



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

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

TESIS

**“PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS
DEPORTISTAS DE MOLLENDO DURANTE EL PERIODO 2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
CALIDAD DE VIDA, RESILIENCIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

PRESENTADO POR:
TERUMI PATRICIA SATO ALEGRÍA

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

ASESOR
Mg. Giorgio Alexander Aquije Cárdenas
Código Orcid: N° 0000-0002-9450-671x

MOLLENDO-PERU, 2020

Asesor

MG. GIORGIO ALEXANDER AQUIJE CÁRDENAS

Miembros del jurado

- Dr. Edmundo Gonzáles Zavala
- Dr. William Chu Estrada
- Dr. Martín Campos Martínez

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas. A mi madre, abuelos y hermanos, quienes con su amor han estado presentes en cada paso que doy. A mi novio, quien me ha dado su apoyo incondicional, dándome la confianza necesaria para lograr culminar mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por estar presente, guiándome en cada momento.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Ica por brindarme su apoyo en este gran paso.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

Material y métodos: El estudio se concretó con el tipo de estudio no experimental al igual que las variables que se usaron, no fueron manipuladas, debido a que sean usadas con el registro. El tamaño de la muestra para este estudio se determinó a partir del artículo de Fritz y MacKinnon (2017) que describe el tamaño de muestra requerido para detectar un efecto mediado mediante el uso de bootstrapping con corrección de sesgo. La estimación se realizó en el sobre la base de esperar un tamaño de efecto medio, ya que, de acuerdo con una investigación similar en una población adulta, se encontraron tamaños de efecto de mediano a grande. Según Fritz y MacKinnon, utilizando la prueba bootstrap de mediación corregida por sesgo como método planificado para el análisis de datos, se requiere un tamaño de muestra de 71 para detectar un tamaño de efecto medio, con 0,39 alpha, 0.39 beta y 0.8 power. Se utilizó un total de 90 participantes para el análisis en el estudio actual.

Resultados: Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el sexo de los participantes fue de 64.44% son masculinos y el 35.56% son femeninos. Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “evito asistir a actividades sociales”, el 52.22% es “muy cierto para mí”, el 24.40% son “extremadamente cierto para mí”, el 13.30% es “moderadamente cierto para mí”, el 5.60% es “algo cierto para mí” y el 4.40% es “nada cierto para mí”.

Conclusiones: Se determina que existe una relación entre la ansiedad y depresión de los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020, representado por la presencia de trastornos mixtos hasta en un 44%

Palabras Claves: Ansiedad, depresión, deportistas, adolescentes

ABSTRACT

Objective: To determine the prevention of anxiety and depression in Mollendo athletes during the 2020 period.

Material and methods: The study was carried out with the type of non-experimental study, as well as the variables that were used, they were not manipulated, because they are used with the registry. The sample size for this study was determined from the article by Fritz and MacKinnon (2017) that describes the sample size required to detect a mediated effect by using bootstrapping with correction for bias. The estimation was made in the on the basis of expecting a medium effect size, since, according to a similar investigation in an adult population, medium to large effect sizes were found. According to Fritz and MacKinnon, using the bias-corrected mediation bootstrap test as the planned method for data analysis, a sample size of 71 is required to detect a mean effect size, with 0.39 alpha, 0.39 beta, and 0.8 power. A total of 90 participants were used for analysis in the current study.

Results: Regarding the study about the athletes of Mollendo, it was determined that the sex of the participants was 64.44% are male and 35.56% are female. Regarding the study about the athletes of Mollendo, it was determined that "I avoid attending social activities", 52.22% are "very true for me", 24.40% are "extremely true for me", 13.30% are "moderately true for me", 5.60% is "somewhat true for me" and 4.40% is "not true for me".

Conclusions: It is determined that there is a relationship between anxiety and depression in Mollendo athletes during the 2020 period, represented by the presence of mixed disorders in up to 44%.

Key Words: Anxiety, depression, athletes, adolescents

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE GENERAL.....	vii
INDICE DE FIGURAS.....	ix
INDICE DE CUADROS.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.1 Descripción del problema.....	13
2.2 Pregunta de investigación general.....	15
2.3 Preguntas de investigación específicas.....	15
2.4 Objetivo general.....	15
2.5 Objetivos específicos.....	15
2.6 Justificación e importancia.....	16
2.7 Alcances y limitaciones.....	16
III. MARCO TEORICO.....	17
3.1 Antecedentes.....	17
3.2 Bases teóricas.....	25
3.3 Identificación de las variables.....	38
IV. METODOLOGIA.....	38
4.1 Tipo y nivel de investigación.....	38
4.2 Diseño de la investigación.....	38
4.3 Operalización de variables.....	39
4.4 Hipótesis general y específicas.....	40
4.5 Población – muestra.....	40
4.6 Técnicas e instrumentos: validación y confiabilidad.....	41
4.7 Recolección de datos.....	42
4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos.....	42
V. RESULTADOS.....	43

5.1 Presentación de resultados.....	43
5.2 Interpretación de los resultados.....	58
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	60
6.1 Análisis de los resultados.....	60
6.2 Comparación resultados con antecedentes.....	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS.....	79
ANEXO 1: Matriz de Consistencia.....	80
ANEXO 2: Matriz de Operalización de variables.....	82
ANEXO 3: Instrumento de medición.....	83
ANEXO 4: Ficha de validación de instrumentos de medición.....	85
ANEXO 5: Informe de turnitin al 11% de similitud.....	86

INDICE DE FIGURAS

1. SEXO.....	43
2. EVITO ASISTIR A ACTIVIDADES SOCIALES.....	44
3. CUANDO NO ESTOY SEGURO DE MI FUTURO, NO ME SIENTO Y PIENSO EN LO QUE REALMENTE QUIERO.....	45
4. ME GUSTARIA LOGRAR COSAS EN EL TRABAJO / ESCUELA, PERO TENGO QUE ACEPTAR MIS LÍMITES.....	46
5. NO HAGO LO NECESARIO PARA CUMPLIR CON LAS METAS DE LOGRO QUE ME HE FIJADO.....	47
6. PARA EVITAR SENTIMIENTOS DE DECEPCION, TRATO DE NO TOMARME DEMASIADO EN SERIO CON EL TRABAJO O ESCUELA.....	48
7. EN LUGAR DE PROBAR NUEVAS ACTIVIDADES, PREFIERO CONTINUAR CON LAS MISMAS DE SIEMPRE.....	49
8. ELIJO RECHAZAR OPORTUNIDADES PARA CONTINUAR MI EDUCACION / CARRERA.....	50
9. NO CONTESTO EL TELEFONO EN CASO DE QUE LA GENTE LLAME CON INVITACIONES SOCIALES.....	51
10. DEJO LAS ACTIVIADES QUE ME DESAFIAN DEMASIADO...	52
11. INTENTO NO PENSAR EN PROBLEMAS CUANDO ESTOY CON MI PAREJA.....	53
12. PIENSO QUE NO PODRE COMPLETAR TAREAS REALMENTE DESAFIANTES.....	54
13. EVITO PROBAR NUEVAS ACTIVIDADES QUE TENGAN EL POTENCIAL DE FRACASO.....	55
14. NO SALGO A EVENTOS DONDE HABRA MUCHA GENTE QUE NO CONOZCO.....	56
15. NO HABLO NI ABORDO TENSION QUE GENERA UNA AMISTAD.....	57

INDICE DE CUADROS

1. SEXO.....	43
2. EVITO ASISTIR A ACTIVIDADES SOCIALES.....	44
3. CUANDO NO ESTOY SEGURO DE MI FUTURO, NO ME SIENTO Y PIENSO EN LO QUE REALMENTE QUIERO.....	45
4. ME GUSTARIA LOGRAR COSAS EN EL TRABAJO / ESCUELA, PERO TENGO QUE ACEPTAR MIS LÍMITES.....	46
5. NO HAGO LO NECESARIO PARA CUMPLIR CON LAS METAS DE LOGRO QUE ME HE FIJADO.....	47
6. PARA EVITAR SENTIMIENTOS DE DECEPCION, TRATO DE NO TOMARME DEMASIADO EN SERIO CON EL TRABAJO O ESCUELA.....	48
7. EN LUGAR DE PROBAR NUEVAS ACTIVIDADES, PREFIERO CONTINUAR CON LAS MISMAS DE SIEMPRE.....	49
8. ELIJO RECHAZAR OPORTUNIDADES PARA CONTINUAR MI EDUCACION / CARRERA.....	50
9. NO CONTESTO EL TELEFONO EN CASO DE QUE LA GENTE LLAME CON INVITACIONES SOCIALES.....	51
10. DEJO LAS ACTIVIADES QUE ME DESAFIAN DEMASIADO...	52
11. INTENTO NO PENSAR EN PROBLEMAS CUANDO ESTOY CON MI PAREJA.....	53
12. PIENSO QUE NO PODRE COMPLETAR TAREAS REALMENTE DESAFIANTES.....	54
13. EVITO PROBAR NUEVAS ACTIVIDADES QUE TENGAN EL POTENCIAL DE FRACASO.....	55
14. NO SALGO A EVENTOS DONDE HABRA MUCHA GENTE QUE NO CONOZCO.....	56
15. NO HABLO NI ABORDO TENSION QUE GENERA UNA AMISTAD.....	57

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión se encuentran entre los trastornos mentales más comunes que afectan a los jóvenes. Los dos trastornos a menudo coexisten y pueden causar angustia y deterioro significativos. Tener niveles elevados de síntomas, pero no cumplir con los criterios de un trastorno es aún más común en los jóvenes. Experimentar niveles elevados de síntomas ansiosos y depresivos se asocia con resultados negativos comparables a cuando se cumplen los criterios de un trastorno y constituye un factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos. Evitar que los problemas de internalización en los niños se conviertan en trastornos podría tener importantes implicaciones para la salud pública. Las asociaciones de la internalización de síntomas con los dominios funcionales calidad de vida y autoestima también fueron de interés, ya que los dominios funcionales podrían dar una indicación de la gravedad además de los niveles de los síntomas. Por lo tanto, los dominios se introducen antes de los enfoques preventivos y se presenta el entorno escolar como un importante escenario preventivo. Investigaciones recientes sugieren que experimentar síntomas de trastornos mentales durante la vida es la norma y no la excepción (Schaefer et al., 2017), y aproximadamente la mitad de todas las personas que experimentarán un trastorno mental tienen el inicio a los 14 años (Kaufman, 2015). Los trastornos de internalización como la ansiedad y la depresión se encuentran entre los problemas más comunes en los jóvenes que causan angustia y deterioro significativos (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015). Cuando se tiene en cuenta el número de niños con síntomas subumbrales (Polanczyk et al., 2015) y el deterioro causado por dichos

síntomas (Angold, Costello, Farmer, Burns y Erkanli, 1999; Gonzalez-Tejera et al., 2005; Gotlib , Lewinsohn y Seeley, 1995),

Los sentimientos de ansiedad son naturales y una parte normal de la infancia. Estos sentimientos suelen ser reacciones necesarias a situaciones estresantes e incluso pueden mejorar el rendimiento en algunas situaciones (Sandseter y Kennair, 2011). Los miedos típicos en los niños pasan de miedos concretos, como la separación de los cuidadores en niños pequeños, a miedos más abstractos, como la evaluación en situaciones sociales, a medida que los niños crecen (McLoone, Hudson y Rapee, 2006; Pincus, 2012). Las situaciones temidas están relacionadas con las fases de desarrollo de edades específicas; sin embargo, cuando las reacciones son excesivas, inapropiadas para la edad y reducen el funcionamiento diario, el niño puede cumplir con los criterios para un trastorno de ansiedad (Muris, Merckelbach, Mayer y Prins, 2000; Pincus, 2012).

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos emocionales más prevalentes en la adolescencia, con tasas de prevalencia informadas entre el 2,4% y el 17,0% (Costello et al., 2003). Un metaanálisis reciente informó la prevalencia combinada mundial de cualquier trastorno de ansiedad en adolescentes en 6,5% (Polanczyk et al., 2015). Sin embargo, muchos niños y adolescentes tienen síntomas por debajo del umbral, es decir, síntomas por debajo del rango clínico y que no cumplen con todos los criterios para un trastorno. Según Balazs et al. (2013), la prevalencia de ansiedad subumbral puede afectar hasta al 32% de la población joven. Estos síntomas pueden ser difíciles de detectar y los padres y maestros pueden no reconocer los problemas del adolescente. En cambio, pueden ver los problemas como parte del desarrollo normal, una conciencia sana o, en algunos casos, como un comportamiento de incumplimiento (McLoone et al., 2006). Los síntomas también pueden expresarse de manera diferente en el hogar y en la escuela. En casa, el adolescente puede buscar una seguridad excesiva, evitar situaciones apropiadas para su desarrollo, como quedarse a dormir, o tener quejas somáticas; en la escuela, los profesores pueden observar problemas de concentración, evitar leer en clase o faltas excesivas a la escuela (Ludwig, Lyon y Ryan, 2015).

En general, los síntomas de ansiedad se vuelven desadaptativos y pueden requerir una intervención cuando

interfieren con el funcionamiento diario y se vuelven persistentes (Beesdo, Knappe y Pine, 2019). Los síntomas de ansiedad en la adolescencia son un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad en la adolescencia posteriores (Pine, 2007), y hay estudios que indican que los síntomas de ansiedad pueden predecir los síntomas depresivos y los trastornos depresivos futuros (Goodwin, Fergusson y Horwood, 2014; Keenan, Feng, Hipwell y Klostermann, 2019; Kovacs y Lopez-Duran, 2010).

Los síntomas de ansiedad se vuelven inadaptados y pueden requerir una intervención cuando interfieren con el funcionamiento diario y se vuelven persistentes (Beesdo, Knappe y Pine, 2019). Los sentimientos tristes también son una parte normal de la adolescencia. Cuando los adolescentes experimentan pérdidas o acontecimientos negativos en la vida, las reacciones esperadas son sentimientos de tristeza. Por tanto, los síntomas depresivos son habituales en la juventud. Cuando varios síntomas están presentes la mayor parte del día casi todos los días durante el mismo período de dos semanas, el adolescente puede sin embargo cumplir con los criterios para un episodio depresivo (American Psychiatric Association, 2016).

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION GENERAL

¿Existe prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020?

2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION ESPECIFICAS

- ¿Existen componentes ansiosos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020?
- ¿Existen componentes depresivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020?
- ¿Existen componentes preventivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020?

2.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

2.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estudiar si existen componentes ansiosos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.
- Estudiar si existen componentes depresivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.
- Estudiar si existen componentes preventivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

2.6 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El grupo de riesgo más grande identificado después de tres semestres informó síntomas tanto de ansiedad como de depresión, seguido por el grupo de riesgo que informó solo síntomas de depresión y el grupo de riesgo más pequeño que informó solo síntomas de ansiedad.

En el grupo de edad actual, esperábamos que el grupo de ansiedad solo fuera el grupo de mayor riesgo porque los estudios basados en la población indican que los problemas de ansiedad son más comunes en este grupo de edad (Baumeister y Harter, 2007). El aumento gradual en las puntuaciones medias de los síntomas cuando se informa sobre ansiedad o depresión solas en comparación con los síntomas comórbidos, y la disminución correspondiente en la calidad de vida y la autoestima informadas medias dan una indicación de la mayor carga para los niños que tienen síntomas comórbidos. De todos los grupos en riesgo, gravedad del problema.

2.7 ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente estudio tiene varias fortalezas: el gran tamaño de la muestra, la ausencia de datos individuales faltantes y el enfoque multinivel para la agrupación de datos se encuentran dentro de los estándares sugeridos. Aunque este estudio tuvo como objetivo controlar las amenazas a la validez interna, los hallazgos presentados en esta tesis deben evaluarse teniendo en cuenta los desafíos metodológicos y las decisiones prácticas dentro de un

contexto del mundo real. Primero se discutirán los desafíos relacionados con la aleatorización de grupos y el "cegamiento de las condiciones". Luego, se abordará el uso de medidas de autoinforme, los niños como únicos informantes para el reclutamiento y el límite óptimo para la inclusión.

III. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Se tiene al autor Nora Wong et al con el trabajo titulado "Prevención de la ansiedad y la depresión en adolescentes: un ensayo controlado aleatorio de dos programas de terapia cognitivo conductual impartidos por Internet en la escuela" (2018)

Los objetivos del presente estudio fueron 1) establecer la eficacia de dos programas de prevención basados en Internet para reducir la ansiedad y los síntomas depresivos en adolescentes; y 2) investigar la distribución de síntomas psicológicos en una gran muestra de adolescentes australianos antes de la implementación de la intervención. En 2009, se realizó un ensayo controlado aleatorizado por grupos con 976 estudiantes de 9 a 10 años de doce escuelas secundarias australianas. Se asignaron al azar cuatro escuelas al programa de prevención de ansiedad basado en Internet (n = 372), cinco escuelas al programa de prevención de la depresión basado en Internet programa (n = 380) y tres a sus clases de salud habituales (n = 224). Los cursos de Thiswayup Schools para la prevención de la ansiedad y la depresión se presentaron a través de Internet

y constan de 6 a 7 lecciones coherentes con el plan de estudios basadas en la evidencia para mejorar la capacidad de controlar la ansiedad y los síntomas depresivos. Los participantes fueron evaluados al inicio y después de la intervención. El análisis de datos se vio limitado tanto por el desgaste del estudio como por la corrupción de los datos. Por lo tanto, los datos posteriores a la intervención solo estaban disponibles para 265/976 estudiantes. En comparación con el grupo de control, los estudiantes del grupo de intervención de depresión mostraron una mejora significativa en los síntomas de ansiedad y depresión al final del curso, mientras que los estudiantes en la intervención de ansiedad demostraron una reducción de los síntomas de ansiedad. No se encontraron diferencias significativas en la angustia psicológica. Las intervenciones de depresión y ansiedad de Thiswayup Schools parecen reducir la ansiedad y los síntomas depresivos en los adolescentes mediante un programa de terapia cognitivo conductual combinado en línea y fuera de línea basado en un currículo que fue implementado por maestros de aula. Dadas las limitaciones del estudio, en particular la pérdida de datos posteriores a la intervención, estos hallazgos solo pueden considerarse preliminares y deben replicarse en investigaciones futuras.

El autor Jason M. Prenoveau et al con el trabajo titulado “Probando un modelo jerárquico de ansiedad y depresión en adolescentes: un modelo de tres niveles” (2016)

El presente estudio examinó las relaciones estructurales entre la ansiedad y los síntomas depresivos en una muestra de estudiantes de tercer año de secundaria. La representación estructural que mejor se ajustaba era una

disposición jerárquica de tres niveles con un factor general amplio (malestar general), dos factores de amplitud intermedia (ansiedad-miseria y miedos) y cinco factores de grupo estrecho, conceptualmente significativos. De acuerdo con el modelo jerárquico integrador de ansiedad y depresión, los resultados apoyaron una estructura con un factor sintomático central para la depresión mayor y otros factores sintomáticos específicos de trastornos de ansiedad particulares. Estos factores de grupo mostraron asociaciones significativas y únicas con las calificaciones de gravedad del médico (CSR) para sus respectivos DSM diagnósticos. La disposición jerárquica demostró invariancia temporal durante un período de un año e invariancia métrica configuracional y parcial en mujeres y hombres. Se discuten las implicaciones para la clasificación del DSM y la disposición de los trastornos de ansiedad y depresivos, así como cómo los hallazgos actuales ayudan a unir las investigaciones existentes realizadas a nivel de síntomas y diagnósticos.

La autora Jessica L. Schleider et al con el trabajo titulado “Reducción del riesgo de ansiedad y depresión en adolescentes: efectos de una intervención de sesión única que enseña que la personalidad puede cambiar” (2017)

Los esfuerzos para reducir los problemas de salud mental de los jóvenes han avanzado mucho, pero no han reducido las tasas generales de enfermedades mentales de los jóvenes. Por lo tanto, existe la necesidad de enfoques diseminables dirigidos a mecanismos para reducir el riesgo de psicopatología juvenil. En consecuencia, realizamos un ensayo controlado aleatorizado que probaba si una intervención de sesión única que enseñaba las mentalidades

de la personalidad en crecimiento (la creencia de que la personalidad es maleable) reducía los factores de riesgo conocidos de ansiedad y depresión en adolescentes que experimentaban o estaban en riesgo de internalizar problemas (N = 96, de 12 a 15 años). En comparación con un control de terapia de apoyo, una intervención de mentalidad guiada por computadora de 30 minutos fortaleció el control percibido de los adolescentes; esta mejora se asoció con aumentos en la mentalidad de crecimiento. Más lejos, Las pendientes de recuperación de actividad electrodérmica mostraron que los jóvenes que recibieron la intervención de mentalidad se recuperaron de un factor de estrés social basado en laboratorio tres veces más rápido que los jóvenes del grupo de control. Las mejoras en la mentalidad de crecimiento y el control percibido se vincularon con una recuperación más rápida del estrés. Los resultados sugieren una estrategia diseminable para reducir la internalización del riesgo de problemas entre los adolescentes.

La autora Sharai Suliman et al con el trabajo titulado “Efecto acumulativo del trauma múltiple sobre los síntomas del trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en adolescentes” (2017)

La literatura reciente ha indicado que la exposición a múltiples eventos traumáticos en adultos se asocia con altos niveles de trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión. Con el telón de fondo de los acontecimientos vitales estresantes y el abuso y la negligencia infantil, investigamos el efecto acumulativo de la exposición al trauma múltiple sobre el trastorno de estrés

postraumático, la ansiedad y la depresión en una muestra de adolescentes.

Método

Mil ciento cuarenta estudiantes de décimo grado de 9 escuelas de Ciudad del Cabo (Sudáfrica) completaron cuestionarios sobre experiencias de vida estresantes; exposición al trauma; y síntomas de ansiedad, depresión y PTSD. Nuestra población de interés para este estudio fueron los adolescentes entre las edades de 14 y 18 años que habían estado expuestos a eventos traumáticos calificativos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición. Por tanto, el tamaño de la muestra final fue de 922.

Resultados

Las tasas de exposición al trauma, TEPT, depresión y ansiedad fueron altas. Al controlar por sexo, las experiencias estresantes de la vida en el último año, y adversidad en la niñez, se encontró un efecto del efecto de la exposición al trauma acumulativo sobre el TEPT y la depresión, con un aumento en el número de traumas linealmente asociados con un aumento en los síntomas de trastorno de estrés postraumático ($F(4.912) = 7,60, p <.001$) y depresión ($F(4.912) = 2,77, p <.05$). No encontramos un efecto acumulativo sobre la ansiedad.

Conclusión

Nuestros hallazgos indican que los adolescentes expuestos a múltiples traumas son más propensos a experimentar síntomas más severos de PTSD y depresión que aquellos que experimentan un solo evento, con este efecto

independiente de la adversidad infantil y las experiencias estresantes de la vida cotidiana. Sin embargo, la exposición a traumatismos múltiples no parece estar asociada con síntomas de ansiedad más graves.

El autor Jacob Smari et al con el trabajo titulado “Ansiedad social y depresión en adolescentes en relación con la competencia percibida y la valoración situacional” (2017)

El Inventario de Ansiedad Social y Fobia para Niños (SPAI-C), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Competencia Percibida para Niños (PCSC) de Harter (1982), así como un inventario de evaluación de costo y probabilidad de evaluación social negativa y no -Eventos sociales, fueron completados por 184 adolescentes (14-15 años). Se esperaba que la ansiedad social se relacionara específicamente con una baja competencia percibida en el dominio social y la evaluación de amenazas en el mismo dominio, mientras que la depresión estaría relacionada con déficits de competencia percibidos más generales. Las relaciones de la ansiedad social y la depresión con la competencia y valoración percibidas fueron ampliamente apoyadas. La ansiedad social estaba más fuertemente relacionada con la competencia social percibida, así como con las evaluaciones de costo social y probabilidad.

Según el autor David Pizarro et al con el trabajo titulado “El papel de la inteligencia emocional en la ansiedad y depresión entre los adolescentes” (2017)

Este estudio examinó la relación entre las emociones inteligencia, ansiedad y depresión entre los adolescentes.

Doscientos cincuenta A los estudiantes de secundaria se les administró la Escala de Trait Meta-Mood (TMMS), una medida de autoinforme de inteligencia emocional, junto con medidas de pensamiento supresión, autoestima, ansiedad y depresión. Se planteó la hipótesis de que Las habilidades emocionales predecirían el ajuste psicológico más allá factores que se han asociado previamente con un ajuste deficiente (es decir, autoestima y supresión de pensamientos). El estudio reveló dos hallazgos principales. Primero, la capacidad autoinformada para regular el estado de ánimo (reparación emocional) se relacionó positivamente a la autoestima. En segundo lugar, la inteligencia emocional autoinformada fue relacionados con los niveles de depresión y ansiedad. Específicamente, la capacidad de discriminar claramente entre los sentimientos (claridad emocional) y la capacidad de autorregular estados emocionales se asociaron con un mejor ajuste psicológico, independiente de los efectos de la autoestima y la supresión del pensamiento. Los resultados Apoyan la hipótesis de que las habilidades emocionales son un factor importante y contribuyente único al ajuste psicológico.

Según la autora Anna Jorguen et al con el trabajo titulado “Calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad y depresión entre adolescentes y adultos jóvenes con cáncer: un estudio longitudinal prospectivo” (2016)

El presente estudio se propone ampliar los conocimientos sobre el desarrollo a lo largo del tiempo de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la ansiedad y la depresión entre los supervivientes de cáncer adolescente. El objetivo fue investigar si y cómo la CVRS, la ansiedad y la depresión

de un grupo de adolescentes con cáncer se diferencian de las de un grupo de referencia poco después del diagnóstico, y posteriormente a los 6, 12 y 18 meses después del diagnóstico.

Los adolescentes diagnosticados de cáncer y un grupo de referencia aleatorizado de la población general completaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y las dos subescalas Salud Mental y Vitalidad en el Formulario Corto 36 (SF-36) en entrevistas telefónicas.

Los resultados indican un aumento constante en el bienestar psicológico desde el momento del diagnóstico, cuando las calificaciones de los pacientes con cáncer fueron significativamente peores que las de la población general, y en adelante. Las diferencias desaparecieron gradualmente y luego se invirtieron, lo que resultó en que el grupo de cáncer informara una CVRS significativamente mejor y niveles más bajos de ansiedad y depresión que el grupo de referencia cuando habían pasado 1,5 años desde el diagnóstico.

Los adolescentes enfrentados al cáncer muestran signos de adaptación al trauma, lo cual puede entenderse en relación al marco teórico del crecimiento postraumático, así como al cambio de respuesta. La investigación futura debe continuar siguiendo este desarrollo a lo largo del tiempo, para investigar si los efectos positivos de la experiencia del cáncer desaparecerán o si ha facilitado un resultado positivo permanente.

3.2 BASES TEORICAS

Visión general

La infancia y la adolescencia tienen un efecto profundo en nuestra vida adulta.

Es preocupante que los problemas psiquiátricos representen una proporción significativa de la mala salud entre los niños y adolescentes (Davies, 2013) y son un factor de riesgo de peso para los problemas de salud mental en la edad adulta (Copeland et al., 2013). La depresión adolescente es un trastorno debilitante, a menudo recurrente, que continúa hasta la edad adulta y tiene un gran impacto en la vida de una persona. En un informe gubernamental reciente, titulado 'Futuro en mente: promover, proteger y mejorar la salud mental y el bienestar de nuestros niños y jóvenes' (Departamento de Salud y NHS de Inglaterra, 2015), se ha presentado un plan de cinco años para mejorar la salud mental de niños y adolescentes. Uno de los temas principales de este informe es "promover la resiliencia, la prevención y la intervención temprana".

Teniendo en cuenta este tema, es importante identificar qué factores protegen y promueven la resiliencia frente al desarrollo de problemas de salud mental. A pesar de que la depresión adolescente está bien investigada, las causas siguen siendo poco claras, y se han propuesto varios modelos biológicos, sociales, conductuales y cognitivos para ofrecer una explicación. Un factor que se ha identificado como posiblemente protector contra la depresión y el bajo estado de ánimo es la autocompasión, que implica tener una actitud amable hacia uno mismo cuando se experimenta

sufrimiento emocional o dificultades (Neff, 2003a). Se muestra que la autocompasión se relaciona negativamente con la depresión y positivamente con el bienestar tanto en muestras de adultos como de adolescentes.

Depresión

Depresión en el contexto más amplio:

La depresión es un trastorno mental común que puede ser recurrente o duradero y puede afectar sustancialmente la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo o la escuela o para hacer frente a la vida diaria (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2012). Es debilitante y representa una mayor mortalidad, morbilidad y costos económicos que cualquier otro trastorno psicológico (Murray y López, 1996). Para 2030, se prevé que la depresión clínica sea la enfermedad médica más discapacitante del mundo (OMS, 2012). Una explicación de la alta mortalidad, morbilidad y costos económicos de la depresión es que el trastorno se reconocida y poco tratada en adultos y más aún en adolescentes (Saluja et al., 2004).

Criterios de diagnóstico. Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013), el trastorno depresivo mayor (TDM) se diagnostica si una persona tiene un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en las actividades diarias durante más de dos semanas, mientras que simultáneamente muestra signos de deterioro social, ocupacional o funcionamiento educativo. Además, al menos cinco de los nueve síntomas siguientes deben estar presentes casi todos los días: estado de ánimo deprimido o irritabilidad; disminución del interés o placer en las actividades; cambio de peso significativo (+/- 5%) o

alteración del apetito; alteración del sueño; retraso psicomotor o agitación; fatiga o pérdida de energía; culpa o inutilidad; mala concentración y tendencias suicidas.

Presentación clínica en niños y adolescentes:

En general, la presentación clínica del TDM en adolescentes es similar a la de los adultos. Sin embargo, existen algunas distinciones explicadas por las diferentes etapas de desarrollo físico, emocional, cognitivo y social de los niños y adolescentes en comparación con los adultos (por ejemplo, Birmaher et al., 1996; Fergusson, Horwood, Ridder & Beautrais, 2005; Klein, Dougherty & Olin, 2005). Estos síntomas diferentes incluyen labilidad del estado de ánimo; irritabilidad; síntomas somáticos; Retiro social; rechazo o desafío escolar y dificultad para verbalizar emociones (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

Predominio:

Se ha demostrado que los síntomas depresivos son frecuentes durante la adolescencia. La prevalencia de la depresión mayor se estima en aproximadamente un 2% en niños y entre un 4% y un 8% en adolescentes (Birmaher et al., 1996). Se ha demostrado que las tasas de aparición aumentan significativamente desde la niñez hasta la adolescencia y continúan aumentando abruptamente durante la adolescencia, con la aparición más alta entre los 15 y los 18-19 años (p. Ej., Birmaher et al., 1996; Feehan, McGee y Williams, 1993; Feehan, McGee, Raja y Williams, 1994; Hankin y col., 1998; Merikangas et al., 2010). De manera bastante alarmante, en términos de efectos de cohorte, se sugiere que cada generación sucesiva tiene un mayor riesgo de desarrollar depresión, además de que el

inicio de esta sea a una edad más temprana (Birmaher et al., 1996).

Sorprendentemente, entre una quinta y una cuarta parte de las personas han sufrido un trastorno depresivo a la edad de 19 años (Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1998). Esta investigación sugiere que la adolescencia media puede representar un momento crucial para una mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas depresivos y depresión.

Comorbilidad:

Los trastornos depresivos a menudo son comórbidos con otros trastornos, en particular ansiedad y trastornos alimentarios (para una revisión, véase Angold, Costello y Erkanli, 1999), con 40% a 90% de los jóvenes con depresión que tienen uno o más trastornos psiquiátricos comórbidos. Se muestra comúnmente que la depresión se manifiesta después del inicio de la ansiedad, sin embargo, la depresión también aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y otros problemas psiquiátricos como trastornos por uso de sustancias y trastornos de conducta (Angold et al., 1999; Birmaher et al., 1996; Lewinsohn et al., 1998, Lewinsohn, Pettit, Joiner y Seeley, 2003).

Curso clínico:

La depresión puede ser recurrente y algunos niños y adolescentes que la han padecido continúan haciéndolo a lo largo de su vida. Estudios longitudinales han demostrado que la probabilidad de que el trastorno se repita en los adolescentes en su vida adulta se encuentra entre el 60% y el 70% (Birmaher, Arbelaez & Brent, 2002; Costello et al., 2002). Dunn y Goodyer (2006) investigaron el resultado

psiquiátrico a largo plazo de la depresión en edad escolar entre una muestra clínica, una muestra comunitaria y controles no deprimidos. Encontraron que la recurrencia del trastorno afectivo era similar entre las muestras clínicas (57%) y comunitarias (56%), mientras que la ocurrencia entre los controles fue mucho menor (14%). Curiosamente, ser mujer fue un factor predictivo de aparición o recurrencia más temprana.

Diferencias de género:

Hankin y sus colegas (1998) identificaron una diferencia de género en el aumento de las tasas de depresión en el rango de edad de 15 a 18 años, y las mujeres mostraron un aumento mayor que los hombres (mujeres: del 4% al 23%, hombres: de 1 % al 11%). Además, estudios longitudinales prospectivos que investigan a niños desde la preadolescencia hasta la adultez temprana encontraron que los síntomas depresivos entre las mujeres aumentan después de los 13 años, mientras que en los hombres permanecen constantes (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski y Fier, 1999; Ge, Lorenz, Conger, Elder y Simons, 1994; Peterson, Sarigiani y Kennedy, 1991). También se demostró que este es el caso transculturalmente (Wichstrom, 1999). Considerando esto, Bluth y Blanton (2014) no encontraron diferencias de género significativas en la depresión entre los adolescentes jóvenes (11-14 años), mientras que se demostró que las adolescentes mayores (14-18 años) tenían niveles más altos de depresión en comparación con sus homólogos masculinos. Los estudios transversales y prospectivos indican que más mujeres que hombres son diagnosticadas con depresión clínica después de los 13 años (Angold, Costello y Worthman, 1998; Hankin

et al., 1998; Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985; Lewinsohn, Hops, Roberts, Selley y Andrews, 1993; Silberg et al., 1999, Weissman, Warner, Wickramarante, Moreau y Olfson, 1997). Se muestra que esta diferencia de género en la depresión persiste durante la edad adulta (Nolen-Hoeksema, 1990; Piccinelli & Wilkinson, 2000). No se sabe qué factores influyen en estas diferencias de género, pero se cree que no son simplemente el resultado de sesgos de notificación (ver Nolen-Hoeksema, 1990).

Consecuencias:

Las investigaciones muestran que la depresión y los síntomas depresivos tienen un gran impacto en el funcionamiento de los adolescentes y están relacionados con una mala educación académica; problemas sociales; abuso de sustancias; conducta criminal; comportamiento suicida; problemas de salud física; embarazo prematuro; mayor exposición a eventos vitales negativos y pobre ajuste psicosocial en la vejez (por ejemplo, Birmaher et al., 1996; Goodyer, Herbert & Tamplin, 2000; Merry et al., 2012). Además, si la depresión no se trata, puede interferir con el desarrollo emocional, cognitivo y social (Birmaher et al., 2002; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2003b).

La prevención de la depresión es un área de creciente interés, con enfoques comunitarios efectivos que se centran en fortalecer los factores protectores y reducir los factores de riesgo para el desarrollo del trastorno. Como se evidenció anteriormente, se sabe que la depresión prevalece durante la niñez y la adolescencia. Por lo tanto, es importante implementar programas de prevención desde una edad temprana. Los programas escolares dirigidos a la resolución de problemas y las habilidades cognitivas de niños y

adolescentes son un ejemplo de ello. Por lo tanto, es clínicamente útil investigar estos factores protectores y de riesgo, particularmente entre el período de la adolescencia, para desarrollar nuestra comprensión del trastorno e informar y mejorar los programas de prevención y tratamiento.

Desarrollo, estrés y afrontamiento en la adolescencia

Desarrollo adolescente:

La adolescencia implica la fase del desarrollo en la que un individuo pasa de la niñez a la edad adulta. Los puntos de inicio y finalización de la adolescencia son difíciles de definir, con numerosas transiciones físicas, fisiológicas, cognitivas y emocionales. Se requiere que el cerebro navegue por procesos complejos como; desarrollo de identidad, afirmación de independencia, conflicto con figuras parentales, manejo de interacciones sociales, formación de amistades y relaciones románticas, pubertad y maduración sexual, manejo de demandas académicas y contextos socioambientales cambiantes (Spear, 2000). Durante esta fase ocurren muchos cambios neurales, hormonales y físicos. Las transformaciones del desarrollo en el cerebro incluyen un aumento de la materia blanca (involucrada en la comunicación neuronal), junto con cambios en el sistema límbico (específicamente la amígdala), el desarrollo de los sistemas frontoparietales y el surco temporal superior (Paus, 2005). Los vínculos entre la corteza prefrontal y el sistema límbico son algunos de los últimos en desarrollarse en la adolescencia y son claves para el aprendizaje y la regulación emocional, por lo que dificultan la autorregulación de los adolescentes (Casey, Jones & Hare, 2008). El desarrollo del

cerebro también está influenciado por cambios hormonales, incluidas las hormonas del estrés suprarrenal, las hormonas sexuales y las hormonas del crecimiento (Sisk & Foster, 2004).

Debido al aumento de la materia cerebral, las habilidades de pensamiento mejoran dentro de esta etapa de desarrollo. Por ejemplo, se están desarrollando el razonamiento abstracto y las habilidades de razonamiento social; sin embargo, estas últimas son más complejas y tienen un inicio tardío (Keating y Clark, 1980). Curiosamente, las áreas de maduración cerebral se han relacionado con las crecientes demandas cognitivas y relacionadas con las emociones que encuentran los adolescentes, por ejemplo, en las interacciones con los compañeros y en el procesamiento de señales verbales y no verbales (Paus, 2005).

Aunque la investigación sobre el mapeo cerebral de la cognición social está en su infancia, la investigación existente, como se analiza en la revisión de Paus (2005), sugiere que los adolescentes son menos capaces que los adultos para interpretar de manera confiable las señales sociales (por ejemplo, expresiones faciales) y emociones, debido a áreas del cerebro que no están completamente desarrolladas (por ejemplo, el surco temporal superior). A medida que se desarrolla el razonamiento social, los adolescentes se preocupan más por la aprobación de sus compañeros y pueden experimentar ansiedad social o reflexionar sobre cómo los perciben los demás (Dahl, 2004). Los adolescentes también pueden tener un juicio deficiente, y se muestra que se involucran en comportamientos más impulsivos, impulsados por las emociones, y tienen poca consideración por las consecuencias de estos (Dahl, 2004). De hecho, la maduración puberal se ha relacionado con una

mayor inclinación a participar en conductas de búsqueda de emociones fuertes (Martin et al., 2002). El motivo de esto es que, en comparación con los adultos, los adolescentes tienen menos probabilidades de autorregularse y se muestra que reciben menos valor apetitivo de los estímulos diarios y, como resultado, necesitan buscar estímulos que ofrezcan un refuerzo positivo más fuerte (Spear , 2000; Steinberg, 2006). Además, la corteza prefrontal es más inmadura que el sistema límbico impulsado por incentivos. En consecuencia, las conexiones de abajo hacia arriba desde el sistema límbico a la corteza prefrontal son más fuertes que las conexiones de arriba hacia abajo. Por lo tanto, cuando existe una gran recompensa emocional por asumir un riesgo, el sistema límbico se activa y puede impulsar el comportamiento, y la corteza prefrontal tiene un control limitado sobre los impulsos emocionales de uno (Casey et al., 2008).

¿Cómo se relacionan estos cambios ontogenéticos en la función cerebral con la depresión en la adolescencia? La investigación ha demostrado que tales cambios en el desarrollo se correlacionan con cambios emocionales y de comportamiento (Graber, Brooks-Gunn y Petersen, 1996). Adicionalmente, Los cambios del desarrollo en las regiones límbica (específicamente el hipocampo y la amígdala) y estriatal se han asociado con la aparición de la depresión (Whittle et al., 2014). Si nos detenemos a considerar la función de estos cambios, esto puede ayudar a arrojar luz sobre la vulnerabilidad a la depresión. De hecho, se plantea la hipótesis de que las características típicas de la adolescencia, por ejemplo, la búsqueda de interacciones sociales y la participación en conductas de riesgo, cumplen una función adaptativa para desarrollar la independencia

lejos de la unidad familiar, como se necesita en la edad adulta (por ejemplo, Spear, 2000). Sin embargo, esto también puede causar problemas. Por ejemplo, se ha demostrado que resistir la presión social es difícil para los adolescentes, ya que los adolescentes corren más riesgos cuando están en presencia de sus compañeros. O'Brien, Uckert y Steinberg, 2011). Además, esto también puede explicarse por la importancia de la aceptación social durante la adolescencia y el impacto que esto tiene sobre el autoconcepto de una persona. De hecho, se demuestra que los adolescentes tienen una mayor sensibilidad a la aprobación y la retroalimentación de sus compañeros, en particular la retroalimentación negativa (Thomaes et al., 2010). Esto puede ser antagonizado debido a que los adolescentes son impulsados emocionalmente y es más probable que malinterpreten las señales sociales.

A pesar de que El desarrollo biológico y cognitivo tiene un impacto en las emociones y el comportamiento, no todos los adolescentes desarrollan depresión. Es importante considerar cómo la trayectoria de desarrollo de cada persona es individual y se ve afectada de manera diferente por diversas influencias, por ejemplo, factores sociales y ambientales.

Estrés en la adolescencia:

Como se discutió, la adolescencia es un período de transición de cambio físico, social, emocional y cognitivo, que involucra muchos desafíos que son importantes para el crecimiento y la maduración exitosos (Susman y Dorn, 2009). De hecho, la adolescencia es uno de los períodos más estresantes de la vida para atravesar, con una variedad de factores estresantes compartidos o idiosincrásicos que

pueden ocurrir (por ejemplo, cambio de escuela, intimidación, demandas académicas, divorcio de los padres, dificultades interpersonales). A veces, estos pueden ser abrumadores y causar mucho estrés a una persona. La investigación sugiere que estos factores estresantes aumentan entre la preadolescencia y la adolescencia (Rudolph, 2002), y tal aumento en los factores estresantes probablemente explique el aumento en la prevalencia de la depresión entre la niñez, la adolescencia temprana y tardía. Un ejemplo de un factor estresante es recibir comentarios negativos de los demás. Como se discutió, la adolescencia es una etapa importante en la que un individuo desarrolla su identidad lejos de la unidad familiar, volviéndose más dependiente de las amistades y su grupo de pares, y cada vez más sensible a la retroalimentación de los pares. Dentro de la sociedad actual, una gran cantidad de comunicación ocurre a través de las redes sociales (Madden et al., 2013). Se ha demostrado que los adolescentes utilizan Internet como una forma de formar y mantener amistades (Borca, Bina, Keller, Gilbert y Begotti, 2015). Sin embargo, debido a una capacidad limitada para regular las emociones, ser susceptible a la presión de los compañeros y una mayor tendencia a participar en comportamientos riesgosos, esta forma de comunicación puede ser inútil. Por ejemplo, las redes sociales y el uso de Internet ofrecen una plataforma para que los adolescentes reciban retroalimentación de sus compañeros, y se demuestre que las respuestas negativas reducen la autoestima y viceversa (Thomaes et al., 2010). Las investigaciones han demostrado que los precursores de recibir comentarios negativos a través de Internet incluyen la exploración social en línea y los comportamientos riesgosos en línea (Koutamanis, Vossen y Valkenburg, 2015). Es

preocupante que la comunicación negativa en línea pueda ser más severa que el contacto cara a cara, por ejemplo, debido a que los usuarios están desinhibidos (Suler, 2004). El uso de Internet también puede ser anónimo, lo que fomenta el acoso. Esta retroalimentación negativa puede tener al menos el mismo impacto psicosocial que las interacciones fuera de línea, y está relacionada con la depresión, la ansiedad y el suicidio (Hinduja y Patchin, 2010; Tokunaga, 2017).

Afrontamiento en la adolescencia:

Aunque muchos adolescentes experimentan estrés, no todos desarrollan depresión. Se piensa que la forma en que un individuo afronta la experiencia estresante influye en el desarrollo de la depresión (Compas, Ey y Grant, 1993; Murberg y Bru, 2016).

El afrontamiento implica el esfuerzo consciente de minimizar o tolerar el estrés que surge como resultado de nuestras experiencias. Se define como "cambios cognitivos y Esfuerzos conductuales para manejar demandas específicas externas y / o internas que se evalúan como gravando o excediendo los recursos de la persona" (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Lazarus y Folkman propusieron el modelo transaccional de estrés y afrontamiento, sugiriendo que el estrés se produce a partir de la transacción entre una persona y su entorno. Según su modelo, el estrés depende de la valoración de la importancia del factor estresante y de la capacidad para afrontarlo, además de las respuestas de afrontamiento. Dentro del modelo, el afrontamiento se conceptualiza como centrado en el problema o centrado en la emoción (Lazarus y Folkman, 1984; Weiten y Lloyd, 2008).

El afrontamiento centrado en el problema implica lidiar con el factor estresante real, como el uso de habilidades adaptativas para la resolución de problemas. Por otro lado, el afrontamiento centrado en las emociones describe pensamientos y acciones que están diseñados para reducir y minimizar las emociones asociadas con el factor estresante, por ejemplo, vergüenza, ansiedad y depresión.

Se ha demostrado que algunas estrategias de afrontamiento centrado en las emociones, por ejemplo, la evitación, proporcionan alivio a corto plazo, mientras que el afrontamiento centrado en el problema se asocia con resultados beneficiosos más estables y a largo plazo (Ben-Zur, 2019).

De hecho, entre los adolescentes se ha demostrado que el afrontamiento centrado en las emociones se asocia con problemas emocionales y de comportamiento, mientras que el afrontamiento centrado en el problema es más adaptativo (Compas, Malcarne y Fondacaro, 2018). Además, se han sugerido estos estilos de afrontamiento para ayudar a explicar la diferencia de género en la depresión, con las mujeres participando en un afrontamiento más centrado en las emociones y los hombres en un afrontamiento más centrado en el problema (Billing y Moos, 2017).

A raíz del pensamiento psicológico de la "tercera ola" se ha puesto más énfasis en el afrontamiento adaptativo centrado en las emociones, que incluye estrategias efectivas que ayudan a alguien a hacer frente a las emociones negativas, al tiempo que satisfacen las necesidades básicas de la persona y el logro de sus metas personales deseadas (por ejemplo, Bridges, Denham y Ganiban, 2016). De hecho, la capacidad de reconocer, explorar y comprender nuestras emociones se ha relacionado con el funcionamiento

psicológico positivo (Gross, 2018). La autocompasión (Neff, 2016) se ha discutido como una de esas estrategias, ya que es un factor protector contra el desarrollo de la depresión debido a que protege contra el impacto de los eventos negativos de la vida y ayuda a las personas a lidiar con las emociones negativas.

3.3 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

- **Variable independiente:** Ansiedad
- **Variable dependiente:** Depresión

IV. METODOLOGIA

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El estudio se concretó con el tipo de estudio no experimental al igual que las variables que se usaron, no fueron manipuladas, debido a que sean usadas con el registro. Como también es de tipo transversal, lo cual se manifestó durante el periodo del 2020, como también de forma retrospectiva motivo por el cual los datos se obtuvieron de forma retrógrada.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este estudio utilizó un diseño de encuesta transversal no experimental para abordar sus tres preguntas de investigación. Los datos cuantitativos se recopilaron mediante cuestionarios estructurados de autoinforme. Se

hicieron comparaciones intraindividuales y se observó a los participantes en un momento determinado.

4.3 OPERALIZACION DE VARIABLES

Definición conceptual de las variables

Ansiedad: los estudiantes ansiosos son extremadamente vulnerables a señales contextuales de situaciones de evaluación; antes, durante y después de las pruebas / exámenes, el estudiante se siente inseguro, preocupado y dudoso.

Depresión: La depresión es un trastorno mental común que puede ser recurrente o duradero y puede afectar sustancialmente la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo o la escuela o para hacer frente a la vida diaria. Es debilitante y representa una mayor mortalidad, morbilidad y costos económicos que cualquier otro trastorno psicológico.

Definición operacional de las variables

Ansiedad: Pensamientos intrusivos (por ejemplo, anticipación del fracaso) interfieren con los procesos de atención requeridos por la tarea y, en consecuencia, pone en peligro el rendimiento.

Depresión: se prevé que la depresión clínica sea la enfermedad médica más discapacitante del mundo. Una explicación de la alta mortalidad, morbilidad y costos

económicos de la depresión es que el trastorno es poco tratado en adultos y más aún en adolescentes.

4.4 HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICAS

HIPOTESIS GENERAL

Existe prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- Existen componentes ansiosos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.
- Existen componentes depresivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.
- Existen componentes preventivos de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

4.5 POBLACION – MUESTRA

POBLACIÓN

Se contó con toda la participación de los deportistas adolescentes de Mollendo, siendo una población de 132 participantes, los cuales cumplían con los requisitos para nuestra investigación.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para este estudio se determinó a partir del artículo de Fritz y MacKinnon (2017) que describe el tamaño de muestra requerido para detectar un efecto mediado mediante el uso de bootstrapping con corrección de sesgo. La estimación se realizó en el sobre la base de esperar un tamaño de efecto medio, ya que, de acuerdo con una investigación similar en una población adulta, se encontraron tamaños de efecto de mediano a grande. Según Fritz y MacKinnon, utilizando la prueba bootstrap de mediación corregida por sesgo como método planificado para el análisis de datos, se requiere un tamaño de muestra de 71 para detectar un tamaño de efecto medio, con 0,39 alpha, 0.39 beta y 0.8 power.

Se utilizó un total de 90 participantes para el análisis en el estudio actual.

4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS: VALIDACION Y CONFIABILIDAD

Técnicas de recolección de datos

La recogida de datos se llevó a cabo a la hora acordada previamente, según lo acordado entre el investigador y los participantes. Se invitó a participar en el estudio a todos los adolescentes deportistas que devolvieron su formulario de expresión de interés y el formulario de consentimiento de los padres / tutores.

Validez y confiabilidad

Los resultados se van a considerar debido al tamaño de la muestra que se ha obtenido con la falta de aleatorización, como también el estudio que se ha realizado debido entre las entrevistas como también cuestionarios.

4.7 RECOLECCION DE DATOS

Se utilizaron medidas de cuestionario para evaluar la sintomatología depresiva; todos se describen y exploran con más detalle a continuación. Todas las medidas han sido validadas para muestras de adolescentes, pero se seleccionaron debido a la facilidad de disponibilidad, el costo y el tiempo de administración, y también para permitir una comparación directa con investigaciones anteriores.

Se recopiló información demográfica del participante (sexo, edad). También se recopiló información demográfica sobre el niño del padre o tutor en el momento del consentimiento, y si se le había diagnosticado una dificultad de aprendizaje o una dificultad de salud mental. Además, se preguntó a los padres sobre su propio nivel de educación.

4.8 TECNICAS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Se utilizó el programa SPSS V23.0, para obtener nuestros resultados los cuales son planteados en nuestros cuadros estadísticos, los mismos serán ejecutados como interpretados para ser comparados con resultados de los estudios que investigaremos posteriormente. También se realizó con el uso del chi cuadrado para la tabulación de los mismos.

V. RESULTADOS

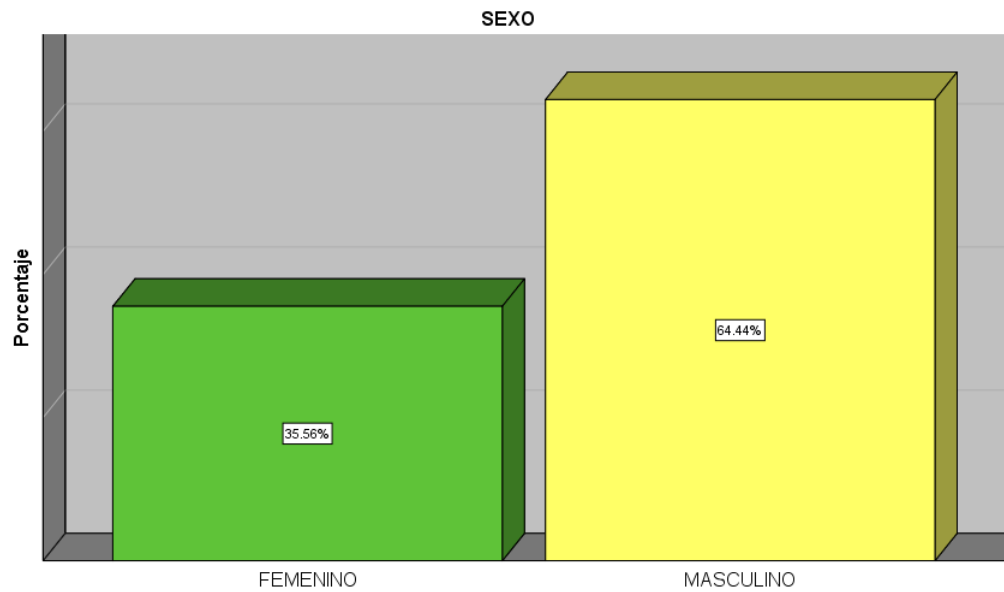
5.1 Presentación de resultados

1. SEXO.

CUADRO N° 01

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	32	35.6	35.6	35.6
	MASCULINO	58	64.4	64.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 01

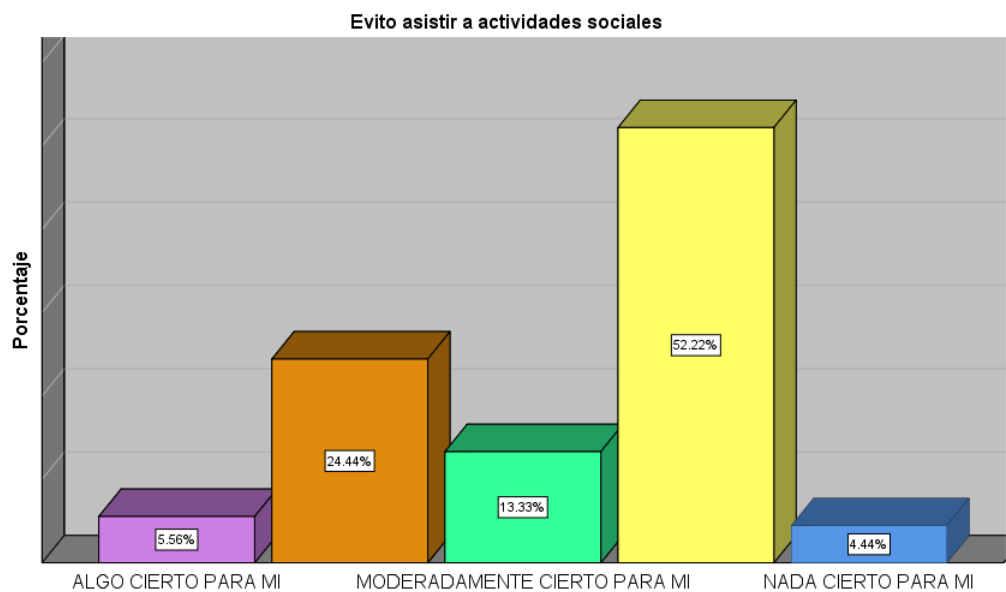


2. EVITO ASISTIR A ACTIVIDADES SOCIALES.

CUADRO N° 02

Evito asistir a actividades sociales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	5	5.6	5.6	5.6
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	22	24.4	24.4	30.0
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	12	13.3	13.3	43.3
	MUY CIERTO PARA MI	47	52.2	52.2	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 02

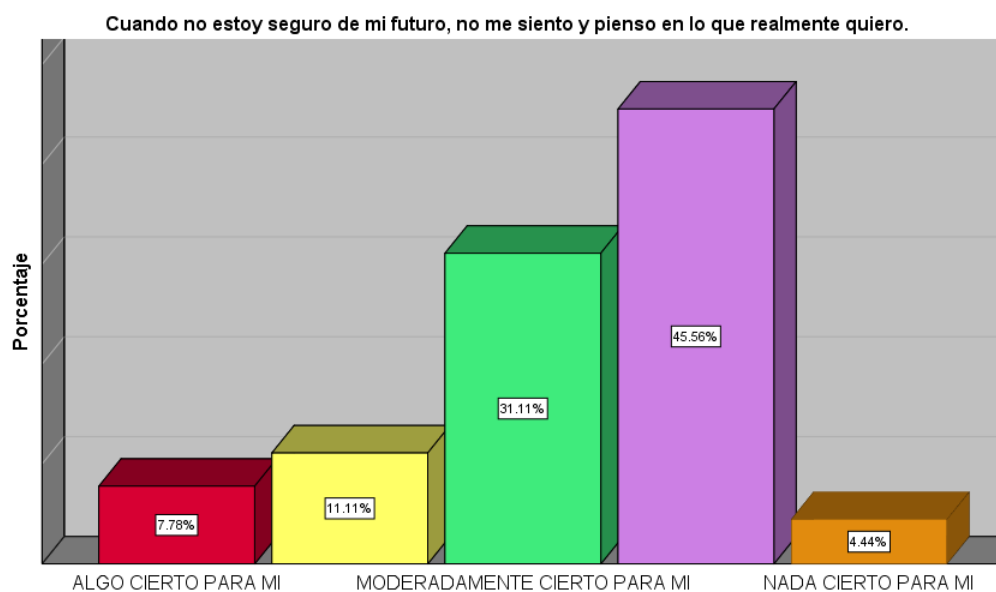


3. CUANDO NO ESTOY SEGURO DE MI FUTURO, NO ME SIENTO Y PIENSO EN LO QUE REALMENTE QUIERO.

CUADRO N° 03

Cuando no estoy seguro de mi futuro, no me siento y pienso en lo que realmente quiero.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	7	7.8	7.8	7.8
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	10	11.1	11.1	18.9
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	28	31.1	31.1	50.0
	MUY CIERTO PARA MI	41	45.6	45.6	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 03

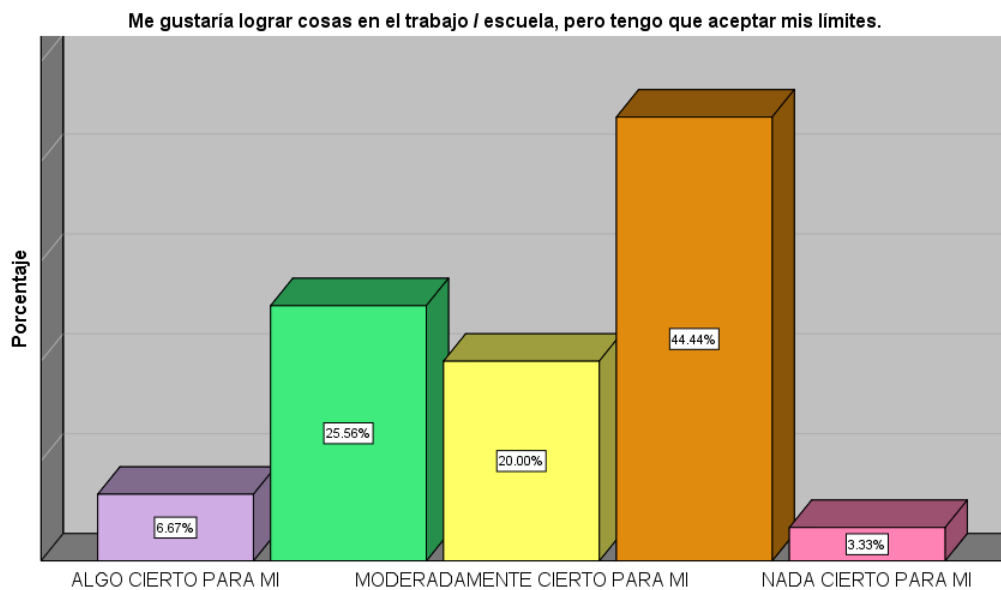


4. ME GUSTARIA LOGRAR COSAS EN EL TRABAJO / ESCUELA, PERO TENGO QUE ACEPTAR MIS LÍMITES.

CUADRO N° 04

Me gustaría lograr cosas en el trabajo / escuela, pero tengo que aceptar mis límites.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	6	6.7	6.7	6.7
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	23	25.6	25.6	32.2
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	18	20.0	20.0	52.2
	MUY CIERTO PARA MI	40	44.4	44.4	96.7
	NADA CIERTO PARA MI	3	3.3	3.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 04

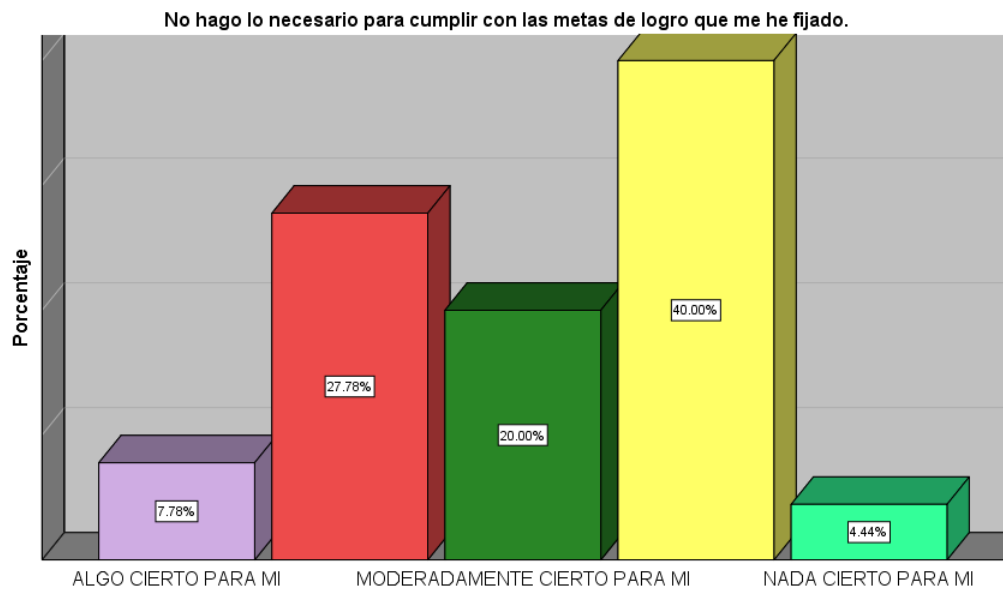


5. NO HAGO LO NECESARIO PARA CUMPLIR CON LAS METAS DE LOGRO QUE ME HE FIJADO.

CUADRO N° 05

No hago lo necesario para cumplir con las metas de logro que me he fijado.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	7	7.8	7.8	7.8
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	25	27.8	27.8	35.6
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	18	20.0	20.0	55.6
	MUY CIERTO PARA MI	36	40.0	40.0	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 05

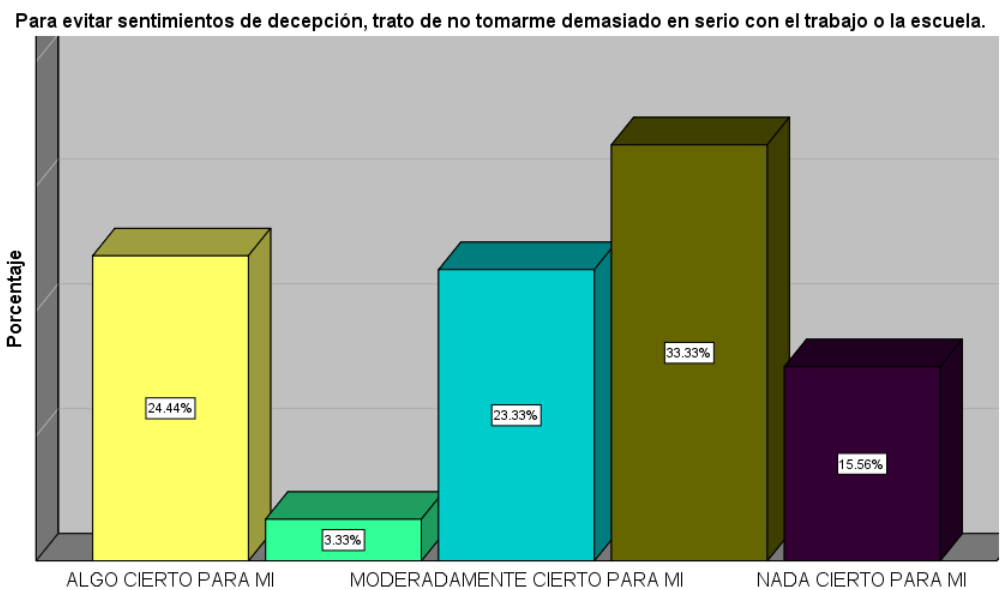


6. PARA EVITAR SENTIMIENTOS DE DECEPCION,
TRATO DE NO TOMARME DEMASIADO EN SERIO
CON EL TRABAJO O ESCUELA.

CUADRO N° 06

Para evitar sentimientos de decepción, trato de no tomarme demasiado en serio con el trabajo o la escuela.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	22	24.4	24.4	24.4
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	3	3.3	3.3	27.8
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	21	23.3	23.3	51.1
	MUY CIERTO PARA MI	30	33.3	33.3	84.4
	NADA CIERTO PARA MI	14	15.6	15.6	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 06

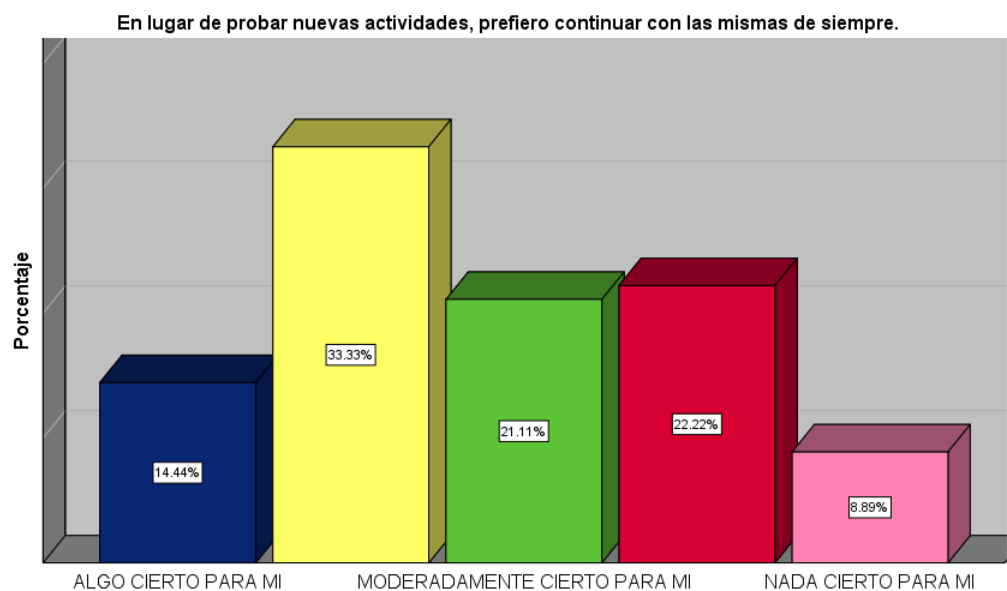


7. EN LUGAR DE PROBAR NUEVAS ACTIVIDADES,
 PREFIERO CONTINUAR CON LAS MISMAS DE
 SIEMPRE.

CUADRO N° 07

En lugar de probar nuevas actividades, prefiero continuar con las mismas de siempre.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	13	14.4	14.4	14.4
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	30	33.3	33.3	47.8
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	19	21.1	21.1	68.9
	MUY CIERTO PARA MI	20	22.2	22.2	91.1
	NADA CIERTO PARA MI	8	8.9	8.9	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 07

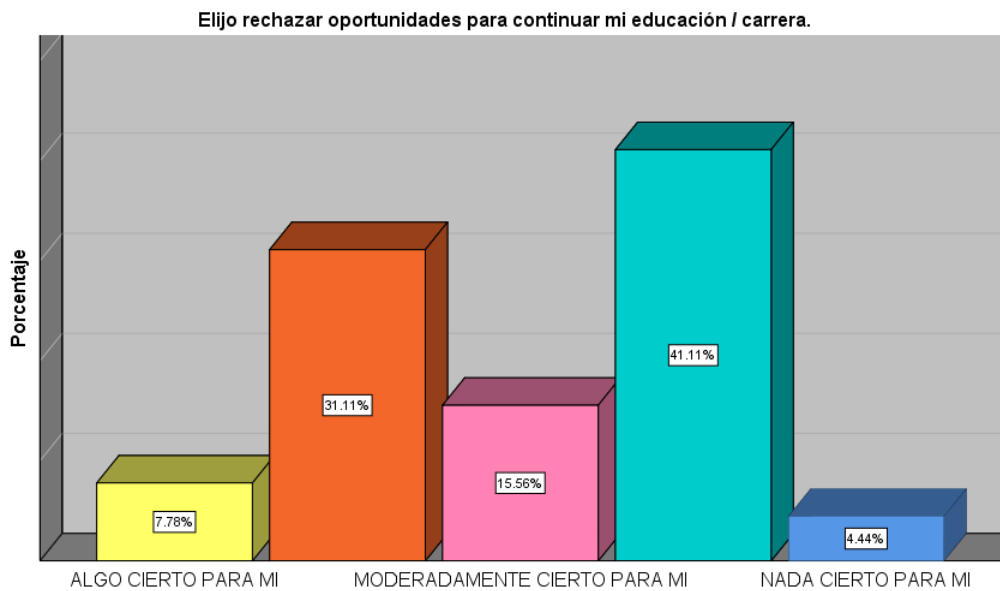


8. ELIJO RECHAZAR OPORTUNIDADES PARA CONTINUAR MI EDUCACION / CARRERA.

CUADRO N° 08

Elijo rechazar oportunidades para continuar mi educación / carrera.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	7	7.8	7.8	7.8
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	28	31.1	31.1	38.9
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	14	15.6	15.6	54.4
	MUY CIERTO PARA MI	37	41.1	41.1	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 08

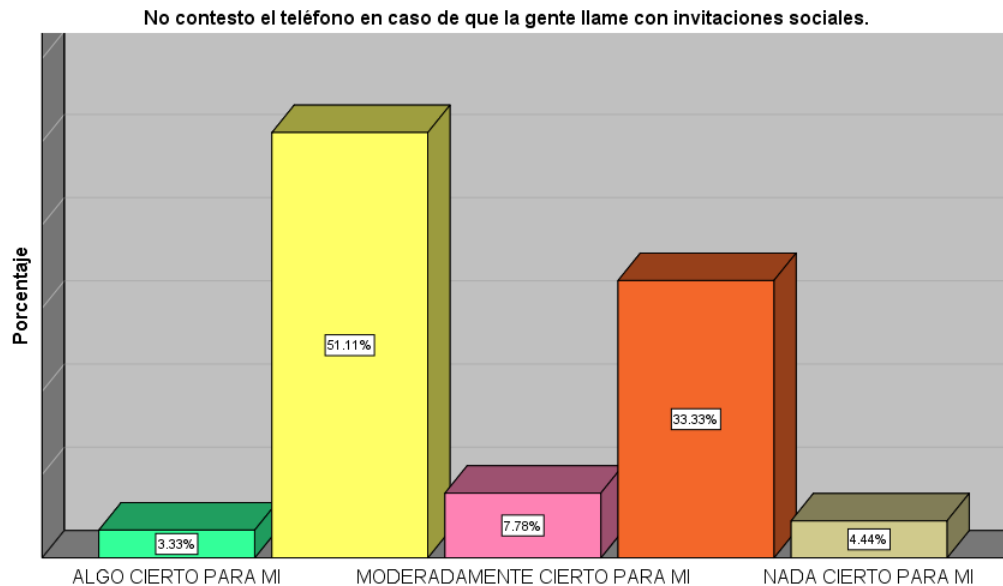


9. NO CONTESTO EL TELEFONO EN CASO DE QUE LA GENTE LLAME CON INVITACIONES SOCIALES.

CUADRO N° 09

No contesto el teléfono en caso de que la gente llame con invitaciones sociales.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	3	3.3	3.3	3.3
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	46	51.1	51.1	54.4
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	7	7.8	7.8	62.2
	MUY CIERTO PARA MI	30	33.3	33.3	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 09

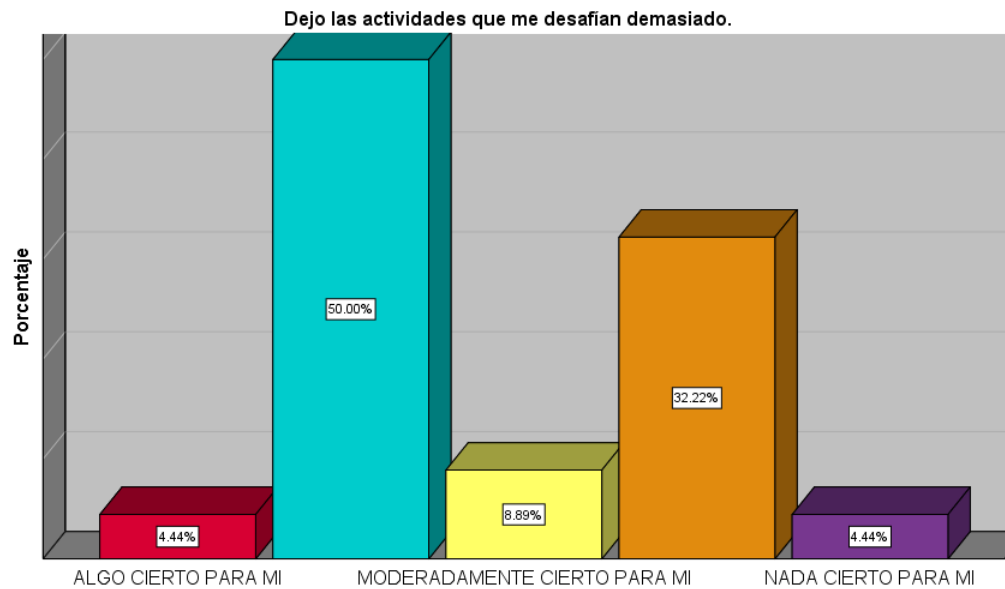


10. DEJO LAS ACTIVIDADES QUE ME DESAFIAN DEMASIADO.

CUADRO N° 10

Dejo las actividades que me desafian demasiado.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	4.4
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	45	50.0	50.0	54.4
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	8	8.9	8.9	63.3
	MUY CIERTO PARA MI	29	32.2	32.2	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 10

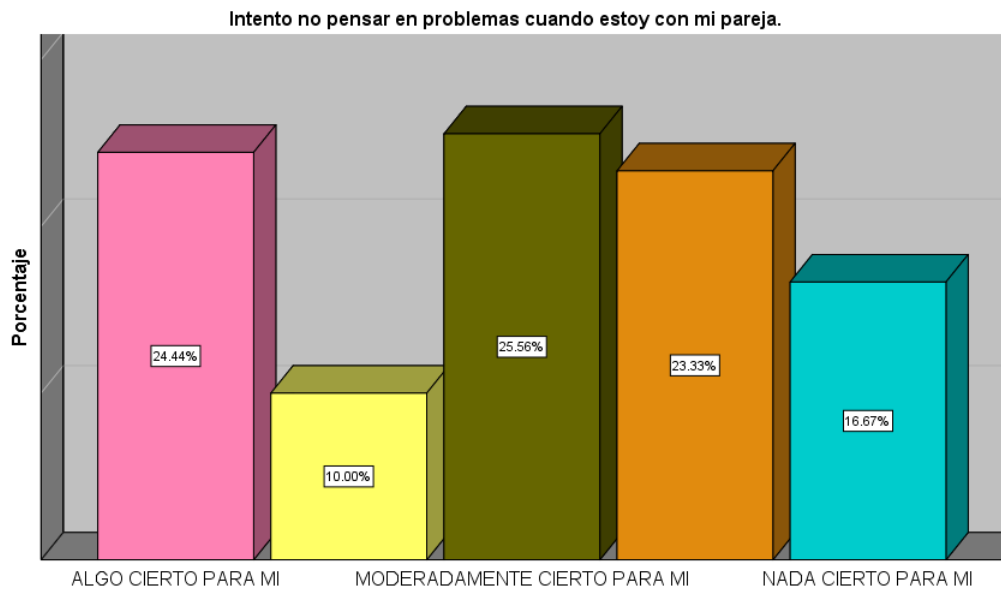


11.INTENTO NO PENSAR EN PROBLEMAS CUANDO ESTOY CON MI PAREJA.

CUADRO N° 11

Intento no pensar en problemas cuando estoy con mi pareja.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	22	24.4	24.4	24.4
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	9	10.0	10.0	34.4
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	23	25.6	25.6	60.0
	MUY CIERTO PARA MI	21	23.3	23.3	83.3
	NADA CIERTO PARA MI	15	16.7	16.7	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 11

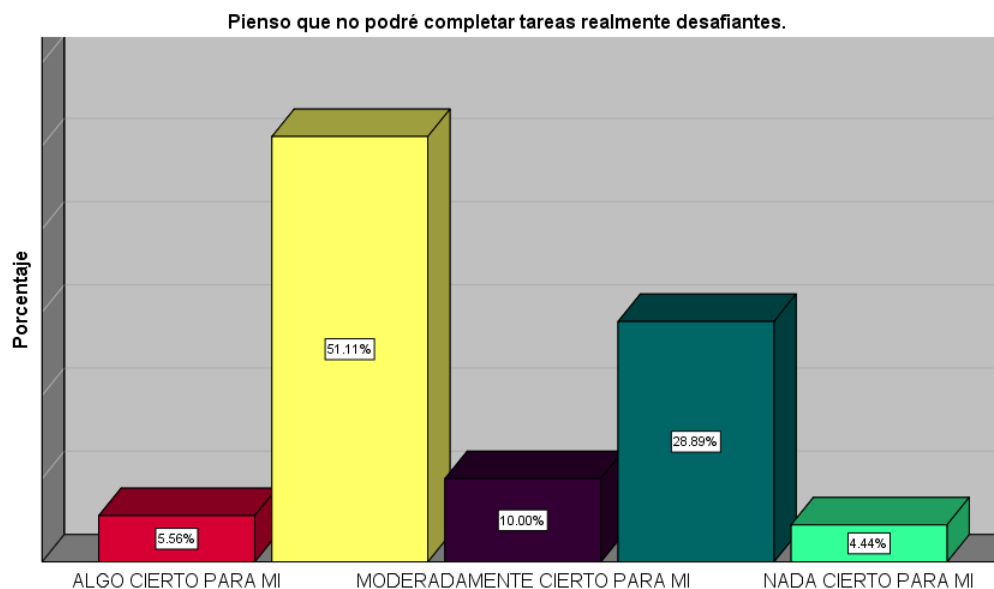


12.PIENSO QUE NO PODRE COMPLETAR TAREAS REALMENTE DESAFIANTES.

CUADRO N° 12

Pienso que no podré completar tareas realmente desafiantes.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	5	5.6	5.6	5.6
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	46	51.1	51.1	56.7
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	9	10.0	10.0	66.7
	MUY CIERTO PARA MI	26	28.9	28.9	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 12

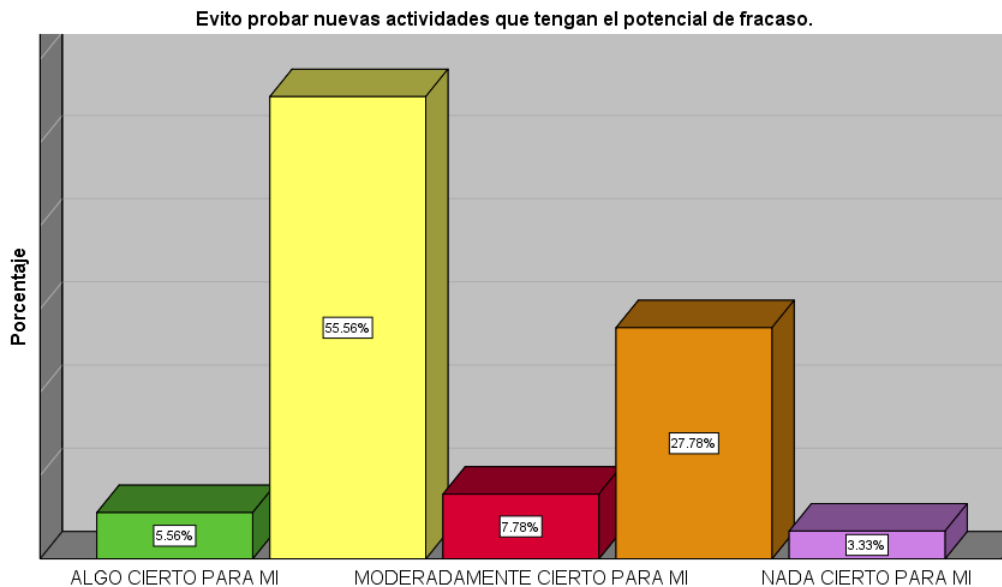


13. EVITO PROBAR NUEVAS ACTIVIDADES QUE TENGAN EL POTENCIAL DE FRACASO.

CUADRO N° 13

Evito probar nuevas actividades que tengan el potencial de fracaso.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	5	5.6	5.6	5.6
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	50	55.6	55.6	61.1
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	7	7.8	7.8	68.9
	MUY CIERTO PARA MI	25	27.8	27.8	96.7
	NADA CIERTO PARA MI	3	3.3	3.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 13

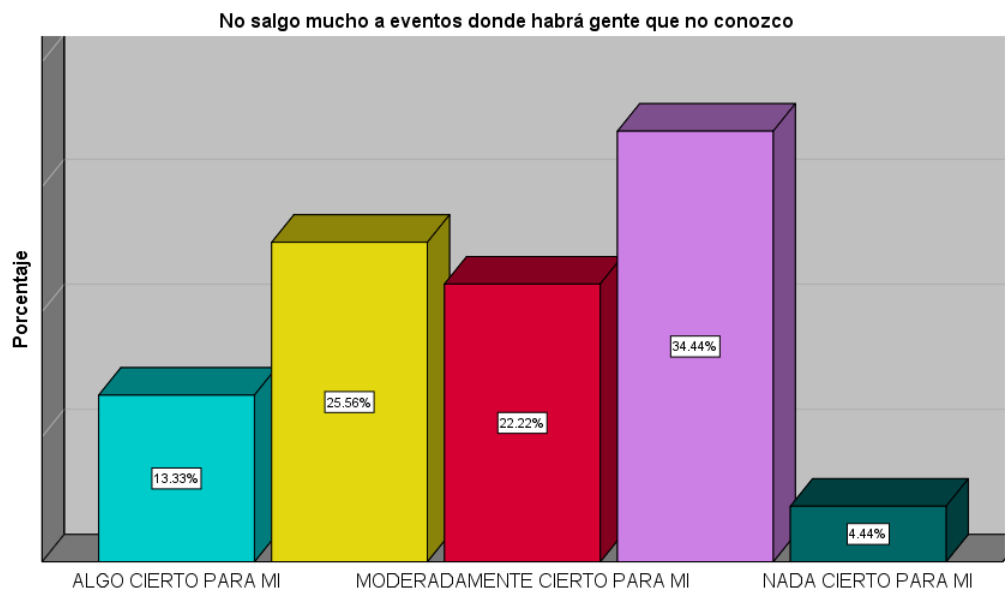


14.NO SALGO A EVENTOS DONDE HABRA MUCHA GENTE QUE NO CONOZCO.

CUADRO N° 14

No salgo mucho a eventos donde habrá gente que no conozco					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	12	13.3	13.3	13.3
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	23	25.6	25.6	38.9
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	20	22.2	22.2	61.1
	MUY CIERTO PARA MI	31	34.4	34.4	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 14

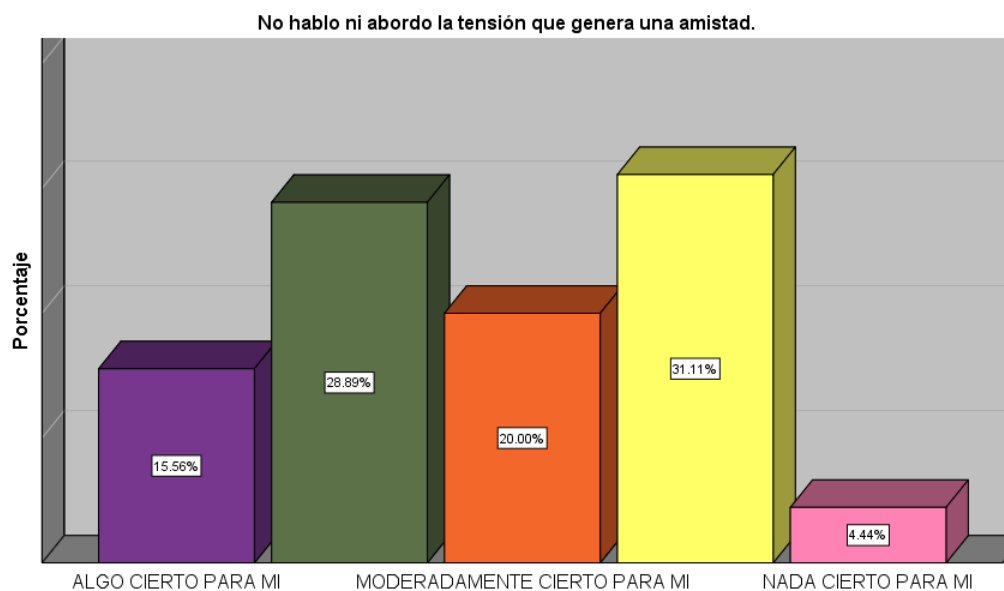


15. NO HABLO NI ABORDO TENSION QUE GENERA UNA AMISTAD.

CUADRO N° 15

No hablo ni abordo la tensión que genera una amistad.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALGO CIERTO PARA MI	14	15.6	15.6	15.6
	EXTREMADAMENTE CIERTO PARA MI	26	28.9	28.9	44.4
	MODERADAMENTE CIERTO PARA MI	18	20.0	20.0	64.4
	MUY CIERTO PARA MI	28	31.1	31.1	95.6
	NADA CIERTO PARA MI	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

FIGURA N° 15



5.2 Interpretación de los resultados

Hi Existirá la prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

Ho No existirá la prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

$$Fe = \frac{(TMR)(TMC)}{N}$$

ANSIEDAD	DEPRESION		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A 40	B 20	60
NO	C 20	D 10	30
TMC	60	30	90

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

$$Fe \text{ casilla A} = (60)(60) / (90) = 40$$

$$Fe \text{ casilla B} = (30)(30) / (90) = 10$$

$$Fe \text{ casilla C} = (60)(60) / (90) = 40$$

$$Fe \text{ casilla D} = (30)(30) / (90) = 10$$

ANSIEDAD	DEPRESION		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A fo = 40 fe = 40	B fo = 20 fe = 10	60
NO	C fo = 20 fe = 40	D fo = 10 fe = 10	30
TMC	60	30	90

Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) ²	(fo - fe) ² / fe
A	40	40	0	0	0
B	20	10	10	100	10
C	20	40	-20	400	10
D	10	10	0	0	0
	N = 90				Σ = 20

Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

gl = Grados de libertad

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

r = Renglones del cuadro

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

c = Columnas del cuadro

$20 \geq 0.05$ $X^2_c \geq X^2_t$

⇒ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Análisis de los resultados

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el sexo de los participantes fue de 64.44% son masculinos y el 35.56% son femeninos.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “evito asistir a actividades sociales”, el 52.22% es “muy cierto para mí”, el 24.40% son “extremadamente cierto para mí”, el 13.30% es “moderadamente cierto para mí”, el 5.60% es “algo cierto para mí” y el 4.40% es “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “cuando no estoy seguro de mi futuro, no me siento y pienso en lo que realmente quiero”, se determinó que el 45.56% corresponde a “muy cierto para mí”, el 31.10% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 11.10% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 7.80% corresponde a “algo cierto para mí”, y el 4.40% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “me gustaría lograr cosas en el trabajo / escuela, pero tengo que aceptar mis límites”, el 44.40% corresponde a “muy cierto para mí”, el 25.60% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 20% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 6.70% corresponde a “algo cierto para mí” y el 3.30% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “no hago lo necesario para cumplir con las metas de logro que me he fijado”, el 40% corresponde a

“muy cierto para mí”, el 27.80% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 20% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 7.80% corresponde a “algo cierto para mí”, y el 4.40% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “para evitar sentimientos de decepción, trato de no tomarme demasiado en serio con el trabajo o escuela”, el 24.40% corresponde a “algo cierto para mí”, el 23.30% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 15.60% corresponde a “nada cierto para mí”, y el 3.30% corresponde a “extremadamente cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “en lugar de probar nuevas actividades, prefiero continuar con las mismas de siempre”, el 33.30% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 22.20% corresponde a “muy cierto para mí”, el 21.10% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 14.40% corresponde a “algo cierto para mí”, el 8.90% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “en lugar de probar nuevas actividades, prefiero continuar con las mismas de siempre”, el 33.30% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 22.20% corresponde a “muy cierto para mí”, el 21.10% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 14.40% corresponde a “algo cierto para mí”, el 8.90% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que “elijo rechazar oportunidades para continuar mi educación / carrera”, se demostró que el

41.10% corresponde a “muy cierto para mí”, se demostró que el 31.10% corresponde el “extremadamente cierto para mí”, 15.60% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, 7.80% corresponde a “algo cierto para mí”, y el 4.40% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el “no contesto el teléfono en caso de que la gente llame con invitaciones sociales”, se demostró que el 51.10% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 33.30% corresponde a “muy cierto para mí”, el 7.80% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 4.40% corresponde “nada cierto para mí” y el 3.30% corresponde a “algo cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el “dejo las actividades que me desafían demasiado”, el 50% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 32.20% corresponde a “muy cierto para mí”, el 8.90% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 4.40% corresponde a “algo cierto para mí” y el “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el “intento no pensar en problemas cuando estoy en pareja”, se demostró que el 25.60% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 24.40% corresponde a “algo cierto para mí”, el 23.30% corresponde a “muy cierto para mí”, el 16.70% corresponde a “nada cierto para mí” y el 10% corresponde a “extremadamente cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el “pienso que no podre completar tareas realmente desafiantes”, el 51.10% el “extremadamente cierto para mí”, el 28.90% se determinó que “muy cierto para mí”, el 10% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el

5.60% corresponde a “algo cierto para mí” y el 4.40% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el “evito probar nuevas actividades que tengan el potencial de fracaso”, el 55.60% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 27.80% corresponde a “muy cierto para mí”, el 7.80% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 5.60% corresponde a “algo cierto para mí”, el 3.30% corresponde a “nada cierto para mí”.

Respecto al estudio acerca de los deportistas de Mollendo, se determinó que el “no salgo a eventos donde habrá mucha gente que no conozco”, se demostró que el 34.40% corresponde a “muy cierto para mí”, el 25.60% corresponde a “extremadamente cierto para mí”, el 22.20% corresponde a “moderadamente cierto para mí”, el 13.30% corresponde a “algo cierto para mí” y el 4.40% corresponde “nada cierto para mí”.

6.2 Comparación resultados con antecedentes

Dentro de los resultados que se obtuvo a partir de la aplicación del instrumento de nuestro estudio y en base a los antecedentes previamente presentados, se determinó que la mayoría de los participantes fueron masculinos, representados por un total de 64.44%.

Además, se determinó que la mayoría de los participantes expresa que se encuentra dentro de un comportamiento evasivo respecto a las actividades sociales, lo cual viene a ser un determinante de grados de ansiedad y depresión. Dichos adolescentes están representados por un total de

52.22%., como parte de esta esfera de estudio también tenemos que más de la mitad (51.1%) rechaza invitaciones para eventos sociales. De la misma manera hasta 34% de los encuestados no acude a eventos sociales donde no conoce a la mayoría de los asistentes.

Dentro del estudio intrapersonal de la realización y la autoestima representada por el ítem “cuando no estoy seguro de mi futuro, no me siento y pienso en lo que realmente quiero”, se evidenció un total de 45.56% de participantes se encontraba identificado con dicho acápite, de la misma manera y continuando con el estudio de la autorrealización, tenemos que hasta un 44% de la población evaluada se encuentra preocupada por las actividades realizadas y logradas dentro del trabajo y la escuela. Además, tenemos que un total de 40% de los encuestados siente que no ha logrado las metas propuestas.

Dentro del aspecto de la decepción y su relación con la importancia de las tareas dentro del trabajo o la escuela, tenemos que hasta un 24.4% de los deportistas buscan la evasión de dichos sentimientos. De la misma manera y continuando con el estudio de la regularidad de las actividades y la poca iniciativa de realización de nuevos trabajos o actividades tenemos que hasta un 33.30% presentan dicha conducta.

Debido a los resultados y como parte de la evaluación de cuadros de decepción en deportistas tenemos que muchos de los encuestados (41.10%) han rechazado en un momento de su carrera para poder continuar con su educación y/o carrera.

Estableciendo una conexión entre los niveles de decepción y la autorrealización tenemos el acápite donde se manifiesta

que los encuestados dejan actividades que les generan un desafío, probablemente frente a coincidir con la actitud evasiva previamente mencionada, así también se obtuvo que más de la mitad de encuestados no se siente en la capacidad de completar tareas realmente desafiantes.

Para los planos afectivos y de socialización se vio que hasta un 25.60% de los encuestados intenta no pensar en los problemas cuando se encuentran con su pareja, lo cual nos habla que, frente a los lazos afectivos, los encuestados desplazan los sentimientos de depresión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se determina la existencia de la prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.
- Se determina que existe una relación entre la ansiedad y depresión de los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020, representado por la presencia de trastornos mixtos hasta en un 44%
- Se determina que la ansiedad en los deportistas tiene como puntos de referencia, los comportamientos antisociales además como los deseos de realización y la realización de los mismos.
- Para el estudio de la depresión se determina que muchos de los encuestados presentan una conexión entre las relaciones afectivas y los comportamientos con tendencias depresivas, de la misma

manera y frente a otras situaciones de socialización los encuestados se muestran evasivos, por lo cual se concluye que las esferas de emoción y socialización se encuentran alteradas en aquellos deportistas que presentan casos de depresión.

RECOMENDACIONES

- Al demostrar que existe prevención dentro de los aspectos de ansiedad y depresión, se recomienda que se refuercen dichas estrategias sobre las actividades de prevención.
- Al existir relación entre la ansiedad y depresión de los deportistas de Mollendo, se sugiere que ante la identificación de cualquiera de los dos trastornos mencionados se realicen actividades de intervención.
- Se recomienda la creación de talleres de socialización para la cohesión de deportistas, lo cual buscara manejar actitudes evasivas presentadas en los resultados de este estudio.
- Se sugiere además intervenciones de salud mental, bajo la consigna de manejo de relaciones afectivas e intervenciones sobre el tema de autorrealización, involucrando talleres, charlas y dinámicas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Achenbach, TM y Rescorla, L. (2001). Manual para los formularios y perfiles para niños en edad escolar de la ASEBA: lista de verificación del comportamiento infantil para edades de 6 a 18 años, formulario de informe del maestro, autoinforme de los jóvenes: un sistema integrado de evaluación de múltiples informantes. Burlington, Vt .: ASEBA.

Adelman, HS y Taylor, L. (2010). Salud mental en las escuelas: Involucrar a los alumnos, prevenir problemas y mejorar las escuelas. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013).Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta ed.). Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Angold, A., Costello, E., Farmer, EM, Burns, BJ y Erkanli, A. (1999). Deterioro pero no diagnosticado.

Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente, 38(2), 129-137. doi: 10.1097 / 00004583-199902000-00011

Angold, A., Costello, EJ, Messer, SC y Pickles, A. (1995). Desarrollo de un breve cuestionario para su uso en estudios epidemiológicos de depresión en niños y adolescentes. Internacional Revista de métodos de investigación psiquiátrica, 5(4), 237-249.

Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L. y Costello, E. (2002). Puntuaciones de la escala de depresión en 8-17 años Ancianos: efectos de la edad y el sexo. Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil, 43(8), 1052-1063. doi: 10.1111 / 1469-7610.00232

Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, RC y Merikangas, KR (2008). Epidemiología de la depresión en niños y adolescentes. En JRZ Abela y BL Hankin (Eds.), Manual de depresión en niños y adolescentes (págs. 6-32). Nueva York, NY: Guilford Press.

Avenevoli, S. y Steinberg, L. (2001). La continuidad de la depresión a lo largo de la transición adolescente. En Avances en el desarrollo y la conducta infantil (págs. 139-173). San Diego, CA: Academic Press.

Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. y Ries Merikangas, K. (2001). Comorbilidad de la depresión en niños y adolescentes: modelos y evidencia de un estudio prospectivo de familias de alto riesgo. *Psiquiatría biológica*, 49(12), 1071-1081. doi: 10.1016 / S0006-3223%2801%2901142-8

Axelsson, DA y Birmaher, B. (2001). Relaciones entre ansiedad y trastornos depresivos en adolescencia y adolescencia. *Depresión y ansiedad*, 14(2), 67-78.

Balazs, J., Miklosi, M., Keresztesy, A., Hoven, CW, Carli, V., Wasserman, C. Wasserman, D.(2013). Depresión y ansiedad subumbral adolescente: psicopatología, deterioro funcional y aumento del riesgo de suicidio. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 54(6), 670-677. doi: 10.1111 / jcpp.12016

Baldwin, JS y Dadds, MR (2007). Fiabilidad y validez de las versiones para padres e hijos del Escala multidimensional de ansiedad para niños en muestras comunitarias. *Revista del americano Academia de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, 46, 252-260. doi: 10.1097 / 01.chi.0000246065.93200.a1

Barlow, DH (2000). Desentrañar los misterios de la ansiedad y sus trastornos desde la perspectiva de la teoría de las emociones. *Psicólogo estadounidense*, 55(11), 1247-1263. doi: 10.1037 / 0003-066X.55.11.1247

Barrett, PM, Dadds, MR y Rapee, RM (1996). Tratamiento familiar de la ansiedad infantil: A ensayo controlado. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 64(2), 333-342. doi: 10.1037 / 0022-006X.64.2.333

Barrett, PM, Duffy, AL, Dadds, MR y Rapee, RM (2001). Tratamiento cognitivo-conductual de trastornos de ansiedad en niños: seguimiento a largo plazo (6 años). *Revista de consultoría y psicología clínica*, 69(1), 135-141. doi: 10.1037 / 0022-006X.69.1.135

Barrett, PM, Rapee, RM, Dadds, MM y Ryan, SM (1996). Mejora familiar del estilo cognitivo en niños ansiosos y agresivos. *Revista de psicología infantil anormal*, 24(2), 187- 203. doi: 10.1007 / BF01441484

Bastiaansen, D., Koot, HM, Ferdinand, RF y Verhulst, FC (2004). Calidad de vida en niños con trastornos psiquiátricos: informe personal, de los padres y del médico. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 43(2), 221-230. doi: 10.1097 / 00004583-200402000-00019

Campbell, MK, Elbourne, DR y Altman, DG (2004). Declaración CONSORT: extensión al clúster ensayos aleatorizados. *BMJ*, 328(7441), 702-708.

Cheung, GW y Rensvold, RB (2002). Evaluación de índices de bondad de ajuste para probar la invariancia de medición. *S test estructural Modelado de ecuaciones*, 9(2), 233-255. reoi: 10.1207 / S15328007SEM0902_5

Chorpita, BF y Daleiden, EL (2002). Dimensiones tripartitas de la emoción en una muestra clínica infantil: Estrategias de medición e implicaciones para la utilidad clínica. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 70(5), 1150-1160. doi: 10.1037 / 0022-006X.70.5.1150

Chu, BC, Colognori, D., Weissman, AS y Bannon, K. (2009). Una descripción inicial y piloto de Terapia de activación conductual grupal para jóvenes ansiosos y deprimidos. *Práctica cognitiva y conductual*, 16(4), 408-419. doi: 10.1016 / j.cbpra.2009.04.003

Chu, BC, Crocco, ST, Esseling, P., Areizaga, MJ, Lindner, AM y Skriner, LC (2016). Terapia de exposición y activación conductual de grupo transdiagnóstico para la ansiedad y depresión: ensayo controlado aleatorio inicial. *Investigación y terapia del comportamiento*, 76, 65-75. doi: 10.1016 / j.brat.2015.11.005

Cochrane. (2017). Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos. Obtenido de <http://methods.cochrane.org/bias/assessing-risk-bias-included-studies>

Collins, LM, Dziak, JJ, Kugler, KC y Trail, JB (2014). Experimentos factoriales: herramientas eficientes para evaluación de los componentes de la intervención. *Revista Estadounidense de Medicina Preventiva*, 47(4), 498-504. doi: 10.1016 / j.amepre.2014.06.021

Comer, JS y Kendall, PC (2004). Un examen a nivel de síntomas de la concordancia entre padres e hijos en el diagnóstico de jóvenes ansiosos. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 43(7), 878-886. doi: 10.1097 / 01.chi.0000125092.35109.c5

Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalencia y desarrollo de trastornos psiquiátricos en la adolescencia y la adultez. *Archivos de Psiquiatría General*, 60(8), 837-844. doi: 10.1001 / archpsyc.60.8.837

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. y Dobson, KS (2013). Un metaanálisis de la terapia cognitivo-conductual para la depresión en adultos, sola y en comparación con otros tratamientos. *Revista Canadiense de Psiquiatría. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58 años(7), 376-385. doi: 10.1177 / 070674371305800702

Cummings, CM, Caporino, NE y Kendall, PC (2014). Comorbilidad de ansiedad y depresión en niños y adolescentes: 20 años después. *Boletín psicológico*, 140(3), 816-845. doi: 10.1037 / a0034733

Curry, JF y Meyer, AE (2017). Tratamiento de la depresión. En PC Kendall (Ed.), *Terapia cognitiva con niños y adolescentes, tercera edición: un libro de casos para la práctica clínica (3 ed.)*. EE.UU. : Guilford Publications Inc. MUA

David-Ferdon, C. y Kaslow, Nueva Jersey (2008). Tratamientos psicosociales basados en evidencias para niños y depresión adolescente. *Revista de psicología clínica infantil y adolescente*, 37(1), 62-104. doi: 10.1080 / 15374410701817865 de Jong, P., Sportel, B., de Hullu, E. y Nauta, M. (2012). Co-ocurrencia de síntomas de ansiedad social y depresión en la adolescencia: ¿Vínculos diferenciales con la autoestima implícita y explícita? *Medicina psicológica*, 42(3), 475-484. doi: 10.1017 / S0033291711001358

De Los Reyes, A., Augenstein, TM, Wang, M., Thomas, SA, Drabick, DA, Burgers, DE y Rabinowitz, J. (2015). La validez del enfoque de

múltiples informantes para evaluar la salud mental de niños y adolescentes. *Boletín psicológico*, 141(4), 858-900. doi: 10.1037 / a0038498
De nasjonale forskningsetiske komiteene (directrices de NESH. (2014).

Forskningsetiske retningslinjer para samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (3ª ed.). Oslo: De nasjonale forskningsetiskekomiteene.

Dierker, LC, Albano, AM, Clarke, GN, Heimberg, RG, Kendall, PC, Merikangas, KR, Kupfer, DJ (2001). Detección de ansiedad y depresión en la adolescencia temprana. *Diario de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 40(8), 929-936. doi: 10.1097 / 00004583-200108000-00015

Donner, A., Birkett, N. y Buck, C. (1981). Aleatorización por conglomerados. Requisitos de tamaño de muestra y análisis. *Revista Estadounidense de Epidemiología*, 114(6), 906-914.

Dziak, JJ, Nahum-Shani, I. y Collins, LM (2012). Experimentos factoriales multinivel para desarrollar intervenciones conductuales: consideraciones de poder, tamaño de la muestra y recursos. *Psicológico Métodos*, 17(2), 153-175. doi: 10.1037 / a0026972

Essau, CA (2005). Frecuencia y patrones de utilización de los servicios de salud mental entre los adolescentes con ansiedad y trastornos depresivos.

Depresión y ansiedad, 22(3), 130-137. doi: 10.1002 / da.20115 (2007).
Prevención escolar de los síntomas depresivos: un estudio controlado aleatorizado de la efectividad y especificidad del programa de resiliencia del penn. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 75(1), 9-19. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.9>

Gillham, JE, Reivich, KJ, Freres, DR, Lascher, M., Litzinger, S., Shatte, A. y Seligman, ME (2006). Prevención escolar de los síntomas de depresión y ansiedad en la adolescencia temprana: un componente piloto de intervención de los padres. *School Psychology Quarterly*, 21(3), 323-348. doi: 10.1521 / scpq.2006.21.3.323

Ginsburg, GS, Becker, KD, Kingery, JN y Nichols, T. (2008). Transporte de CBT para la adolescencia trastornos de ansiedad en clínicas de salud mental en las escuelas del centro de la ciudad. *Cognitivo y conductual Práctica*, 15(2), 148-158. doi: 10.1016 / j.cbpra.2007.07.001

Ginsburg, GS, La Greca, AM y Silverman, WK (1998). Ansiedad social en niños con ansiedadtrastornos: Relación con el funcionamiento social y emocional. *Diario de un niño anormal Psicología*, 26(3), 175-185. doi: 10.1023 / A: 1022668101048

González-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chavez, L., Shrout, P., Bird, H. Bauermeister, J. (2005). Examinar la depresión mayor y menor en adolescentes. *Revista de psicología infantil y psiquiatría*, 46(8), 888-899. doi: 10.1111 / j.1469-7610.2005.00370.x

Goodwin, RD, Fergusson, DM y Horwood, L. (2004). Los comportamientos tempranos ansiosos / retraídos predicen trastornos de internalización posterior. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 45(4), 874-883. doi: 10.1111 / j.1469-7610.2004.00279.x

Gordon, R. (1987). Una clasificación operativa de prevención de enfermedades. En JA Steinberg y MM Silverman (Eds.), *Prevención de los trastornos mentales*. (págs. 20-26). Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Gotlib, IH, Lewinsohn, PM y Seeley, JR (1995). Síntomas versus diagnóstico de depresión: Diferencias en el funcionamiento psicosocial. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 63(1), 90-100. doi: 10.1037 / 0022-006X.63.1.90

Gottfredson, DC, Cook, TD, Gardner, FE, Gorman-Smith, D., Howe, GW, Sandler, IN y Zafft, KM (2015). Estándares de evidencia para la investigación de eficacia, efectividad y ampliación eficiencia de la prevención: próxima generación. *Ciencias de la Prevención*, 16(7), 893-926. doi: 10.1007 / s11121-015-0555-x

Greenberg, MT (2010). Prevención escolar: situación actual y desafíos laborales. *Eficaz Educación*, 2(1), 27-52.

Grills-Taquechel, AE, Ollendick, TH y Fisak, B. (2008). Reexamen del factor MASCEstructura y capacidad discriminante en una muestra mixta clínica ambulatoria. *Depresión y ansiedad*, 25(11), 942-950. doi: 10.1002 / da.20401

Gupta, KS (2011). Concepto de intención de tratar: una revisión. *Bioestadística*, 2(3), 109-112. doi: 10.4103 / 2229-3485.83221

Haney, P. y Durlak, JA (1998). Cambiar la autoestima en niños y adolescentes: un metaanálisisrevisión. *Revista de psicología clínica infantil*, 27(4), 423-433. doi: 10.1207 / s15374424jccp2704_6

Helseforskningsloven (Ley de investigación sanitaria). (2015). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Obtenido de https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?_Q_=helseforskningsloven.

Hochberg, Y. y Tamhane, AC (1987). Procedimientos de comparaciones múltiples. Nueva York: John Wiley & Sons. Howick, JH (2011). La filosofía de la medicina basada en la evidencia. Reino Unido: BMJ Books.

Hox, JJ y Bechger, TM (1998). Introducción al modelado de ecuaciones estructurales. *Ciencias de la familia Revisión*, 11(4), 354-373.

Ialongo, NS, Edelsohn, G. y Kellam, SG (2001). Una mirada más detallada al poder pronóstico de los informes de niños pequeños sobre el estado de ánimo depresivo. *Desarrollo infantil*, 72(3), 736-747. doi: 10.1111 / 1467-8624.00312

In-Albon, T. y Schneider, S. (2007). Psicoterapia de los trastornos de ansiedad infantil: un metaanálisis. *Psicoterapia y psicósomática*, 76, 15-24. doi: 10.1159 / 000096361

Issakidis, C. y Andrews, G. (2002). Utilización de servicios para la ansiedad en una muestra comunitaria australiana. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica*, 37(4), 153-163. doi: 10.1007 /

s001270200009 Jamison, DT, Creese, A. y Prentice, T. (1999). Informe sobre la salud en el mundo 1999: marcar una diferencia.

Obtenido de Ginebra, Suiza:

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrom, L., Matthejat, F. y Ravens-Sieberer, U. (2008). Calidad de vida como

informado por los escolares y sus padres: una encuesta transversal. *Salud Calidad de vida Resultados*, 6, 34. doi: 10.1186 / 1477-7525-6-34

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrom, L., Wallander, J. y Matthejat, F. (2010). Calidad de vida según lo informado por niños y padres: una comparación entre estudiantes y pacientes ambulatorios psiquiátricos infantiles.

Resultados de la calidad de vida en salud, 8, 136. doi: 10.1186 / 1477-7525-8-136

Kamphaus, RW y Frick, PJ (2005). Evaluación clínica de la personalidad y el comportamiento de niños y adolescentes (2 ed.). Nueva York, NY: Springer Science + Business Media; NOS.

Kaufman, J. (2015). Intervenciones cognitivas y conductuales en las escuelas. Nueva York: Springer.

Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A. y Klostermann, S. (2009). La depresión engendra depresión: comparar la utilidad predictiva de los síntomas de depresión y ansiedad para la depresión posterior. *Revista de psicología y psiquiatría infantil*, 50(9), 1167-1175. doi: 10.1111 / j.1469-7610.2009.02080.x

Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Babinski, D., Hinze, A., Rischall, M. y Henneberger, A. (2008). Los síntomas subumbrales de depresión en niñas preadolescentes son estables y predicen trastornos depresivos. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 47(12), 1433-1442. doi: 10.1097 / CHI.0b013e3181886eab

Kendall, PC (2012a). Trastornos de ansiedad en la juventud. En PC Kendall (Ed.), *Terapia de niños y adolescentes: Procedimientos cognitivo-conductuales* (4ª ed., Págs. 143-189). Nueva York, NY: Guilford Press.

Kendall, PC (2012b). Teoría orientadora para la terapia con niños y adolescentes. En *Niño y Terapia de adolescentes: procedimientos cognitivo-conductuales*. (4 ed., Págs. 3-24). Nueva York, NY: Guilford Press; NOS.

Spence, SH y Shortt, AL (2007). ¿Podemos justificar la amplia difusión de la educación universal, escolarintervenciones basadas en la prevención de la depresión en niños y adolescentes? *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 48(6), 526-542. doi: 10.1111 / j.1469-7610.2007.01738.x

Stark, KD, Simpson, J., Schoebelen, S., Hargrave, J., Molnar, J. y Glen, R. (2007). *Tratar a los deprimidos Juventud: Manual del terapeuta para la ACCIÓN*. Ardmore, PA: Publicación de libros de trabajo.

Stark, KD, Streusand, W., Perna, A. y Patel, P. (2012). Depresión infantil: el programa de tratamiento ACTION. En PC Kendall (Ed.), *Terapia infantil y adolescente: cognitivo-conductual Procedimientos* (4 ed., Págs. 190 - 233). Nueva York, NY: Guilford Press.

Steiger, AE, Allemand, M., Robins, RW y Fend, HA (2014). La baja y decreciente autoestima durante la adolescencia predice la depresión adulta dos décadas después. *Revista de personalidad y Psicología social*, 106(2), 325-338. doi: 10.1037 / a0035133

Stevanovic, D. (2013). Impacto de los síntomas emocionales y conductuales en la calidad de vida de los niños y adolescentes. *Investigación sobre la calidad de vida: Revista internacional sobre aspectos del tratamiento, la atención y la rehabilitación de la calidad de vida*, 22(2), 333-337. doi: 10.1007 / s11136-012-0158

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, CN y Rohde, P. (2009). Una revisión metaanalítica de la depresión programas de prevención para niños y adolescentes: factores que predicen la magnitud de efectos de la intervención. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 77(3), 486-503. doi: 10.1037 / a0015168

Medias, EA, Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, YY, Erskine, HE, Whiteford, HA y Patton, G. (2016). Prevención de la depresión y la ansiedad en los jóvenes: una revisión de la eficacia conjunta de Prevención universal, selectiva e indicada. *Medicina Psicológica*, 46(1), 11-26. doi: 10.1017 / S0033291715001725

Sund, AM, Larsson, B. y Wichstrom, L. (2001). Síntomas depresivos entre los adolescentes noruegos medidos por el cuestionario The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *Niño europeo y psiquiatría adolescente*, 10(4), 222-229. doi: 10.1007 / s007870170011

Teubert, D. y Piquart, M. (2011). Una revisión metaanalítica sobre la prevención de los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. *Revista de trastornos de ansiedad*, 25, 1046-1059. doi: 10.1016 / j.janxdis.2011.07.001

Thaulow, CM y Jozefiak, T. (2012). Una comparación entre pacientes ambulatorios psiquiátricos infantiles con TDA / H y ansiedad / depresión. *Revista nórdica de psiquiatría*, 66(6), 396-402. doi: 10.3109 / 08039488.2012.660546

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Existe prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020?	<p>Determinar la existencia de la prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.</p> <p>Específicos: Estudiar si existen componentes ansiosos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.</p> <p>Estudiar si existen componentes depresivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.</p> <p>Estudiar si existen componentes preventivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.</p>	<p>Existe la prevención de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.</p> <p>Específicos: -Existen componentes ansiosos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020</p> <p>-Existen componentes depresivos en los deportistas de Mollendo durante el periodo 2020.</p> <p>-Existen componentes preventivos de la ansiedad y depresión en los deportistas de Mollendo durante el</p>	<p>•Variable independiente: Ansiedad</p> <p>•Variable dependiente: Depresión</p>	Encuesta	<p>Población: Se llega a contar con toda la participación de los adolescentes de Mollendo, siendo una población de 132 participantes, los cuales cumplían con los requisitos para nuestra investigación.</p> <p>Muestra: Se utilizó un total de 90 participantes para el análisis en el estudio actual.</p>

		periodo 2020.			
--	--	---------------	--	--	--

“PREVENCION DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS DEPORTISTAS DE MOLLENO DURANTE EL PERIODO 2020”

ANEXO 2: Matriz de Operalización de variables

“PREVENCION DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS DEPORTISTAS DE MOLLENDO DURANTE EL PERIODO 2020”

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Categorías
ANSIEDAD	los estudiantes ansiosos son extremadamente vulnerables a señales contextuales de situaciones de evaluación; antes, durante y después de las pruebas / exámenes, el estudiante se siente inseguro, preocupado y dudoso.	Pensamientos intrusivos (por ejemplo, anticipación del fracaso) interfieren con los procesos de atención requerido por la tarea y, en consecuencia, poner en peligro rendimiento.	Evito asistir a actividades sociales Cuando no estoy seguro de mi futuro, no me siento y pienso en lo que realmente quiero. Me gustaría lograr cosas en el trabajo / escuela, pero tengo que aceptar mis límites	1 = Nada cierto para mí 2 = Algo cierto para mí 3 = Moderadamente cierto para mí 4 = Muy cierto para mí 5 = Extremadamente cierto para mí.
DEPRESION	La depresión es un trastorno mental común que puede ser recurrente o duradero y puede afectar sustancialmente la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo o la escuela o para hacer frente a la vida diaria. Es debilitante y representa una mayor mortalidad, morbilidad y costos económicos que cualquier otro trastorno psicológico.	se prevé que la depresión clínica sea la enfermedad médica más discapacitante del mundo. Una explicación de la alta mortalidad, morbilidad y costos económicos de la depresión es que el trastorno se reconocida y poco tratada en adultos y más aún en adolescentes.	No hago lo necesario para cumplir con las metas de logro que me he fijado. Para evitar sentimientos de decepción, trato de no tomarme demasiado en serio con el trabajo o la escuela	

ANEXO 3: Instrumento de medición



Instrucciones: Diferentes personas usan diferentes estrategias para lidiar con situaciones y problemas en sus vidas. A continuación, se presentan una serie de estrategias que las personas pueden usar para lidiar con situaciones y problemas. Varios de los elementos siguientes se refieren a situaciones en el trabajo o la escuela. Si actualmente no está trabajando o asistiendo a la escuela, responda estos puntos utilizando sus deberes y actividades diarios. Lea atentamente cada declaración e indique qué tan cierta, en general, es cada declaración para usted utilizando la siguiente clave:

- 1 = Nada cierto para mí
- 2 = Algo cierto para mí
- 3 = Moderadamente cierto para mí
- 4 = Muy cierto para mí
- 5 = Extremadamente cierto para mí.

Sexo: () Masculino () Femenino

1. Evito asistir a actividades sociales.	1	2	3	4	5
2. Cuando no estoy seguro de mi futuro, no me siento y pienso en lo que realmente quiero.	1	2	3	4	5
3. Me gustaría lograr cosas en el trabajo / escuela, pero tengo que aceptar mis límites.	1	2	3	4	5
4. No hago lo necesario para cumplir con las metas de logro que me he fijado.	1	2	3	4	5
5. Para evitar sentimientos de decepción, trato de no tomarme demasiado en serio con el trabajo o la escuela.	1	2	3	4	5
6. En lugar de probar nuevas actividades, prefiero continuar con las mismas de siempre.	1	2	3	4	5
7. Elijo rechazar oportunidades para continuar mi educación / carrera.	1	2	3	4	5

8. No contesto el teléfono en caso de que la gente llame con invitaciones sociales.	1	2	3	4	5
9. Dejo las actividades que me desafían demasiado.	1	2	3	4	5
10. Intento no pensar en problemas cuando estoy con mi pareja.	1	2	3	4	5
11. Pienso que no podré completar tareas realmente desafiantes.	1	2	3	4	5
12. Si bien sé que debo tomar decisiones sobre mi relaciones personales, simplemente dejo que las cosas sigan como están.	1	2	3	4	5
13. Evito probar nuevas actividades que tengan el potencial de fracaso.	1	2	3	4	5
14. No salgo a eventos cuando sé que habrá un mucha gente que no conozco.	1	2	3	4	5
15. En lugar de pensar en los problemas de mi vida social, me digo que prefiero estar solo.	1	2	3	4	5
16. No hablo ni abordo la tensión que genera una amistad.	1	2	3	4	5
17. Encuentro que a menudo quiero salir de las reuniones sociales.	1	2	3	4	5
18. No trato de pensar en formas de mejorar mi desempeño laboral / escolar.	1	2	3	4	5

ANEXO 4 Ficha de validación de instrumentos de medición



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:/...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 5: Informe de turnitin al 11% de similitud

