depresión grave entre las participantes, mientras que los niveles de ansiedad fueron medios. En **conclusión**, no se encontró una relación significativa ($p > 0.05$) entre ambas variables.

Loayza M. y Muñoz C. (2021) Perú en ese mismo contexto realizaron en Huancavelica el estudio titulado Ansiedad y su relación con la depresión en pacientes del C.S. de Andahuaylas 2021. El **objetivo** de la investigación fue determinar la relación entre ambas condiciones. La **metodología** fue correlacional y se trabajó con una muestra de 188 pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Goldberg. Los **resultados** revelaron que el 92% de los participantes presentaron síntomas de ansiedad, mientras que el 90% mostraron síntomas de depresión. En **conclusión**, los autores hallaron una relación directa y muy significativa entre la ansiedad y la depresión, con un valor de $p = 0.000$ y un coeficiente de correlación de Pearson de 0.368.

Mena L. y Cornejo L. (2021) Perú De igual manera realizaron en Cusco la investigación titulada Ansiedad y depresión en adultos mayores del Programa Amachay durante la pandemia por COVID-19, con el **objetivo** de identificar la relación entre ambas condiciones. Se trató de un estudio cuya **metodología** fue

descriptiva, con una muestra de 127 participantes a quienes se les aplicó un instrumento diseñado por los propios autores. A través del análisis estadístico con la prueba Rho de Spearman, se encontraron los siguientes **resultados**: la mayoría de los participantes presentó un nivel bajo de ansiedad (39%), mientras que el 54% reportó niveles altos de depresión. En **conclusión**, se evidenció una relación recíproca entre ansiedad y depresión, de modo que, a mayor presencia de ansiedad, se observó un mayor nivel de depresión.

Regionales

Mamani (2018) Puno llevó a cabo una investigación titulada Nivel de depresión y estado nutricional en adultos mayores de 60 años del Distrito de Juli departamento de Puno, con el **objetivo** de determinar la relación entre el nivel de depresión y el estado nutricional en los adultos mayores. El estudio empleó una **metodología** descriptiva, analítica, correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 96 adultos mayores, y la muestra consistió en 80 participantes, a quienes se les aplicaron la Escala de Depresión (Test de Yesavage GDS-15) y la Valoración Mínima Nutricional (MNA). Los **resultados** mostraron que el 39% de la muestra presentaba depresión, el 32% tenía depresión leve y el 29% no mostraba síntomas depresivos. En **conclusión**, el estudio halló una relación significativa entre la depresión y el estado nutricional, indicando que ambas variables están correlacionadas.

Llanos (2023) Puno realizó un estudio titulado estilos de vida y su relación con los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 en los estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Nacional del Altiplano cuyo **objetivo** fue analizar los estilos de vida y su relación con los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 en los estudiantes. El **enfoque** del estudio fue relacional, transversal, prospectivo y analítico. La población estuvo conformada por 450 estudiantes, y la muestra incluyó a 207 participantes. Para medir los

estilos de vida, se utilizó la Encuesta Fantástico, que consta de 10 dimensiones y 30 preguntas, adaptada a jóvenes. Para evaluar el estrés, la ansiedad y la depresión, se aplicó la Escala DASS-21

adaptada para jóvenes, que incluye 3 dimensiones y 21 preguntas. El análisis de los datos se realizó con SPSS versión 22.0 y la prueba estadística chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 5%. Los **resultados** indicaron una relación significativa entre las variables estudiadas. En cuanto a los estilos de vida, el 72% de los estudiantes presentó un estilo de vida bajo, el 18.4% tuvo un estilo de vida adecuado y solo el 5.3% mostró un estilo de vida favorable. En relación con el estrés, el 18.8% de los estudiantes experimentó estrés severo, el 18.4% estrés moderado, el 15.5% estrés leve y el 3.9% estrés extremadamente severo. En cuanto a la depresión, el 26.1% de los estudiantes presentó depresión moderada, el 14.4% depresión extremadamente severa, el 13% depresión severa y el 12.6% depresión leve. Respecto a la ansiedad, el 32.9% de los estudiantes presentó ansiedad extremadamente severa, seguido por el 24.2% con ansiedad moderada, el 16.4% con ansiedad severa y el 9.2% con ansiedad leve. En **conclusión**, la mayoría de los estudiantes tiene un estilo de vida poco saludable y experimenta altos niveles de estrés, depresión y ansiedad. Esto destaca la necesidad urgente de intervenciones para mejorar su bienestar físico y emocional.

Mamani (2021) Puno realizó una investigación titulada relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés, y el rendimiento académico durante la pandemia de COVID-19 en la I.E.S. San Juan Bosco de Puno en 2021 con el **objetivo** de determinar la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés, y el rendimiento académico. El estudio tuvo un **enfoque** correlacional-descriptivo y fue de diseño transversal no experimental. La población consistió en 177 estudiantes, de los cuales se seleccionó una muestra de 121 alumnos del segundo al quinto año de secundaria mediante muestreo aleatorio simple, aplicando criterios de inclusión y

exclusión. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de encuesta y el análisis documental, y como instrumento se aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la cual tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.80$) según el coeficiente alfa de Cronbach. Para medir el rendimiento académico, se utilizó la ficha de registro de notas. Los **resultados** mostraron que el 55.4% de los estudiantes experimentaron algún nivel de depresión, y presentaron un rendimiento académico de logro esperado. El 65.3% de los estudiantes mostró síntomas de ansiedad, con rendimiento académico de logro esperado o en proceso, mientras que el 45.5% presentó síntomas de estrés con rendimiento académico en proceso. En **conclusión**, se estableció que existe una relación significativa entre la depresión, ansiedad y estrés, y el rendimiento académico, según la prueba de chi-cuadrado, ya que el valor calculado de chi-cuadrado fue mayor que el valor tabulado

3.2 Bases teóricas

Teoría de la ansiedad

Conceptos sobre la ansiedad

Schlatter (2003) describe la ansiedad como un signo de una enfermedad subjetiva que se manifiesta como una amenaza debido a la intensidad del estímulo que afecta la vida diaria del individuo. Según este autor, la ansiedad tiene como propósito optimizar los recursos del ser humano, ya sea para enfrentar una situación estresante o para escapar, funcionando como un instinto de supervivencia. Por otro lado, Baeza et al. (2010) consideran que la ansiedad actúa como un sistema de alerta que lleva al individuo a reaccionar ante situaciones que percibe como estresantes o amenazantes. De esta manera, la ansiedad se ve como una respuesta del individuo ante un estímulo específico. Además, estos autores sostienen que la ansiedad funciona como un mecanismo de defensa que protege al individuo, ayudándole a conservar sus intereses y bienestar en relación con su entorno.

Rojas (2011) señala que la ansiedad es una emoción caracterizada por una alerta constante que genera inquietud, temor, preocupación y el miedo a perder el control. Esta sensación incómoda de preocupación surge cuando la persona se siente tensa ante una situación, pero también puede aparecer incluso cuando todo está bajo control. En estos casos, la persona experimenta la sensación de que algo negativo está a punto de suceder, lo que puede ocasionar no solo malestar emocional, sino también físico.

Baeza y colaboradores (2010) describen la ansiedad como un mecanismo de alerta que impulsa a la persona a reaccionar ante situaciones que percibe como estresantes o peligrosas. Según estos autores, la ansiedad se experimenta como una respuesta frente a una situación particular y actúa como una defensa para salvaguardar el bienestar y los intereses del individuo.

Aaron Beck (1976), la ansiedad está vinculada a patrones de pensamiento distorsionados. Beck argumenta que las personas ansiosas tienden a ver las situaciones cotidianas de forma exageradamente negativa, lo que aumenta su nivel de preocupación y temor, incluso cuando no existen riesgos reales.

Eysenck (1992), desde una perspectiva psicobiológica, plantea que la ansiedad es una respuesta emocional provocada por una activación excesiva del sistema nervioso. Este autor sugiere que las personas con niveles elevados de ansiedad son más propensas a experimentar reacciones emocionales intensas frente a estímulos que perciben como amenazantes.

Dimensiones de la ansiedad

Zung y Zung (1965) Las dimensiones que proponen son las siguientes:

Dimensión Afectiva: Esta dimensión se refiere a una forma específica de percibir la realidad, la cual puede tener un impacto considerable en la persona dependiendo de cómo ella lo permita o

lo interprete. En este sentido, los estados emocionales, también conocidos como periodos afectivos, son experimentados con mayor intensidad, y cuando esta intensidad es notable, se definen como sentimientos que surgen tras la primera manifestación emocional. Es decir, la percepción de los estímulos emocionales y cómo se procesan a nivel subjetivo juega un papel crucial en la respuesta afectiva que experimenta el individuo. Esta interpretación afectiva de los eventos puede variar entre las personas, y dependiendo de cómo se gestionen las emociones, la ansiedad puede verse amplificada, afectando el bienestar de la persona (Barrios, 2016).

Dimensión Somática: En cuanto a la dimensión somática, Zung y Zung hacen referencia a los aspectos físicos o biológicos del ser humano, considerando al individuo como un ser biopsicosocial. Esta perspectiva subraya que los aspectos físicos de la ansiedad se manifiestan a través de ciertos síntomas fisiológicos. Los indicadores somáticos asociados a la ansiedad incluyen reacciones como la sudoración excesiva, la aceleración del ritmo cardíaco, temblores, y enrojecimiento de la piel, como el rubor facial. Estos síntomas son producto de la activación del sistema nervioso autónomo, que provoca respuestas corporales automáticas frente a situaciones percibidas como amenazantes o estresantes. Estos síntomas físicos no solo reflejan la presencia de ansiedad, sino que también contribuyen a la experiencia emocional y a la percepción de malestar general (Señaris, 2017).

Tipos de ansiedad

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) describe varios trastornos de ansiedad, entre los cuales se incluyen los siguientes:

Trastorno de ansiedad generalizada: Este tipo de ansiedad implica una preocupación constante y excesiva sobre eventos futuros o actividades cotidianas.

Trastorno de pánico: Se caracteriza por episodios intensos de ansiedad y miedo que rápidamente pueden convertirse en un ataque de pánico, con síntomas como dolor en el pecho, palpitaciones rápidas y dificultad para respirar.

Agorafobia: Este trastorno se manifiesta como miedo o pánico en situaciones donde la persona se siente vulnerable o atrapada, como en el caso de volar, estar en ascensores o en espacios cerrados.

Trastornos de ansiedad social: También conocido como fobia social, se experimenta un miedo intenso en situaciones sociales, debido a la preocupación exagerada por ser juzgado por los demás.

Trastornos de ansiedad por enfermedad: Este trastorno se relaciona con preocupaciones excesivas sobre problemas de salud, llevando a una ansiedad constante.

Trastornos de ansiedad por separación: La ansiedad o miedo excesivo aparece cuando una persona se separa de su hogar o de una figura con la que tiene un fuerte vínculo emocional.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: La ansiedad en este caso es el resultado del abuso de sustancias tóxicas, como drogas, o de la abstinencia de estas, así como por el uso de medicamentos dañinos.

Sintomatología de la ansiedad

Schlatter (2003) describe varios síntomas relacionados con la ansiedad, que se pueden clasificar en:

Síntomas motores: Estos se manifiestan como tensión muscular difícil de relajar, lo que genera temblores, sensación de inquietud, agitación y fatiga.

Síntomas fisiológicos: Se deben a la activación del sistema nervioso autónomo y al aumento de hormonas como el cortisol. Entre estos síntomas, se incluyen la sudoración, sequedad en la boca, mareos, aumento del ritmo cardíaco, diarrea, entre otros.

Síntomas psicológicos: La ansiedad puede hacer que la persona deje de realizar sus actividades cotidianas en áreas como lo personal, social y laboral. Esto se refleja en signos como irritabilidad, dificultad para concentrarse, miedos y preocupaciones.

Baeza y colaboradores (2010) Por su parte agregan otros síntomas adicionales:

Síntomas cognitivos: Incluyen dificultades en los procesos cognitivos como atención, concentración y memoria. Además, se presentan preocupaciones excesivas, una visión negativa, pensamientos distorsionados centrados en lo desagradable, y tendencia a la rumiación.

Síntomas sociales: Se experimentan dificultades para iniciar o mantener conversaciones, o incluso para emitir palabras, lo que provoca una sensación de quedarse en blanco. También se presentan hostilidad y un temor desmesurado a posibles conflictos interpersonales.

Origen de la ansiedad

Litin (2018) señala que, aunque las causas exactas del trastorno de ansiedad no se encuentran completamente establecidas, existen ciertos factores y experiencias en la vida de una persona que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. Entre estos factores, se destacan los eventos traumáticos o estresantes que dejan una huella significativa en el individuo y pueden desencadenar la ansiedad, especialmente en aquellas personas que ya tienen una predisposición genética o psicológica hacia este trastorno. El autor explica que las causas generadoras de ansiedad pueden ser diversas, y las clasifica de la siguiente manera:

Causas médicas: En algunos casos, la ansiedad no surge de un problema psicológico aislado, sino que puede estar vinculada a alguna condición médica subyacente que afecta al cuerpo. Cuando esto ocurre, es fundamental que los profesionales de la salud

realicen un diagnóstico exhaustivo para identificar y abordar la causa subyacente. Entre las afecciones médicas que pueden estar asociadas con la ansiedad se encuentran:

Enfermedades cardíacas: Las afecciones del corazón pueden generar síntomas físicos que se asemejan a los de un trastorno de ansiedad, como palpitaciones, dolor en el pecho y dificultad para respirar.

Diabetes: Los problemas relacionados con el control de los niveles de azúcar en la sangre pueden provocar síntomas de ansiedad, especialmente si la enfermedad no está bien controlada.

Enfermedades respiratorias: Trastornos como el asma o enfermedades bronquiales pueden causar dificultades respiratorias y sensaciones de ahogo, lo que puede generar o empeorar los síntomas de ansiedad.

Uso inadecuado de sustancias tóxicas: El consumo de drogas, alcohol u otras sustancias psicoactivas, así como la abstinencia de las mismas, puede desencadenar episodios de ansiedad, tanto debido a los efectos directos de las sustancias como a la dependencia física y psicológica que crean.

Enfermedades de la tiroides: Alteraciones en el funcionamiento de la tiroides, como el hipertiroidismo, pueden aumentar la ansiedad debido a la influencia de las hormonas tiroideas sobre el sistema nervioso.

Tumores: Algunos tipos de tumores pueden afectar las glándulas endocrinas y alterar la producción de hormonas relacionadas con las respuestas de estrés, como el cortisol, lo que genera una sensación de ansiedad, ya que el cuerpo se activa en un estado de alerta o "lucha o huida".

Además de las enfermedades médicas, la ansiedad también puede ser provocada como un efecto secundario de ciertos medicamentos. Algunos fármacos tienen efectos secundarios que pueden inducir

síntomas ansiosos en los individuos que los consumen. Entre los medicamentos que pueden causar ansiedad se incluyen:

Betabloqueantes: Utilizados para tratar problemas cardíacos, estos medicamentos pueden causar una disminución de la frecuencia cardíaca y otros efectos que se asocian con síntomas de ansiedad.

Anticonvulsivos: Aunque estos medicamentos se usan para tratar trastornos convulsivos, en algunas personas pueden provocar efectos secundarios que incluyen ansiedad o nerviosismo.

Medicamentos para el Parkinson: Algunos fármacos utilizados en el tratamiento de esta enfermedad neurodegenerativa pueden alterar el equilibrio químico del cerebro, lo que puede generar síntomas de ansiedad.

Medicamentos que estimulan las hormonas: El uso de fármacos que alteran los niveles hormonales, como los utilizados en tratamientos para la tiroides o los anticonceptivos, también pueden desencadenar reacciones ansiosas en algunas personas.

Repercusión de la ansiedad

Baez (2002) señala que, aunque la ansiedad no causa daños físicos directos en el corazón, sí tiene un impacto negativo en el bienestar emocional. Esta condición puede generar irritabilidad, tristeza, insomnio y dificultades en las relaciones de pareja, además de provocar una sensación generalizada de insatisfacción. Estos efectos tienden a intensificarse en la adultez avanzada, ya que las personas en esta etapa se enfrentan a desafíos propios de su proceso de envejecimiento. Por lo tanto, es fundamental aprender a manejar la ansiedad de manera adecuada.

Prevención de la ansiedad

Litin (2018) menciona que, aunque no se puede prevenir la ansiedad de manera definitiva, existen medidas que pueden reducir la intensidad de los síntomas. Algunas de estas estrategias incluyen:

Buscar ayuda de inmediato: Al igual que otros trastornos, la ansiedad es más difícil de tratar si no se detecta y aborda a tiempo.

Mantenerse activo: Participar en actividades que te gusten y que te ayuden a relajarte es crucial, especialmente aquellas que te permitan sentirte bien contigo mismo y reducir el estrés.

Evitar el consumo de alcohol y drogas: El uso de estas sustancias puede aumentar los niveles de ansiedad, especialmente cuando existe dependencia. El abandono del consumo puede generar más síntomas ansiosos, por lo que es recomendable contar con el apoyo de un médico o un grupo especializado para manejar la situación adecuadamente.

Tratamientos para la ansiedad

Aaron T. Beck (1976) desarrolló la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que se ha convertido en uno de los enfoques más comunes para el tratamiento de la ansiedad. Este modelo terapéutico se enfoca en reconocer y modificar los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales que generan ansiedad. Además, la TCC incorpora técnicas conductuales, como la exposición gradual a situaciones temidas, con el objetivo de disminuir el miedo y la ansiedad mediante un proceso de desensibilización.

Joseph Wolpe (1969) introdujo la técnica de desensibilización sistemática, un enfoque conductual utilizado especialmente en el tratamiento de fobias y trastornos relacionados con la ansiedad. Este método consiste en exponer al paciente de manera progresiva y controlada a los estímulos que provocan ansiedad, mientras se le enseña a relajarse. El objetivo es reemplazar la respuesta ansiosa con una respuesta de relajación, reduciendo así la tensión emocional que el estímulo provoca.

Steven C. Hayes (1986) propuso la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), un enfoque que promueve la aceptación de pensamientos y emociones difíciles en lugar de tratar de evitarlos o

controlarlos. A través de ACT, las personas aprenden a vivir más plenamente en el presente y a tomar decisiones coherentes con sus valores, a pesar de la ansiedad que puedan sentir.

Edmund Jacobson (1938) creó la relajación muscular progresiva como una técnica para reducir la ansiedad. Esta técnica consiste en alternar entre la tensión y la relajación de los músculos de forma secuencial, lo que ayuda a disminuir la tensión muscular relacionada con la ansiedad y favorece un estado general de calma.

R. L. Leahy (2003) destacó la importancia de la psicoeducación, un enfoque educativo que brinda a los pacientes conocimientos sobre la ansiedad, sus causas y cómo gestionarla. Leahy sostiene que, al comprender mejor la ansiedad, los individuos pueden reducir la intensidad de sus síntomas y empoderarse para emplear estrategias de afrontamiento más efectivas.

Depresión

Conceptos sobre Depresión

Sigmund Freud (1917) abordó la depresión en su obra *Duelo y melancolía*, donde la describió como un trastorno emocional vinculado a la pérdida de un ser querido o de un ideal. Freud planteó que la depresión surge cuando una persona no logra superar dicha pérdida, internalizando el dolor y la tristeza, lo que da lugar a sentimientos de culpa y autocrítica. Además, Freud relacionó la melancolía con una disminución de la autoestima.

Emil Kraepelin (1921) fue pionero en clasificar la depresión como un trastorno mental dentro de los trastornos del estado de ánimo, distinguiéndola de otras afecciones psíquicas. En su obra de psiquiatría general, definió la depresión como un trastorno caracterizado por alteraciones en el ánimo, con síntomas como tristeza, apatía y falta de energía, un enfoque que influyó en la clasificación actual de los trastornos depresivos.

Aaron T. Beck (1967) sugirió que la depresión resulta de patrones de pensamiento negativos y distorsionados. Según Beck, las personas deprimidas tienen una visión pesimista de sí mismas, del mundo y del futuro, lo que perpetúa la sintomatología depresiva. Su teoría cognitiva subraya la importancia de modificar estos pensamientos disfuncionales a través de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para tratar la depresión.

George Engel (1977) introdujo el modelo biopsicosocial, el cual plantea que la depresión no solo tiene una base psicológica, sino también biológica. Engel propuso que desequilibrios en neurotransmisores cerebrales, como la serotonina y la norepinefrina, pueden ser factores que contribuyen al desarrollo de la depresión. Este enfoque abrió la puerta al uso de tratamientos farmacológicos, como los antidepresivos.

Melanie Klein (1935) desde su perspectiva psicodinámica, argumentó que la depresión tiene sus raíces en la infancia, particularmente en la relación con la madre. Según Klein, las experiencias tempranas de pérdida o frustración pueden llevar a la internalización de sentimientos de ira y tristeza, que más adelante se manifiestan como síntomas depresivos. En este enfoque, la depresión es vista como una forma de melancolía vinculada a un conflicto interno.

Dimensiones de la Depresión

Zung y Zung (1965) proponen las siguientes dimensiones en relación a los trastornos afectivos:

Estado afectivo persistente: Este tipo de afectividad está vinculada al conjunto de comportamientos, pero no se deriva directamente de causas cognitivas ni afectivas. El desarrollo de los sentimientos se inicia desde el nacimiento y continúa hasta la adolescencia, momento en el que las interacciones sociales incluyen emociones hacia los demás, así como las normas de convivencia (Piaget, 1979).

Trastornos fisiológicos: La depresión crónica está asociada con una disminución en los niveles de serotonina en las conexiones neuronales. Además, existen diversas enfermedades que se encuentran relacionadas con la depresión, como la migraña, la diabetes y la pérdida de peso (Bazan y Mendoza, 2018).

Trastornos psicomotores: A lo largo del tiempo, el concepto de psicomotricidad ha evolucionado, pasando de ser una teoría abstracta a convertirse en una aplicación práctica que busca influir en el ser humano a través de su dimensión psicomotora. Este concepto se ha definido según diferentes corrientes, como la psicológica, psiquiátrica o psicopedagógica (Mesonero, 1995).

Trastornos psíquicos: Se indica que el desarrollo integral de la persona depende de mejorar su dimensión psíquica. Esto se logra ejercitando la memoria mediante la lectura, el estudio, el descubrimiento de lo tangible y la realización de actividades que promuevan un estilo de vida saludable, permitiendo una mejor gestión de las emociones negativas y el fomento de las emociones positivas (Señaris, 2017).

Trastornos de la depresión

La American Psychiatric Association (APA) En 1980 reconoció formalmente el *Trastorno Depresivo Mayor* en el DSM-III. Este trastorno se caracteriza por largos episodios de tristeza, pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades, fatiga, problemas con el sueño, el apetito y la concentración, entre otros. Se considera uno de los trastornos más graves y debilitantes, afectando significativamente la vida cotidiana.

La American Psychiatric Association (APA) En el DSM-IV de 1994, la APA incluyó la distimia como un trastorno depresivo persistente. Se refiere a un estado de ánimo deprimido que dura al menos dos años, pero con síntomas menos intensos que los del trastorno depresivo mayor. Las personas con distimia experimentan

una depresión crónica que puede pasar desapercibida debido a su menor gravedad.

Emil Kraepelin (1921) Fue pionero en la conceptualización de la depresión dentro del marco del trastorno bipolar, que previamente se conocía como "psicosis maníaco-depresiva". Este trastorno se caracteriza por episodios de depresión severa alternados con episodios de manía o hipomanía. Aunque inicialmente se centró en la manía, el trastorno depresivo bipolar ha sido reconocido como una categoría específica en el DSM-5 de 2013.

La American Psychiatric Association (APA) El trastorno depresivo secundario, descrito en el DSM-5 de 2013, ocurre como consecuencia de otras condiciones médicas, como enfermedades crónicas o trastornos neurológicos, o como efecto de tratamientos médicos como la quimioterapia. Se diferencia de los trastornos depresivos primarios ya que la depresión es un síntoma secundario derivado de otro trastorno subyacente.

Norman Rosenthal (1984) El trastorno afectivo estacional, es un tipo de depresión que se presenta de manera estacional, generalmente durante los meses de otoño e invierno, cuando hay menor exposición a la luz solar. Los síntomas incluyen tristeza, fatiga, alteraciones en el sueño y el apetito, y se cree que está relacionado con la falta de luz solar, la cual afecta los ritmos circadianos y los niveles de serotonina.

Melzack y Wall (1965) Contribuyeron al entendimiento de la depresión postparto, un trastorno que afecta a algunas mujeres después del parto. Se caracteriza por sentimientos de tristeza profunda, fatiga extrema y dificultad para establecer una conexión emocional con el bebé.

La American Psychiatric Association (APA) El DSM-5 de 2013 también incluyó el diagnóstico de trastorno depresivo no especificado, utilizado para casos en los que los síntomas

depresivos son evidentes, pero no encajan en ninguna categoría específica de trastornos depresivos.

La American Psychiatric Association (APA) Además, el DSM-5 clasifica como *trastorno depresivo inducido por sustancias* aquella depresión que surge como consecuencia directa del consumo de drogas, alcohol o medicamentos. Este trastorno está relacionado con los efectos secundarios de estas sustancias o con su abstinencia.

Sigmund Freud (1917) En su obra *Duelo y Melancolía* describió un tipo de depresión que aparece rápidamente en respuesta a una pérdida o un sufrimiento emocional intenso. Los síntomas son agudos y surgen tras un evento traumático, como la muerte de un ser querido, y tienden a mejorar a medida que la persona procesa o resuelve la situación.

David H. Barlow (2002) En su libro *Anxiety and Its Disorders*, explicó que la depresión suele coexistir con trastornos de ansiedad, lo que complica el tratamiento. La depresión combinada con ansiedad puede generar síntomas como irritabilidad, constante preocupación y dificultad para concentrarse, junto con los síntomas clásicos de la depresión.

Características de la depresión

Serra (2010) menciona que la depresión es a menudo confundida con la tristeza, ya que ambas comparten características similares. Sin embargo, la tristeza es un sentimiento temporal y común que todos experimentamos en algún momento debido a situaciones difíciles o dolorosas. Es una respuesta emocional natural y no necesariamente refleja un trastorno. La confusión entre tristeza y depresión surge porque ambos comparten síntomas, como la falta de motivación y el vacío emocional.

Sin embargo, cuando la tristeza persiste durante un período extenso y comienza a interferir significativamente con las actividades diarias,

puede transformarse en un síndrome depresivo, que es mucho más complejo y debilitante. La depresión no solo involucra una tristeza prolongada, sino que también afecta profundamente la vida emocional, social y laboral de la persona. En este caso, la persona experimenta una sensación intensa de desesperanza, fatiga y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.

El síndrome depresivo se caracteriza por varias manifestaciones, entre las cuales se incluyen:

Estrés: Una sensación continua de tensión o presión que impide relajarse o disfrutar de la vida.

Melancolía: Un estado emocional persistente de tristeza profunda, acompañado de pensamientos negativos sobre el pasado.

Desilusión: La sensación de haber perdido la esperanza o la confianza en uno mismo o en los demás, lo que genera una perspectiva pesimista sobre el futuro.

Sentimiento de infelicidad: Un estado de insatisfacción generalizada, donde se percibe la vida como carente de propósito.

Abatimiento o derrumbamiento: Una profunda desmotivación que hace que la persona se sienta incapaz de enfrentar los retos cotidianos.

Señales de la depresión

García y Palazon (2010) destacan que los síntomas más comunes en los individuos que atraviesan una depresión son los siguientes:

Alteraciones físicas y agotamiento: El cuerpo experimenta un cansancio mayor, lo que se refleja en una sensación de lentitud y pesadez al realizar actividades cotidianas, como caminar o moverse. Además, la fatiga afecta tanto al plano físico como al mental, interfiriendo en el sueño, la alimentación e incluso en el deseo sexual. También puede influir en la capacidad para tomar decisiones de forma eficiente.

Transformaciones emocionales: Este tipo de cambio no se refiere a las emociones cotidianas como la tristeza o la alegría, sino a un sentimiento mucho más profundo que permea constantemente, alterando la forma en que se percibe el entorno. La tristeza persistente, la irritabilidad, la culpa y, en ocasiones, la vergüenza son emociones comunes en este contexto.

Alteraciones cognitivas: Los pensamientos pueden volverse intrusivos y pesados, al grado de hacer que la persona se sienta inútil o inferior a los demás, desarrollando pensamientos autocríticos duros que, aunque parecen ser reales, en realidad son distorsionados.

Cambios en el comportamiento: Con una mente bloqueada y un cuerpo agotado, la persona puede experimentar una falta generalizada de energía y motivación. Es común que la persona se sienta incapaz de realizar las tareas cotidianas y, en muchos casos, se descuiden responsabilidades personales y laborales.

Tipos de la Depresión

García y Palazón (2010) indican que la depresión varía en cuanto a su duración e intensidad de los síntomas, y se pueden identificar cuatro tipos principales de esta enfermedad:

Trastorno depresivo recurrente: Este trastorno se presenta en episodios que duran algunos meses y luego desaparecen por completo. Aunque no hay una edad específica para su aparición, generalmente se manifiesta entre los 20 y los 45 años, especialmente cuando hay conflictos personales. Estos episodios pueden durar alrededor de 6 meses, aunque en algunos casos se prolongan durante años, especialmente si existen otras afecciones médicas asociadas.

Trastorno bipolar, en fase depresiva: Menos común que el trastorno depresivo, el trastorno bipolar tiene una mayor base genética. En este trastorno, los episodios depresivos ocurren junto

con fases de manía, pero la depresión es solo una parte de la enfermedad.

Distimia: Es una forma de depresión menos intensa, pero que puede perdurar durante años si no se detecta y trata a tiempo. Generalmente comienza en la adolescencia o incluso en la niñez, y para su diagnóstico es necesario que los síntomas persistan entre uno y dos años.

Trastornos de adaptación, de tipo depresivo: Los síntomas en este tipo de trastorno son menos severos y surgen debido a cambios significativos en la vida de la persona. A medida que la persona se adapta a las nuevas circunstancias, los síntomas tienden a disminuir, aunque en algunos casos pueden empeorar, requiriendo tratamiento psicológico o farmacológico.

Tratamiento para la depresión

Monteso (2015) existen al menos cuatro enfoques principales para el tratamiento de la depresión, que se describen a continuación:

Enfoque conductual: Este método se centra en aumentar la participación de las personas deprimidas en actividades placenteras o que refuercen positivamente su bienestar. También se busca mejorar las habilidades sociales para contrarrestar el aislamiento asociado a la depresión, con el objetivo de reducir y extinguir los comportamientos depresivos.

Terapia cognitiva: Este enfoque se enfoca en modificar la manera en que las personas interpretan la realidad y los pensamientos negativos que contribuyen a mantener los problemas emocionales y conductuales relacionados con la depresión.

Terapia interpersonal: El tratamiento se basa en identificar y trabajar con las emociones del paciente. Aunque puede ser desafiante para algunos, el terapeuta actúa como un guía imparcial para ayudar al paciente a expresar sus sentimientos de manera saludable.

Métodos de autoayuda: Estos métodos pueden ser útiles para casos de depresión leve o moderada. Incluyen actividades como hacer ejercicio, llevar una alimentación balanceada, expresar los sentimientos, y enfocarse en aspectos positivos de la vida.

Teoría que fundamenta la depresión

Aaron T. Beck (1979) La depresión, según la teoría de la triada cognitiva se entiende como un trastorno causado por un desequilibrio en el proceso de pensamiento, conocido como distorsión cognitiva. Beck sostiene que, durante la vida, las personas desarrollan esquemas mentales sobre sí mismas, el entorno y las demás personas, los cuales están influenciados por experiencias pasadas, creencias y actitudes. Estos esquemas son flexibles y cambian con el tiempo, en función de nuevas vivencias y aprendizajes. Un aspecto central de esta teoría es la triada cognitiva, la cual describe una visión negativa que las personas con depresión tienen sobre tres elementos clave: su yo, el mundo que les rodea y su futuro.

La triada cognitiva, según Beck, consta de tres componentes entrelazados: la autoimagen negativa, la visión pesimista del mundo y la perspectiva negativa sobre el futuro. Las personas con depresión suelen percibir su propio ser de manera distorsionada, considerándose incapaces, inadecuadas o inferiores a los demás. En cuanto a la interpretación del mundo, tienden a verlo como un entorno lleno de hostilidad y dificultades, lo cual fomenta un sentimiento de desesperanza. Finalmente, su visión del futuro se presenta de forma sombría, sin perspectivas de cambio positivo ni de mejora.

Además, Beck señala que los pensamientos depresivos surgen dentro de un patrón de distorsión cognitiva, donde la información se procesa de manera incorrecta, lo que perpetúa los síntomas depresivos. Estas distorsiones cognitivas ocurren de forma automática, constante e involuntaria, lo que dificulta que la persona

pueda cuestionarlas o modificarlas. El autor subraya que estas distorsiones no son simples errores de juicio, sino que constituyen una forma de procesamiento mental profundamente arraigada, que está en gran medida fuera del control consciente de la persona.

Para quienes padecen depresión, esta forma errónea de interpretar la información adquirida a través de las interacciones con su entorno refuerza su visión negativa de la vida. La depresión altera la manera en que estas personas interpretan y responden a los eventos cotidianos, lo que da lugar a un ciclo de pensamientos y emociones negativas que se retroalimentan mutuamente. Así, quienes sufren de depresión suelen ver el mundo como un lugar hostil e inaccesible, se perciben a sí mismos como fracasados o inútiles, y proyectan un futuro incierto y sin esperanza. Este patrón negativo se convierte en un factor clave que mantiene y agudiza la depresión, dado que cada uno de estos tres componentes se refuerza continuamente a través de los pensamientos y percepciones pesimistas.

En resumen, Beck explica que la depresión no solo se limita a un estado emocional negativo, sino que es el resultado de un proceso cognitivo distorsionado que afecta profundamente la manera en que una persona percibe su entorno, su propia identidad y sus perspectivas futuras. La triada cognitiva resulta ser un concepto fundamental para comprender el origen y la persistencia de los trastornos depresivos. Además, proporciona la base para intervenciones terapéuticas como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que se enfoca en modificar estos patrones disfuncionales de pensamiento con el objetivo de mejorar el bienestar emocional de las personas que padecen depresión.

3.3 Marco conceptual

La ansiedad: es un estado de intranquilidad o nerviosismo que experimenta una persona debido a un hecho real o imaginario (RAE, 2021).

La angustia: es un episodio breve de miedo intenso y ansiedad, que surge de manera espontánea y está asociado con síntomas físicos y emocionales. Entre estos síntomas se encuentran el dolor en el pecho, dificultad para respirar, mareos e incluso náuseas. Si no se maneja adecuadamente, puede evolucionar hacia una crisis más severa (Barnhill, 2020).

Afectivo: se refiere a lo relacionado con los sentimientos, y describe la actitud o el comportamiento del individuo (Uchua, 2010).

Depresión, esta implica una tristeza profunda que interfiere significativamente en las actividades cotidianas de la persona (Coryell, 2020).

El miedo, por su parte, es una sensación de angustia provocada por la percepción de un riesgo inminente o la anticipación de eventos catastróficos (RAE, 2021).

Síntoma: Se refiere a una manifestación o indicio que señala lo que está ocurriendo en el organismo, facilitando el diagnóstico y el tratamiento adecuado de cualquier alteración (Pérez y Merino, 2014).

Somático: Hace referencia a los síntomas de naturaleza física, en contraste con los síntomas mentales que el paciente describe (Pérez y Merino, 2014). Test: Es una evaluación diseñada para medir conocimientos o habilidades, y puede realizarse de forma general o personalizada (RAE, 2021).

Síntoma: es una señal o indicio de una alteración en el organismo, que permite realizar un diagnóstico y, en consecuencia, proporcionar el tratamiento adecuado (Pérez y Merino, 2014). Los síntomas somáticos son aquellos que tienen un origen corporal, a diferencia

de los síntomas psíquicos que se refieren a la mente del paciente (Pérez y Merino, 2014).

Test es una prueba diseñada para evaluar conocimientos o habilidades, y puede ser aplicada tanto a nivel individual como grupal (RAE, 2021).

Distimia: Un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza persistente durante un mínimo de dos años. A diferencia de la depresión mayor, los síntomas de la distimia suelen ser menos intensos, aunque su duración prolongada puede tener un impacto considerable en la calidad de vida de la persona afectada (American Psychiatric Association) (APA) en el DSM-IV) (1994).

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y nivel de investigación

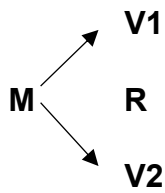
Este estudio se basa en un enfoque cuantitativo, ya que la recolección de información y su análisis se centraron en datos puramente numéricos relativos a las propiedades de las variables investigadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Tipo: Según su propósito, se clasifica como un estudio básico, cuyo objetivo principal se centró en la obtención de nuevos conocimientos sin tener un propósito práctico específico o inmediato. Su objetivo fue explorar principios y leyes científicas, lo que puede llevar a la formulación de una teoría científica (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018).

Nivel: Correlacional, ya tuvo como objetivo analizar la relación existente entre dos o más variables. En el contexto de mi investigación, se comprobó si existe una conexión entre la variable ansiedad y la variable depresión. Finalmente, el estudio es transversal, ya que los datos fueron recolectados en un punto específico en el tiempo (Sánchez 2018).

4.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue, no experimental de corte transversal. Este tipo de diseño se clasifica como no experimental porque no se manipularon las variables en estudio. En lugar de intervenir o alterar las condiciones del fenómeno investigado, se optó por observar y medir las variables tal como se presentaban de forma natural en su contexto real, permitiendo así una comprensión más fiel de la situación sin inducir cambios artificiales (Móran y Alvarado, 2010). Además, fue un diseño transversal porque la recopilación de los datos se realizó en un solo punto en el tiempo. En este enfoque, se recolectaron las respuestas de los participantes en un momento específico, sin hacer un seguimiento a lo largo del tiempo, lo que permite obtener una instantánea de la situación estudiada en ese momento particular (Hernandez, Fernández y Baptista, 2014).



M: Son los pacientes que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca.

V1: Variable Ansiedad

V2: Variable Depresión

R: Relación de variables

4.3 Hipótesis general y específicas

4.3.1 Hipótesis general

Existe relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

4.3.1. Hipótesis específica

Hipótesis específica 1

Existe relación entre la ansiedad y la dimensión estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Hipótesis específica 2

Existe relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Hipótesis específica 4

Existe relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

4.4 Identificación de variables

4.4.1. Variable Ansiedad

Dimensiones:

D1: Cognitiva

D2: Somática

4.4.2 Variable Depresión

Dimensiones:

D1: Estado afectivo persistente

D2: Trastornos fisiológicos

D3: Trastornos psicomotores

D4: Trastornos psíquicos

4.5 Matriz de operacionalización de variables

Tabla 1 Matriz de operacionalización de la variable ansiedad

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES Y RANGOS	TIPO DE VARIABLE ESTADISTICA
ANSIEDAD	COGNITIVA	-Preocupación excesiva -Pensamientos catastróficos -Dificultad para concentrarse - Inseguridad -Memoria afectada	1,2,3,4,5	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	4 grave: 17-20 3 severa: 13-16 2 moderada: 9-12 1 normal: 5-8	Ansiedad=Ordinal Cognitiva= ordinal
	SOMATICA	-Aumento de la frecuencia cardíaca -Sudoración excesiva -Tensión muscular	6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15;	1= Nunca o casi nunca 2= A veces	4 grave: 51-60 3 severa: 39-50	Ansiedad= Ordinal Somática= Ordinal

		-Dificultades respiratorias -Problemas gastrointestinales	16; 17; 18; 19; 20	3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	2: Moderada:27-38 1 normal: 15-26	
--	--	--	-----------------------	---	--------------------------------------	--

Tabla 2 Matriz de operacionalización de la variable depresión

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES Y RANGOS	TIPO DE VARIABLE ESTADISTICA
DEPRESIÓN	Estado afectivo persistente	-Deprimido -Triste -Melancólico -Ataque de llanto	1,2	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	Depresión = Ordinal Trastornos Afectivo = Ordinal
	Trastornos fisiológicos	-Variación diurna - Sueños -Apetito	3,4,5, 6,7,8, 9,10	1= Nunca o casi nunca 2= A veces	1= Nunca o casi nunca 2= A veces	Depresión = Ordinal

		-Pérdida de peso - Función sexual -Gastrointestinales - Cardiovasculares - Músculos esqueléticos		3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	Trastornos fisiológicos = Ordinal
	Trastornos psicomotores	-Agitación psicomotora - Astenia psicomotora	12,13	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	Depresión = Ordinal Trastornos Psicomotores = Ordinal
	Trastornos psíquicos	-Confusión -Sensación de vacío -Desesperanza -Indecisión	11,14, 15,16, 17 ,18,19,	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con	1= Nunca o casi nunca 2= A veces 3= Con	Depresión = Ordinal Trastornos Psíquicos = Ordinal

		-Irritabilidad -Insatisfacción	20	3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre	
--	--	-----------------------------------	----	---	--	--

4.6 Población – Muestra

Población

Según Hernández, Fernández y Baptista, (2014) La población se refiere al conjunto de elementos que comparten una característica común, y que son el objeto de estudio de la investigación. La población estará conformada por 65 pacientes que acuden al puesto de salud 9 de octubre santa flora Juliaca 2024.

Muestra

Para Kerlinger (1973) La muestra es un subconjunto de la población que se selecciona para ser estudiado. El propósito de la muestra es hacer inferencias sobre la población de manera que los resultados obtenidos en la muestra puedan generalizarse a la población completa".

Criterio de inclusión

Pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 que participaron voluntariamente formar parte de la investigación.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Pacientes adultos que están en pleno uso de sus capacidades mentales.

Criterio de exclusión

Pacientes adultos que no pertenecen al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora.

Pacientes adultos que no formaron parte de la investigación.

Pacientes adultos que no firmaron el consentimiento informado.

Pacientes adultos que no estaban en la capacidad de resolver un cuestionario.

4.7 Técnicas e instrumentos de recolección de información

V1: Ansiedad

Técnica:

La psicometría es un área de la psicología que se centra en el uso de teorías y métodos para desarrollar herramientas de evaluación, conocidas como pruebas psicológicas o test. Su principal objetivo es proporcionar descripciones, diagnósticos y explicaciones que ayuden a guiar intervenciones relacionadas con el comportamiento de las personas (Meneses, et al., 2014).

Instrumentos:

La escala utilizada para medir la ansiedad consta de 20 preguntas distribuidas en dos dimensiones: afectiva y somática. Además, emplea una escala de Likert que va del 1 al 4.

Tabla 3 Ficha técnica para del instrumento para ansiedad

Nombre original del instrumento	Escala de Autovaloración de la ansiedad de Zung
Autor	Zung y Zung (1965)
Nombre adaptado del instrumento	Escala para evaluar la ansiedad
Administración	Individual o colectiva
Duración	10 min. Aprox.
Muestra	80 pacientes adultos
Dimensiones	Afectiva - Somático
Ítems	20 ítems
Escala valorativa (Likert)	Nunca o casi nunca = 1 A veces = 2 Con bastante frecuencia = 3 Siempre o casi siempre = 4
Nota: Datos obtenidos del manual de Zung y Zung (1965)	

VALIDEZ: Astocondor (2001) Perú, como parte de su tesis titulada Estudio exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas, realizó la adaptación y validez de la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung.

Confiabilidad: Para la confiabilidad se empleó el método de consistencia de Alfa de Cronbach cuyo instrumento utilizado tenía opciones de respuesta politómicas, el índice de pertinencia resultante fue de 0,823 que termina por demostrar la fiabilidad del instrumento.

V2 Depresión

Escala para evaluar la depresión: El instrumento consta de 20 ítems y está constituido por cuatro dimensiones: Estado afectivo persistente, trastornos fisiológicos, trastornos psicomotores, trastornos psíquicos.

Tabla 4 Ficha técnica para del instrumento para depresión

Nombre original del instrumento	Escala de Autovaloración de la depresión de Zung
Autor	Zung y Zung (1965)
Nombre adaptado del instrumento	Escala para evaluar la depresión
Administración	Individual o colectiva
Duración	10 min. Aprox.
Muestra	80 pacientes adultos
Dimensiones	Estado afectivo persistente Trastornos fisiológicos Trastornos psicomotores Trastornos psíquicos
Ítems	20 ítems
Escala valorativa	Nunca o casi nunca =1

	A veces = 2 Con bastante frecuencia = 3 Siempre o casi siempre = 4
Nota: Datos obtenidos del manual de Zung y Zung (1965)	

Validez: Astocondor (2001) Perú, como parte de su tesis titulada Estudio exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas, adaptó y validó la escala de autoevaluación de la depresión de Zung en una muestra de 100 pobladores, de ambos sexos, con edades entre 14 y 40 años, de 7 comunidades nativas del departamento de Amazonas.

Confiabilidad:

Para la confiabilidad se empleó el método de consistencia de Alfa de Cronbach cuyo instrumento utilizado tenía opciones de respuesta politómicas, el índice de pertinencia resultante fue de 0,735 que termina por demostrar la fiabilidad del instrumento.

4.8 Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Las técnicas de análisis de datos fueron dos:

-Técnica de análisis de datos descriptivos. Se utilizó el estadístico descriptivo para describir a la población de estudio y los niveles de las variables con sus respectivas dimensiones e indicadores. Los estadísticos descriptivos aportaron al estudio el conteo de frecuencias en valores y porcentajes, también de los niveles e indicadores.

- Técnica de análisis de datos inferenciales. Se utilizaron el estadístico inferencial para la prueba de hipótesis Rho de Spearman por el criterio de no tener distribución normal, lo que correspondió al uso de estadístico no paramétrico al ser datos ordinales. El análisis se realizó al correlacionar las variables y dimensiones con una significancia del 5% como máximo.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

Tabla 5 Edad de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adultes temprana (20-30) años	10	15,4
	Adultes media (30-40) años	19	29,2
	Adultes tardia (40-60)	20	30,8
	Persona mayor (60- en adelante) años	16	24,6
	Total	65	100,0

Figura 1 Edad de los pacientes

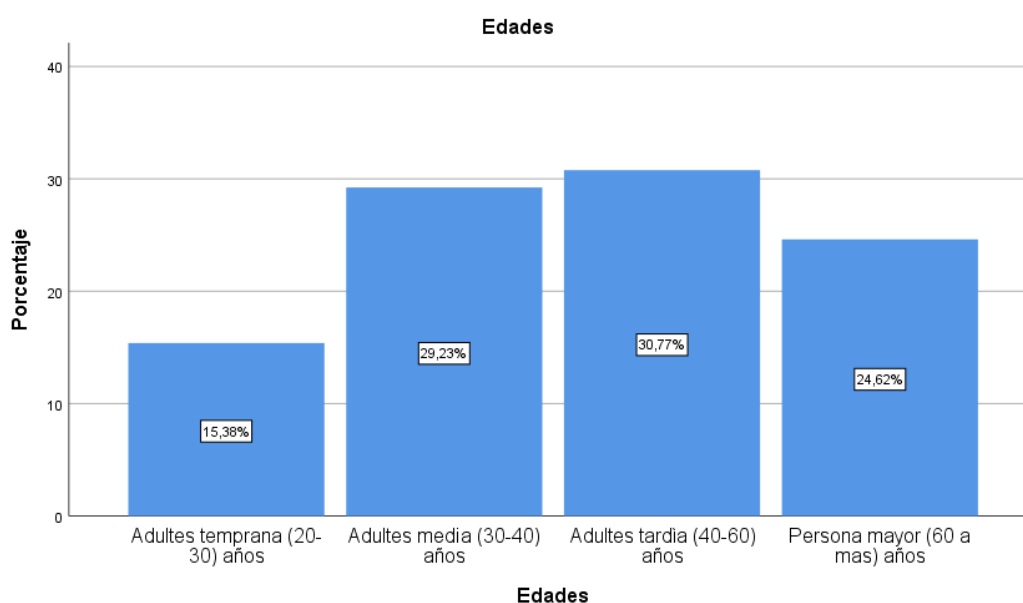


Tabla 6 Sexo de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO DE LOS PACIENTES	Masculino	27	41,5
	Femenino	38	58,5
	Total	65	100,0

Figura 2 Sexo de los pacientes

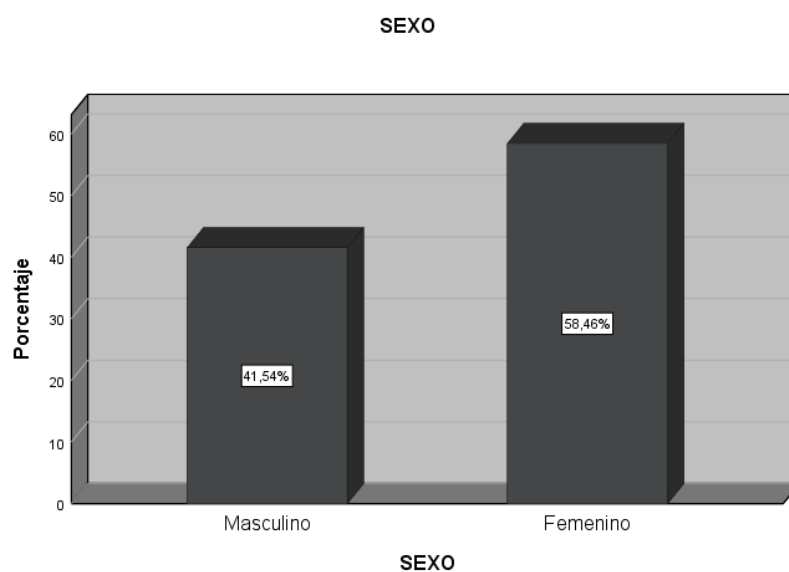


Tabla 7 Nivel de ansiedad de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD	Dentro de los Limites Normales	18	27,7%
	Ansiedad Leve Moderada	28	43,1%
	Ansiedad Moderada Intensa	14	21,5%
	Ansiedad Intensa	5	7,7%
	Total	65	100,0%

Figura 3 Nivel de ansiedad de los pacientes

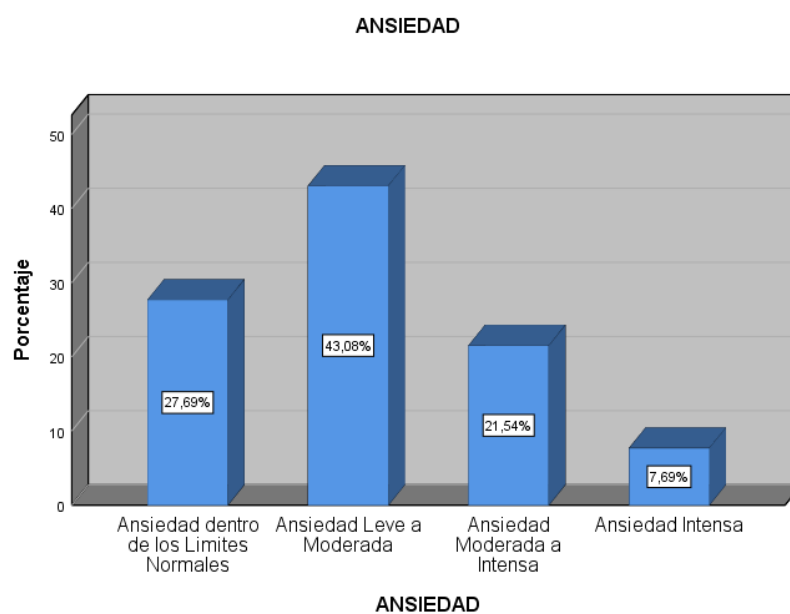


Tabla 8 Nivel de la dimensión cognitiva de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
COGNITIVOS	Nunca o Casi Nunca	19	29,2
	A Veces	34	52,3
	Con Bastante Frecuencia	10	15,4
	Siempre o Casi Siempre	2	3,1
	Total	65	100,0

Figura 4 Nivel de la dimensión cognitiva de los pacientes

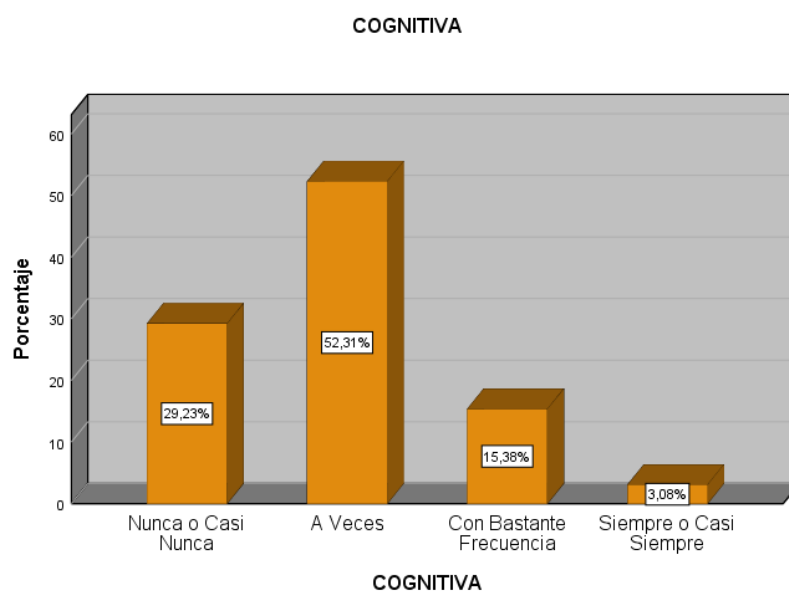


Tabla 9 Nivel de la dimensión somática de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
SOMATICOS	Nunca o Casi Nunca	9	13,8
	A Veces	29	44,6
	Con Bastante Frecuencia	17	26,2
	Siempre o Casi Siempre	10	15,4
	Total	65	100,0

Figura 5 Nivel de la dimensión somática de los pacientes

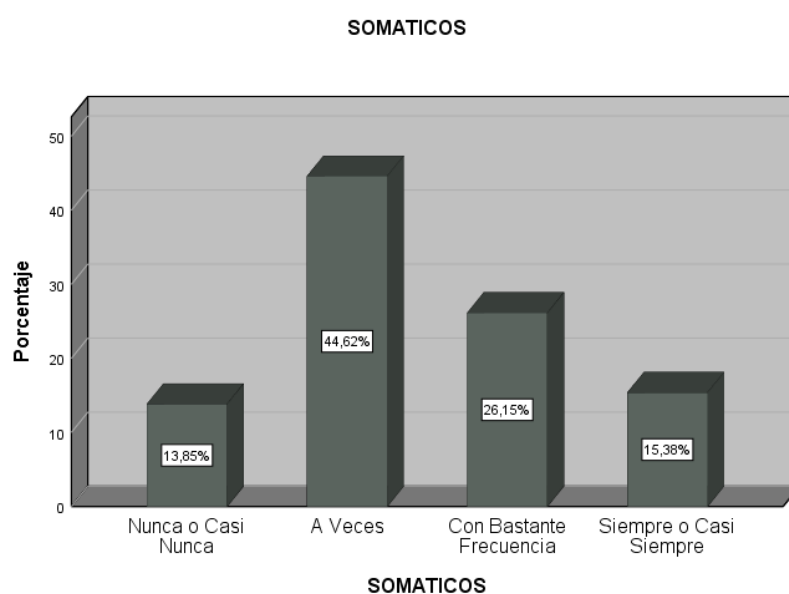


Tabla 10 Nivel de la depresión de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
DEPRESIÓN	Dentro de los		
	Limites	14	21,5
	Normales		
	Depresión		
	Leve	21	32,3
	Moderada		
	Depresión		
	Moderada	22	33,8
	Intensa		
	Depresión		
	Intensa	8	12,3
Total		65	100,0

Figura 6 Nivel de la depresión de los pacientes

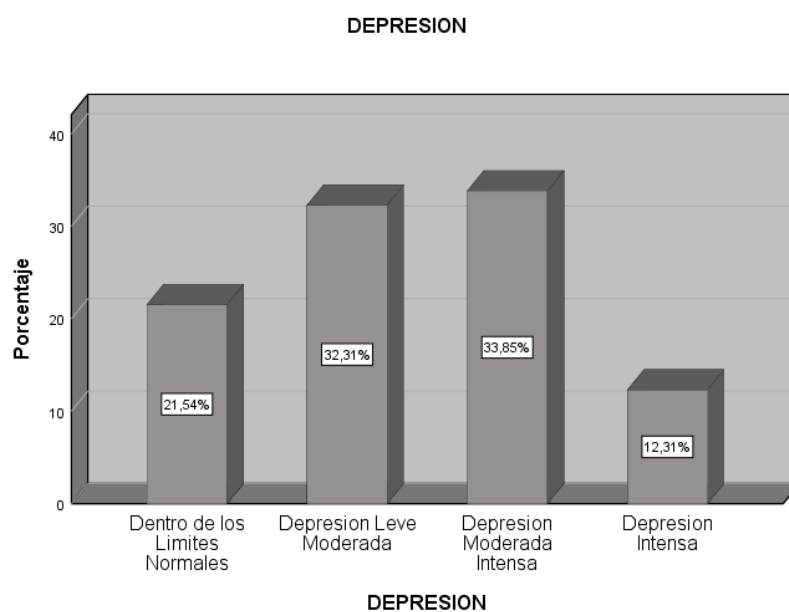


Tabla 11 Nivel de la dimensión estado afectivo persistente de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
ESTADO AFECTIVO PERSISTENTE	Nunca o Casi Nunca	22	33,8
	A Veces	37	56,9
	Con Bastante Frecuencia	5	7,7
	Siempre o Casi Siempre	1	1,5
Total		65	100,0

Figura 7 Nivel de la dimensión estado afectivo persistente de los pacientes

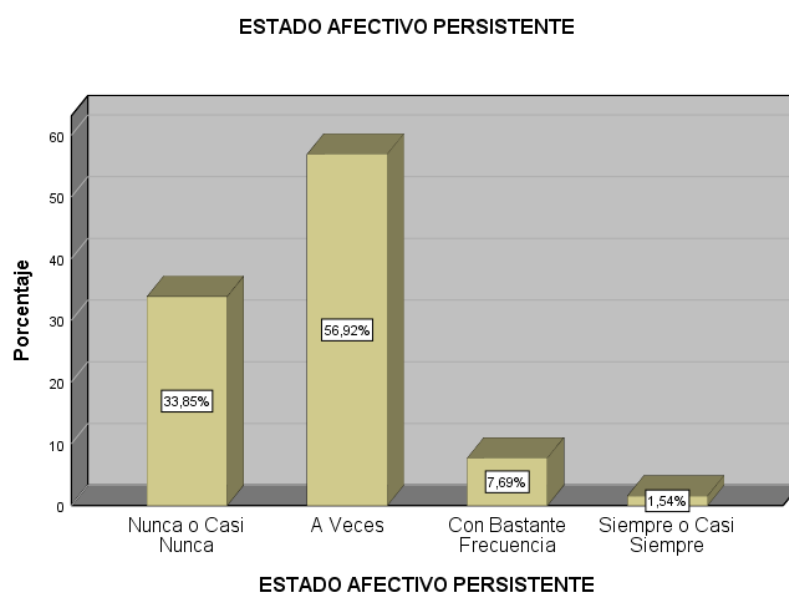


Tabla 12 Nivel de la dimensión trastornos fisiológicos de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
TRASTORNOS FISIOLÓGICOS	Nunca o Casi Nunca	15	23,1
	A Veces	34	52,3
	Con Bastante Frecuencia	15	23,1
	Siempre o Casi Siempre	1	1,5
	Total	65	100,0

Figura 8 Nivel de la dimensión trastornos fisiológicos de los pacientes

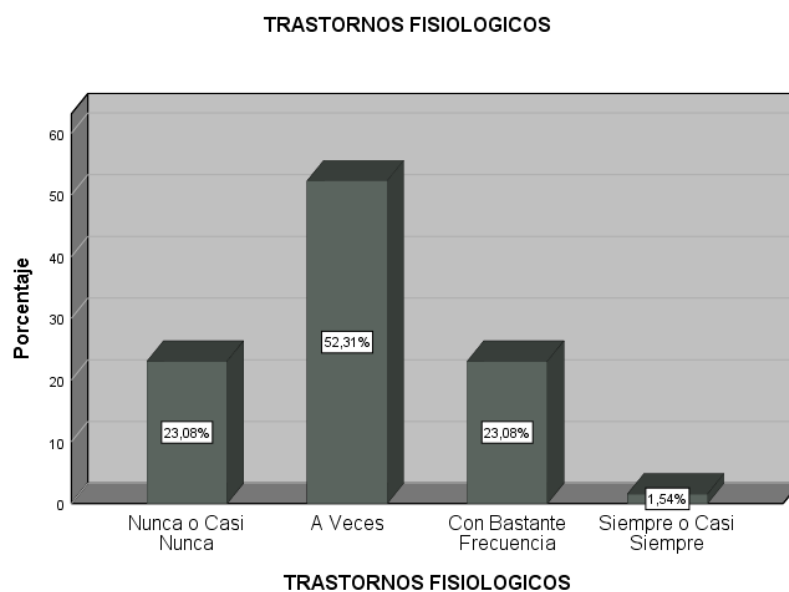


Tabla 13 Nivel de la dimensión trastornos psicomotores de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
TRASTORNOS PSICOMOTORES	Nunca o Casi Nunca	30	46,2
	A Veces	10	15,4
	Con Bastante Frecuencia	14	21,5
	Siempre o Casi Siempre	11	16,9
	Total	65	100,0

Figura 9 Nivel de la dimensión trastornos psicomotores de los pacientes

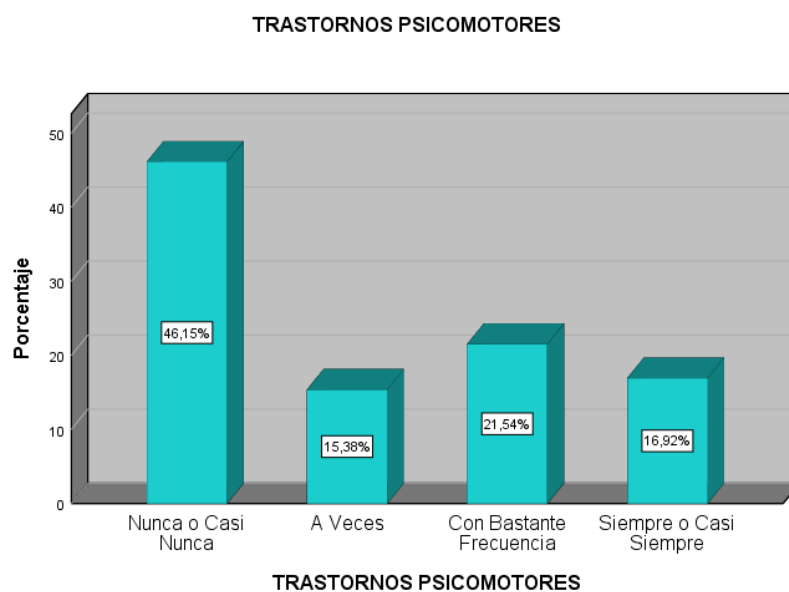
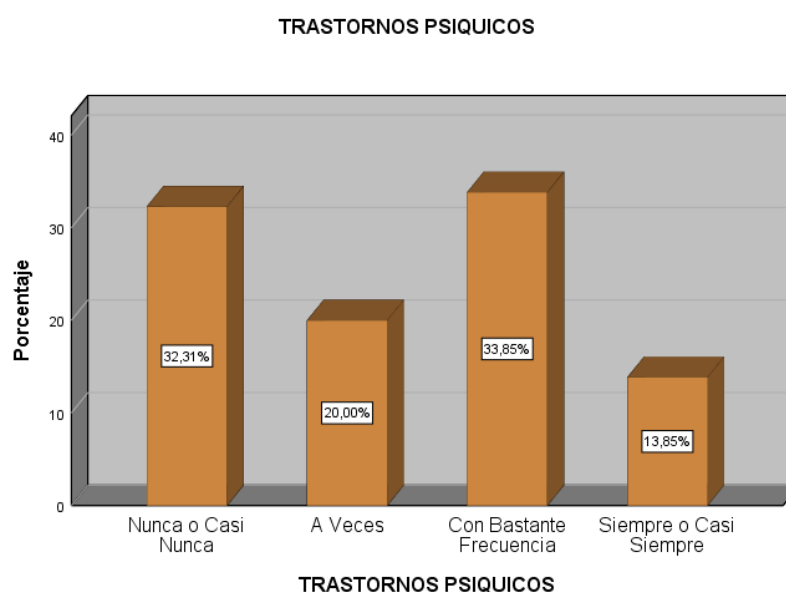


Tabla 14 Nivel de la dimensión trastornos psíquicos de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
TRASTORNOS PSÍQUICOS	Nunca o Casi Nunca	21	32,3
	A Veces	13	20,0
	Con Bastante Frecuencia	22	33,8
	Siempre o Casi Siempre	9	13,8
	Total	65	100,0

Figura 10 Nivel de la dimensión trastornos psíquicos de los pacientes



5.2 Interpretación de resultados

La tabla 5 y figura 1 presentan los datos en cuanto a las edades muestra la distribución por grupos de edad en una muestra de 65 personas. Adultes temprana (20-30) años 10 personas (15,4%) Grupo más pequeño en la muestra. Adultes media (30-40) años (29,2%) Segundo grupo más numeroso. Adultes tardía (40-60) 20 personas (30,8%) → Grupo más grande. Representa casi un tercio de la muestra. Persona mayor (60- en adelante) años 16 personas (24,6%) Similar en proporción a los adultos. La mayoría de la muestra (55,4%) tiene 60 años o más (Adulto Mayor + Persona Mayor = 36 casos). Adultes media (29,2%) y Adultes temprana (15,4%) son minorías en comparación.

La tabla 6 y figura 2 presentan los datos en cuanto a sexo de los pacientes se puede observar que El 41,5% de los pacientes son masculinos. El 58,5% de los pacientes son femeninos. En resumen, la mayoría de los pacientes (58,5%) son mujeres.

La tabla 7 figura 3 muestra el nivel de ansiedad de los pacientes se puede observar que el 27,7% de los pacientes tienen niveles

normales de ansiedad, mientras que el 43,1% presenta ansiedad leve a moderada. Un 21,5% tiene ansiedad moderada a intensa y el 7,7% experimenta ansiedad severa. En total, el 92,3% de los pacientes presenta algún grado de ansiedad, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes necesitan atención para manejar este trastorno.

La tabla 8 figura 4 muestra el nivel de la dimensión cognitiva de los pacientes se puede observar que los pacientes experimentan síntomas cognitivos: El 29,2% de los pacientes indica que nunca o casi nunca tienen problemas cognitivos. El 52,3% experimenta problemas cognitivos a veces. El 15,4% tiene problemas cognitivos con bastante frecuencia. Solo el 3,1% tiene problemas cognitivos siempre o casi siempre. En resumen, la mayoría de los pacientes (más del 80%) reportan síntomas cognitivos solo de forma ocasional o leve, mientras que una pequeña parte presenta síntomas más frecuentes

La tabla 9 figura 5 muestra el nivel de la dimensión somática de los pacientes se puede observar que el 13,8% de los pacientes indica que nunca o casi nunca experimentan síntomas somáticos. El 44,6% los experimenta a veces. El 26,2% tiene síntomas con bastante frecuencia. El 15,4% experimenta síntomas siempre o casi siempre. En resumen, la mayoría de los pacientes (más del 80%) experimenta síntomas somáticos de forma ocasional o frecuente, con una pequeña proporción reportando síntomas constantes.

La tabla 10 figura 6 muestra el nivel de depresión entre los pacientes: El 21,5% de los pacientes tiene depresión dentro de los límites normales. El 32,3% presenta depresión leve a moderada. El 33,8% tiene depresión moderada a intensa. El 12,3% experimenta depresión intensa. En resumen, el 87,7% de los pacientes presenta algún grado de depresión, con la mayoría de los casos en niveles leves a moderados, pero una proporción significativa (12,3%) tiene depresión intensa.

La tabla 11 figura 7 muestra el nivel de la dimensión del estado afectivo persistente entre los pacientes: El 33,8% de los pacientes indica que nunca o casi nunca experimenta un estado afectivo persistente. El 56,9% experimenta este estado a veces. El 7,7% tiene este estado con bastante frecuencia. Solo el 1,5% experimenta un estado afectivo persistente siempre o casi siempre. En resumen, la mayoría de los pacientes (90,8%) experimenta este estado afectivo de forma ocasional, con una pequeña proporción reportando síntomas frecuentes o constantes.

La tabla 12 figura 8 muestra el nivel de la dimensión de trastornos fisiológicos entre los pacientes: El 23,1% de los pacientes indica que nunca o casi nunca experimenta trastornos fisiológicos. El 52,3% experimenta estos trastornos a veces. El 23,1% tiene trastornos con bastante frecuencia. Solo el 1,5% experimenta trastornos siempre o casi siempre. En resumen, la mayoría de los pacientes (75,4%) experimenta trastornos fisiológicos de manera ocasional o frecuente, con una pequeña proporción reportando síntomas constantes.

La tabla 13 figura 9 muestra el nivel de la dimensión de trastornos psicomotores entre los pacientes: El 46,2% de los pacientes indica que nunca o casi nunca experimenta trastornos psicomotores. El 15,4% experimenta estos trastornos a veces. El 21,5% tiene trastornos con bastante frecuencia. El 16,9% experimenta trastornos siempre o casi siempre. En resumen, la mayoría de los pacientes (61,5%) experimenta trastornos psicomotores de manera ocasional o frecuente, con una proporción significativa (16,9%) reportando síntomas constantes.

La tabla 14 figura 10 muestra el nivel de la dimensión de trastornos psíquicos entre los pacientes: El 32,3% de los pacientes indica que nunca o casi nunca experimenta trastornos psíquicos. El 20,0% experimenta estos trastornos a veces. El 33,8% tiene trastornos con bastante frecuencia. El 13,8% experimenta trastornos siempre o casi siempre. En resumen, la mayoría de los pacientes (67,6%)

experimenta trastornos psíquicos de manera ocasional o frecuente, con una proporción significativa (13,8%) reportando síntomas constantes.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

6.1 Análisis inferencial

Se realizó el análisis de la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de los datos, considerando que la muestra es superior a 50 individuos. Si en caso se presente una distribución normal se utiliza la prueba paramétrica r de Pearson, de lo contrario se emplea la prueba no paramétrica Rho de Spearman

Planteamiento de la Hipótesis:

Ha: Los datos presentan una distribución no normal.

Ho. Los datos presentan una distribución normal.

Selección de nivel de significancia

Se utilizo el nivel de significancia de 0.5

Regla de decisión

En caso de que el Sig >0.5 se acepta la hipótesis nula.

En caso de que el Sig <0.5 se acepta la hipótesis alterna

Tabla 15 Prueba de normalidad de los datos

Kolmogórov-Smirnov		
Estadístico	gl	Sig.
,249	65	,000
,206	65	,000

Interpretación: La tabla 15 muestra la prueba de normalidad de los datos, se puede observar que los valores obtenidos de la significancia son menores a 0.5, de esta manera se infiere que la distribución de ambas variables es no normal, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se utilizara la prueba no paramétrica Rho de Spearman para la contratación de la hipótesis.

Planteamiento de la hipótesis general

Hi: Existe relación entre la ansiedad y la depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Ho. No existe relación entre la ansiedad y la depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Selección de nivel de significancia

Nivel de significancia: 0.5

Tabla 16 Correlaciones entre las variables ansiedad y depresión

		ANSIEDAD	DEPRESION
Rho de Spearman	ANSIEDAD		
	Coeficiente de correlación	1,000	,665**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	65	65
	DEPRESION		
	Coeficiente de correlación	,665**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	65	65

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

Interpretación: En la tabla 16 presenta la correlación entre la ansiedad y la depresión en los pacientes, en la cual se puede observar que existe relación significativa y positiva entre las variables (Rho=665 y p= 000). De este modo se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que, si el nivel de la ansiedad es elevado también lo será el nivel de depresión en los pacientes. Además, la correlación es positiva moderada (=0.665)

Análisis de hipótesis específica 1:

Hi: Existe relación entre la ansiedad y el estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Ho. No existe relación entre la ansiedad y estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Selección de nivel de significancia

Nivel de significancia: 0.5

Tabla 17 Correlación entre Ansiedad y la dimensión estado afectivo persistente

		ANSIEDAD	ESTADO AFECTIVO PERSISTENTE
Rho de Spearman	ANSIEDAD	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 ,271* ,029 65
	ESTADO AFECTIVO PERSISTENTE	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,271* ,029 65
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).			

Interpretación: En la tabla N°17 se logra identificar una sig de $0,029 < \alpha$ $0,05$, por ende, se logra validar la hipótesis presentada por el investigador y se rechaza la hipótesis nula; por lo consiguiente: Existe relación entre la ansiedad y el estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Por otro lado, se identifica el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de $0,271$ para lo cual se determina una correlación positiva baja.

Análisis de hipótesis específica 2:

Hi: Existe relación entre la ansiedad y el trastorno fisiológico en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Ho: No existe relación entre la ansiedad y trastorno fisiológico en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Selección de nivel de significancia

Nivel de significancia: 0.5

Tabla 18 Correlación entre ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos

		ANSIEDAD	TRASTORNOS FISIOLÓGICOS
Rho de Spearman	ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	
		N	
		1,000	,648**
		.	,000
		65	65

TRASTORNOS FISIOLOGICOS	Coeficient		
	e de	,648**	1,000
	correlación		
	Sig.	,000	.
S		(bilateral)	
N		65	65
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Interpretación: En la tabla N°18 se logra identificar una sig de $0,000 < a$ $0,05$, por ende, se logra validar la hipótesis presentada por el investigador y se rechaza la hipótesis nula; por lo consiguiente: Existe relación entre la ansiedad y los trastornos fisiológicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024. Por otro lado, se identifica el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de $0,648$ para lo cual se determina una correlación positiva moderada.

Análisis de hipótesis específica 3:

Hi: Existe relación entre la ansiedad y los trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Ho. No existe relación entre la ansiedad y los trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Selección de nivel de significancia

Nivel de significancia: 0.5

Tabla 19 Correlación entre ansiedad y trastornos psicomotores

		ANSIEDAD	TRASTORNOS PSICOMOTORES
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,541**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	65	65
	Coeficiente de correlación	,541**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	65	65
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Interpretación: En la tabla N°19 se logra identificar una sig de 0,000 < a 0,05, por ende, se logra validar la hipótesis presentada por el investigador y se rechaza la hipótesis nula; por lo consiguiente: Existe relación entre la ansiedad y los trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024. Por otro lado, se identifica el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de 0,541 para lo cual se determina una correlación positiva moderada.

Análisis de hipótesis específica 4:

Hi: Existe relación entre la ansiedad y el trastorno psíquico en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Ho. No existe relación entre la ansiedad y el trastorno psíquico en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.

Selección de nivel de significancia

Nivel de significancia: 0.5

Tabla 20 Correlación entre ansiedad y trastornos psíquicos

		ANSIEDAD	TRASTORNOS PSÍQUICOS
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,499**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	65	65
	Coeficiente de correlación	,499**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	65	65

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

Interpretación: En la tabla N°20 se logra identificar una sig de 0,000 < a 0,05, por ende, se logra validar la hipótesis presentada por el investigador y se rechaza la hipótesis nula; por lo consiguiente: Existe relación entre la ansiedad y los trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024. Por otro lado, se identifica el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de 0,499 para lo cual se determina una correlación positiva moderada.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1 Comparación de resultados

Hipótesis general: Se encontró que, si existe relación entre la ansiedad y la depresión en los pacientes, con una sig de 0.665 estos resultados concuerdan con Contreras-Pizarro y Berrú-Chavarria (2022): En un estudio realizado identificaron que si existe relación entre ansiedad y depresión.

Hipótesis específica 1: Se encontró que si existe relación entre la ansiedad y estado afectivo persistente con una sig de 0,271 estos resultados concuerdan con Manuel González, Mario González y Anna Rovella (2024): en un estudio realizado identificaron que si existe relación entre ansiedad y estado afectivo persistente.

Hipótesis específica 2: Se encontró que si existe relación entre la ansiedad y estado trastornos fisiológicos con una sig de 0,648 estos resultados concuerdan con López, J. A. (2018): en un estudio realizado identificó que, si existe relación entre ansiedad y trastornos fisiológicos al igual que Pérez, M., & García, R. (2015) también encontró relación.

Hipótesis específica 3: Se encontró que si existe relación entre la ansiedad y trastornos psicomotores con una sig de 0.541 estos resultados concuerdan con González, & Martínez (2017) en un estudio realizado identificaron que, si existe relación entre ansiedad y trastornos psicomotores, al igual que Ruiz, S., & Herrera, A. (2015) encontraron relación.

Hipótesis específica 4:

Se encontró que si existe relación entre la ansiedad y trastornos psíquicos con una sig de 0.499 estos resultados concuerdan con McGrath, J. J., et al. (2013) en un estudio realizado identificaron que si existe relación entre ansiedad y trastornos psíquicos, al igual que Martínez. (2018) encontraron relación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se determinó que existe relación entre la ansiedad y la depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 con una significancia de 0.000 y un coeficiente de correlación de (0.665) correlación positiva moderada
- Se presenta el coeficiente de correlación entre la ansiedad y la dimensión Estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 con una significancia de 0.000 y un coeficiente de correlación de (0. 0,648) correlación positiva moderada
- Se presenta el coeficiente de correlación entre la ansiedad y la dimensión “Trastornos fisiológicos” en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 con una significancia de 0.000 y el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de 0,541 para lo cual se determina una correlación positiva moderada.
- Se presenta el coeficiente de correlación entre la ansiedad y la dimensión “Trastornos psicomotores” en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 con una significancia de 0.000 y el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de 0,541 para lo cual se determina una correlación positiva moderada.
- Se presenta el coeficiente de correlación entre la ansiedad y la dimensión “Trastornos psíquicos” en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 con una significancia de 0.000 y el coeficiente de correlación Rho Spearman con un valor de 0,499 para lo cual se determina una correlación positiva moderada.

Recomendaciones

Primera: Para las autoridades del puesto de salud 9 de octubre Brindar talleres y cursos sobre salud mental a médicos, enfermeros y personal de apoyo para que puedan identificar, tratar y derivar casos de ansiedad y depresión de manera adecuada, Fomentar habilidades de comunicación empática para mejorar el trato hacia los pacientes.

Segunda: Crear áreas dentro del puesto de salud destinadas al cuidado de la salud mental, donde los pacientes puedan recibir atención en un ambiente tranquilo y privado, Implementar sistemas de seguimiento para los pacientes diagnosticados, con controles periódicos para evaluar su progreso y ajustar los tratamientos según sea necesario.

Tercera: Para las autoridades de la red de salud San Román, diseñar guías específicas para la detección temprana, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión, Realizar capacitaciones continuas para el personal de salud, desde administrativos hasta especialistas, enfocándose en herramientas para identificar y manejar trastornos emocionales, Incrementar el número de profesionales especializados en salud mental para reducir los tiempos de espera de los pacientes, Establecer alianzas con instituciones educativas, organizaciones no gubernamentales y otras entidades para fortalecer la red de apoyo comunitario.

Cuarta: Para los futuros investigadores deben adoptar un enfoque interdisciplinario que integre biología, psicología y sociología; priorizar la prevención en grupos vulnerables; considerar contextos culturales en los estudios; fomentar la colaboración internacional para compartir conocimientos, y mantener altos estándares éticos que protejan la privacidad y el bienestar de los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. K.Weitz , E.(2016) . Psicológopsicológico adultos: un metaanálisis. *RevistaCuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G. y van Straten, A. (2016). Tratamiento psicológico de la depresión y la ansiedad en adultos mayores: Un metaanálisis. Journal of Affective Disorders, 202, 308-314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.014>*
2. Distribuciones lo largo de la vida de inicio del DSMTrastornos en la Encuesta Nacional de Comorbilidad RepKessler, RC, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, KR y Walters, EE (2005). Prevalencia a lo largo de la vida y distribución por edad de inicio de los trastornos del DSM-IV en la replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. Archivos de Psiquiatría General, 62 (6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
3. Martín, MT y González, F. (2017). Depresión y ansiedad en adultos: Un enfoque integral. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22 (1), 43-52. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.08>
4. Watson, D. y Clark, LA (2001). Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad: Evidencia de la estructura factorial de la escala de afectos positivos y negativos (PANAS). Journal of Abnormal Psychology, 110 (3), 543-555. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.543>
5. Zegarra, L., & Orozco, E. (2016). Prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en adultos de la ciudad de Lima, Perú. Revista Peruana de Psicología, 10 (2), 95-108. <https://doi.org/10.1016/j.rppc.2016.03.003>
6. Sánchez, P., & Rodríguez, A. (2017). Trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas en Lima, Perú. Revista de Salud Mental, 40. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2017.01.010>
7. González, G., & López, M. (2014). Relación entre ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diabetes en Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 31 (4), 708-715. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.1537>

8. Peña, M., & Vásquez, A. (2018). Impacto de la ansiedad y depresión en la calidad de vida de pacientes oncológicos en Lima, Perú. *Revista de Psicología Clínica con Enfoque Cognitivo-Conductual*, 34 (1), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2018.02.004>
9. Fernández, S., & Condori, J. (2015). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una población rural de la región Puno. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32 (3), 451-457. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.2397>
10. C.Ortiz, D. y Mamani, C. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad en pacientes que acuden al hospital de Puno: Un estudio retrospectivo. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 18 (2), 180-188. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.01.009>
11. Apaza, M. y Callirgos, S. (2017). Ansiedad y depresión en población adolescente de Puno, Perú: Un análisis transversal. *Revista Peruana de Psicología*, 13 (2), 93-103. <https://doi.org/10.1016/j.rppc.2017.07.004>
12. Castro, J. y López, L. (2019). La influencia de la depresión y ansiedad en la calidad de vida de adultos mayores de la región Puno. *Revista de Gerontología y Psicología Social*, 24 (4), 123-135. <https://doi.org/10.1016/j.rgps.2019.04.004>
13. Ramírez, L. (2015). Estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con depresión y ansiedad atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, Perú (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://hdl.handle.net/20.500.12672/3179>
14. Gamarra, L. (2019). El impacto de la ansiedad y depresión en la calidad de vida de adultos jóvenes: Un estudio en Lima Metropolitana (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/handle/20.500.12404/25865>
15. Universidad Nacional Federico Villareal. (Dakota del Norte). Repositorio institucional <http://repositorio.unfv.edu.pe>
16. Sánchez, C. (2016). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos atendidos en un centro de salud mental en Cusco, Perú (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco. <http://repositorio.unsaac.edu.pe>

17. Huerta, R.(2017). La relación entre estrés laboral, ansiedad y depresión en trabajadores de la minería en Arequipa, Perú (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe>
18. González, AL y Pérez, MF (2019). Efectos de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida de pacientes adultos: Un estudio longitudinal en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36 (2), 201–209. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.36.2.3971>
19. Vásquez, D., & Torres, M. (2018). La relación entre estrés laboral y síntomas de ansiedad y depresión en adultos jóvenes: Un estudio en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología del Trabajo*, 21 (3), 130–141. <https://doi.org/10.18329/rpt.21.3.130>
20. Mendoza, E., & López, F. (2017). Factores socioeconómicos y su impacto en la depresión y la ansiedad en adultos peruanos: Estudio de casos en la ciudad de Arequipa. *Revista de Ciencias Sociales*, 24 (2), 112–123. <https://doi.org/10.1111/rcs.2017.24.2.112>
21. Paredes, C., & Salazar, J. (2020). Intervenciones psicoterapéuticas para la depresión y ansiedad en adultos: Revisión sistemática de la evidencia. *Psicología y Salud*, 30 (1), 67–79. <https://doi.org/10.1016/j.psypsal.2020.01.004>
22. Rodríguez, P., & Martínez, S. (2021). Prevalencia de ansiedad y depresión en adultos mayores en zonas urbanas de Perú: Un enfoque comparativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53 (4), 350–362. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.53.4.350>
23. Calle, VL (2017) El impacto de la ansiedad y depresión en la calidad de vida de adultos mayores atendidos en el programa de salud mental del Ministerio de Salud de Perú (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/3548>
24. Zegarra, LS (2021). Niveles de ansiedad y depresión en trabajadores de la salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Lima, Perú (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://hdl.handle.net/20.500.12672/5193>

25. González, ME (2018) Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas atendidos en un centro de salud de Lima Metropolitana (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/2318>
26. Ramos, MD (2019). Estrategias de afrontamiento frente a la ansiedad y depresión en pacientes adultos con trastornos mentales: Un análisis en un hospital psiquiátrico en Arequipa, Perú (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12772/2211>

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGIA
Cuál es la relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024	Determinar la relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.	Existe relación entre Ansiedad y Depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.	V1ANSIEDAD V2: DEPRESIÓN	Cognitiva Somática	Enfoque: Cuantitativo. Tipo: Básico. Nivel de estudio: Relacional
PROBLEMAS ESPECIFIOS	OBJETIVO ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICA		Estado afectivo persistente Trastorno Fisiológicos Trastorno Psicomotores	Diseño: No experimental. Población: 65 pacientes adultos
P.E1 ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la	O.E.1 Determinar la relación entre la ansiedad y la	H.E.1 Existe relación entre la ansiedad y la		Trastorno Psíquicos	que acuden al puesto de salud 9

depresión en su dimensión estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 P.E.2 ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?	dimensión estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 O.E.2 Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.	dimensión estado afectivo persistente en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024. H.E.2 Existe relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos fisiológicos en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.			de octubre Santa Flora 2024 Muestra No aplica Muestreo no probabilístico, de tipo censal o poblacional. Técnicas e instrumentos de recolección de información Técnica: Encuesta
--	--	---	--	--	--

P.E.3 ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024? P.E.4 ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al	O.E.3 Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024 O.E.4 Determinar la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al	H.E.3 Existe la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psicomotores en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024. H.E.4 Existe la relación entre la ansiedad y la dimensión trastornos psíquicos en pacientes adultos que acuden al			Instrumento: Cuestionario de escala Zung y Zung
---	--	---	--	--	--

puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024?	puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024	puesto de salud 9 de octubre Santa Flora Juliaca 2024.			
--	---	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE DEPRESIÓN

POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____

DNI: _____ Edad: ____ Fecha de evaluación: ____/____/____

Fecha de nacimiento. ____/____/____ Teléfono: _____

Evaluador: Christian Alvaro Coyla Quispe

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

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

19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE ANSIEDAD

POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____

DNI: _____ Edad: ____ Fecha de evaluación: ____/____/____

Fecha de nacimiento. ____/____/____ Teléfono: _____

Evaluador: Christian Alvaro Coyla Quispe

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					

7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					

18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS			
INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN			
I. DATOS GENERALES			
Título de la Investigación: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024"			
Nombre del Experto: Mg. Ps. Pablo Guillermo Tejada Gandarillas			
II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:			
Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una Organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del Cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	
III. OBSERVACIONES GENERALES			
LOS INSTRUMENTOS ANALIZADOS CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD POR LO TANTO SON APLICABLES EN LA INVESTIGACION			
 Pablo G. Tejada Gandarillas Psicólogo C. Ps. P. 7897			
Apellidos y Nombres del validador:			
Mg. Ps. Pablo Guillermo Tejada Gandarillas			
Grado académico: Magister			
N°. DNI: 29642334			

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024"

Nombre del Experto: Juana Zolla Marroquín Fernández

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una Organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del Cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Los instrumentos de la escala de autoevaluación de ansiedad y depresión de Zung cumplen con los criterios de validez y confiabilidad por lo tanto es aplicable

DIR. REGIONAL SALUD MOQUEGUA
HOSPITAL ILO - RED SALUD ILO

Mg. Juana Z. Marroquín Fernández
PSICOLOGA
C.P.S. P. 4389

Apellidos y Nombres del validador:
Grado académico: Magister
N°. DNI: 29348849

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024"

Nombre del Experto: Mg. Ps. Henry Nilton Muñoz Yañez

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una Organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del Cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Se realizó un análisis de los instrumentos, determinando que cumplen con la validez y confiabilidad, en consecuencia, pueden ser aplicados en su investigación.


 MA: 620913000
 Henry Nilton Muñoz Yañez
 DR. C. PSICOLOGIA
 G. Ps. N° 7140

Apellidos y Nombres del validador:

Mg. Ps. Henry Nilton Muñoz Yañez

Grado académico: Magister. en Ps

Clínica

Nº. DNI: 23938211

Anexo 4: Base de datos

			ANSIEDAD																	DEPRESION												SUMAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
			COGNI TIVA				SOMATICOS													ESTADO AFECTIVO PERSISTE NTE		TRASTORNOS FISIOLOGICOS						TRASTOR NOS PSICOMO TORES		TRASTORNO S PSQUICOS							D	D		D	D	D	D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																																				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Evidencia documentaria



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chincha Alta, 05 de Marzo del 2025

OFICIO N°0229-2025-UAI-FCS

Dra. Cruz Colca Silvia Natividad

Jefa de puesto de salud 9 de octubre

PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE SANTA FLORA RED DE SALUD SAN ROMÁN DIRESA PUNO

Presente. –

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica tiene como principal objetivo formar profesionales con un perfil científico y humanístico, sensibles con los problemas de la sociedad y con vocación de servicio, este compromiso lo interiorizamos a través de nuestros programas académicos, bajo la excelencia en la formación académica, y trabajando transversalmente con nuestros pilares como son la **investigación**, responsabilidad social y bienestar universitario en inserción laboral.

En tal sentido, nuestro estudiante se encuentra en el desarrollo de tesis para la obtención del título profesional, para el programa académico de Psicología. El estudiante ha tenido a bien seleccionar temas de estudio de interés con la realidad local y regional, tomando en cuenta a la institución que usted dirige.

Como parte de la exigencia del proceso de investigación, se debe contar con la **autorización** de la Institución elegida, para que el estudiante pueda proceder a realizar el estudio, recabar información y aplicar su instrumento de investigación, misma que a través del presente documento solicitamos.

Adjuntamos la carta de presentación del estudiante con el tema de investigación propuesto y quedamos a la espera de su aprobación.

Sin otro particular y con la seguridad de merecer su atención, me suscribo, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.



Mag. Jose Yomil Perez Gomez

DECANO (E)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

☎ (056) 269176

✉ info@autonomadeica.edu.pe

📍 Av. Abelardo Alva Maurtua 489

🌐 autonomadeica.edu.pe



CARTA DE PRESENTACIÓN

El Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, que suscribe

Hace Constar:

Que, **COYLA QUISPE, Christian Alvaro** identificado con código de estudiante **0073748171** del Programa Académico de Psicología quien viene desarrollando la tesis denominada **“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024.”**

Se expide el presente documento, a fin de que el encargado, tenga a bien autorizar al estudiante en mención, a recoger los datos y aplicar su instrumento para su investigación, comprometiéndose a actuar con respeto y transparencia dentro de ella, así como a entregar una copia de la investigación cuando esté finalmente sustentada y aprobada, para los fines que se estimen necesarios.

Chincha Alta, 05 de Marzo del 2025



Mag. Jose Yomil Perez Gomez
DECANO (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

☎ (056) 269176
✉ info@autonomadeica.edu.pe
📍 Av. Abelardo Alva Maurtua 489
🌐 autonomadeica.edu.pe



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Solicito: Autorización para poder
realizar mi estudio de tesis

**SRA: DIRECTORA DEL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE SANTA
FLORA-JULIACA**

DRA. CRUZ COLCA SILVIA NATIVIDAD

Yo, CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE,
identificado con DNI N.º 7374817, bachiller en
psicología, con domicilio en Jr. José Carlos
Mariátegui 229 departamento de Puno,
Provincia de San Román, Distrito de Juliaca,
con celular N.º 990170497, ante usted con el
debido respeto me presento y expongo:

Que, en mi calidad de bachiller de
Psicología ante usted Dra. solicito se me pueda acceder a mi petición para
poder realizar satisfactoriamente mi estudio de tesis, según el perfil de
profesión que mi persona tiene como bachiller en psicología.

POR LO EXPUESTO,

Ruego a usted poder acceder a mi solicitud
por ser justa y legal.

Juliaca, 05 de marzo de 2025



CHRISTIAN ALVARO COYLA QUISPE
DNI: 73748171



PERÚ

Ministerio de Salud

AUTORIZACIÓN

MG.

Jose Yomil Perez Gomez

Decano De La Facultad De Ciencias De La Salud

De acuerdo al oficio N°0229-2025-UAI-FCS y carta de presentación enviada por usted, yo DRA. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA, en mi calidad de directora del Puesto De Salud 9 De Octubre Santa Flora-Juliaca.

AUTORIZO: Que el Sr. Christian Alvaro Coyla Quispe identificado con DNI: 73748171. Bachiller en Psicología, se le autoriza la ejecución del proyecto titulado. **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2024"**

Se expide la presente petición para los fines que crea conveniente.

Atentamente:



MICRO RED CNO SUR
P.S. 09 DE OCTUBRE

Dra. Silvia Natividad Cruz Colca
Licenciada en Psicología CEP 24190
DOCENTE EN SALUD PÚBLICA
MAESTRA EN GERENCIA EN SERV. SALUD

Juliaca, 05 de marzo de 2025

Anexo 5: Evidencia fotográfica







Anexo 6: Informe Turnitin al 28% de similitud

Página 2 of 118 - Integrity OverviewIdentificador de la entrega trnoid::3117:446958577

15% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Small Matches (less than 15 words)

Top Sources

14%		Internet sources
0%		Publications
9%		Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

14% Internet sources
0% Publications
9% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	repositorio.autonemadeica.edu.pe	6%
2	Internet	www.repositorio.autonemadeica.edu.pe	2%
3	Submitted works	Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote on 2017-02-09	<1%
4	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
5	Internet	1library.co	<1%
6	Internet	www.researchgate.net	<1%
7	Internet	hdl.handle.net	<1%
8	Submitted works	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2022-05-26	<1%
9	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2023-08-07	<1%

12	Submitted works	Universidad Católica de Santa María on 2022-08-23	<1%
13	Internet	scielo.sld.cu	<1%
14	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2017-02-03	<1%
15	Submitted works	Universidad Católica de Santa María on 2025-01-16	<1%
16	Submitted works	Universidad Señor de Sipán on 2021-12-15	<1%
17	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2016-12-23	<1%
18	Submitted works	Corporación Universitaria Iberoamericana on 2023-10-15	<1%
19	Submitted works	Universidad del Azuay on 2024-12-01	<1%
20	Internet	www.coursehero.com	<1%
21	Submitted works	ipn on 2024-12-13	<1%
22	Submitted works	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2024-10-23	<1%
23	Submitted works	Universidad Católica de Santa María on 2024-07-02	<1%
24	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2017-12-04	<1%
25	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2023-07-08	<1%

26	Submitted works	Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas on 2021-08-19	<1%
27	Submitted works	Universidad Nacional del Centro del Peru on 2024-01-30	<1%
28	Internet	repositorio.uigv.edu.pe	<1%
29	Submitted works	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA on 2025-02-14	<1%
30	Submitted works	Universidad Manuela Beltrán on 2024-05-17	<1%