



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DE UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD DEL DISTRITO PUENTE
PIEDRA, 2023”

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciada en psicología

Autor:

Mayra Cecilia Marin Culqui

Asesor:

Dr. Joan Carlos Espinoza Sotelo

<https://orcid.org/0000-0002-8324-6668>

Lima - Perú

2023

JURADO CALIFICADOR

Jurado 1 Presidente(a)	BLANCA JULISSA SARAVIA ANGULO	
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	JOSE FERNANDO VEGA LUJAN	
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	MARITZA ELIZABETH SOMOCURCIO ARANGURI	
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

INFORME DE SIMILITUD



Página 2 of 62 - Integrity Overview

Identificador de la entrega trcoiid::13251930417




5% Overall Similarity

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

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

- 3%  Internet sources
- 0%  Publications
- 5%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

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

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

DEDICATORIA

Este logro es el fruto del esfuerzo propio, la perseverancia, y la firme fe en Dios que ha guiado cada paso de este trayecto.

A mi amada familia, le dedico este logro, pues su amor, apoyo incondicional y comprensión han sido mi mayor fortaleza.

Agradezco a Dios por ser mi fuente de inspiración y por sostenerme en los momentos desafiantes.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Privada del Norte, mi alma máter por proporcionarme la oportunidad de llevar a cabo esta investigación.

A mi respetado asesor, por su inquebrantable compromiso y dirección especializada, elementos esenciales que contribuyeron de manera significativa como guía en la estructuración y mejora substancial de esta tesis.

Tabla de contenido

Jurado calificador.....	1
Informe de similitud	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Tabla de contenido.....	6
Índice de tablas	7
Resumen.....	8
Capítulo I. introducción	9
Capítulo II. Metodología	27
Capítulo III. Resultados.....	32
Capítulo IV. Discusión y Conclusiones	41
Referencias.....	48
Anexos	54

Índice de tablas

Tabla 1 Estadísticos generales de la variable depresión	32
Tabla 2 Niveles descriptivos de la variable depresión	33
Tabla 3 Niveles descriptivos de la dimensión cognitiva	34
Tabla 4 Niveles descriptivos de la dimensión físico conductual	34
Tabla 5 Niveles descriptivos de la dimensión afecto emocional	35
Tabla 6 Niveles descriptivos de la variable ansiedad.....	35
Tabla 7 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnova	36
Tabla 8 Comprobación de hipótesis general	37
Tabla 9 Comprobación de hipótesis específica uno	38
Tabla 10 Comprobación de hipótesis específica dos	39
Tabla 11 Comprobación de hipótesis específica tres	40

RESUMEN

La salud mental es crucial para el bienestar emocional y social; sin embargo en los últimos años a raíz de acontecimientos como la pandemia del Covid-19 se ha evidenciado un aumento en trastornos como depresión y ansiedad; siendo esencial comprender la dinámica de estos trastornos en adultos que buscan atención en instituciones de salud. El objetivo de este estudio consistió en establecer la relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023. Se trató de un estudio de tipo básico, cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal, la muestra fue censal de 100 adultos entre 44 y 74 años, como técnica se empleó la encuesta y por instrumento el cuestionario, en cuanto a la contrastación de hipótesis general se empleó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman con el que se obtuvo un puntaje 0,865 entre la ansiedad y la depresión. La correlación entre la ansiedad y la dimensión cognitiva fue de 0,698; entre la ansiedad y la dimensión física conductual fue de 0,536 y entre la ansiedad y la dimensión afecto emocional fue de 0,644, se concluyó que la ansiedad se relaciona directamente con la depresión y con sus dimensiones.

PALABRAS CLAVES: Depresión, ansiedad, salud mental, adultos

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El bienestar emocional, psicológico y social de las personas depende en gran medida de la salud mental y ejerce su influencia en nuestras acciones, pensamientos, decisiones y relaciones, más allá de ser simplemente la falta de problemas, la presencia de bienestar emocional se convierte en un factor fundamental para el bienestar integral y la salud en su totalidad (Instituto Nacional de la Salud Mental [NIMH], 2022).

Además, emerge como un derecho humano innegable, vital para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Las afecciones mentales comprenden trastornos y discapacidades psicosociales, así como estados mentales vinculados a angustia o riesgo autolesivo, aunque quienes las padecen pueden experimentar bienestar reducido, esta relación no sigue siempre una línea lineal, revelando la salud mental como un proceso dinámico que abraza la diversidad de experiencias individuales. Ante la falta de atención a trastornos mentales, como depresión y ansiedad, países deben innovar para ampliar y diversificar el acceso a tratamientos, incorporando servicios de asesoramiento no especializado o soluciones digitales de autoayuda (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

En cuanto a la depresión, su impacto persiste afectando al 5% de la población adulta a nivel global. Este trastorno se manifiesta a través de una tristeza duradera y la pérdida de interés en actividades placenteras, afectando aspectos como el sueño, apetito, fatiga y concentración. A escala mundial, la depresión se erige como una causa sustancial de discapacidad. No obstante, en naciones de ingresos bajos y medianos, más del 75% de quienes sufren trastornos mentales, incluyendo la depresión, carecen de acceso a servicios adecuados, subrayando la urgencia de abordajes más equitativos en la atención de la salud mental (OMS, 2023).

La depresión mantiene su posición como el trastorno mental predominante, afectando al doble de mujeres que de hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en naciones

industrializadas y entre el 20 y 40% en países en desarrollo experimentan depresión durante el embarazo o el puerperio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

A nivel global, 350 millones de personas padecen depresión, siendo el suicidio, con aproximadamente 800,000 casos anuales, el desenlace más grave, especialmente entre los 15 y 29 años. La prevalencia del trastorno depresivo mayor varía entre el 1.4% y el 11.7% en diferentes países. Así mismo, la cronicidad afecta al 30% de los casos, aumentando el riesgo de desarrollar otras enfermedades y destacando el suicidio como la complicación más seria, requiriendo evaluación en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente por parte de profesionales de la salud (MinSalud Colombia, 2017).

Por su parte, los trastornos de ansiedad se sitúan como el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Se observa un patrón subregional más marcado que en el caso de la depresión, destacando Brasil en la primera posición con un 7.5%. La mayoría de los países sudamericanos, a excepción de uno, muestran niveles de discapacidad por encima del promedio por países (4.7%) y del total regional (4.9%). Además, ocho de los diez países con mayores índices de discapacidad pertenecen a esta subregión. América del Norte, en cambio, presenta un panorama opuesto, con Canadá registrando la menor discapacidad (3.4%), seguido por México (3.6%) y Estados Unidos (4.1%), cifras considerablemente por debajo del promedio regional (OMS/OPS, 2018).

Cabe destacar que, aproximadamente 1 de cada 5 personas ha experimentado síntomas de ansiedad o depresión, indicando un incremento del 25% en comparación con años anteriores. El informe también destaca que este malestar psicológico tiende a ser más prevalente en la población joven en comparación con los adultos (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2022). De este modo, se observa un aumento en los indicadores de angustia psicológica en diversos contextos globales.

En el contexto peruano, no podemos eludir esta realidad; específicamente, en el año 2022, la ansiedad destacó como el problema más diagnosticado, alcanzando el 28.81%, seguido por la depresión (17.57%) y el síndrome del maltrato (15.12%) (El Peruano, 2022).

De acuerdo a datos suministrado por Infobae (2023) en el año 2021, tras la flexibilización de las restricciones por la COVID-19, se evidenció un marcado aumento en la demanda de servicios de salud mental en Perú, con un total de 1,840,247 casos registrados. Este incremento se intensificó significativamente en 2022, cuando la cifra ascendió a 2,116,630 personas que buscaron atención en los Centros de Atención Comunitaria a lo largo del país. En el transcurso del año 2023, ya se han contabilizado 1,511,024 casos, y se anticipa que esta cifra continuará en aumento hacia el final del año.

Los principales problemas de salud mental que afectan a la población peruana han sido identificados como la ansiedad, con 382,406 pacientes atendidos; la depresión, que ha afectado a 230,789 personas; y el síndrome de maltrato, con 230,578 pacientes. Este panorama refleja la complejidad de las tensiones psicológicas que persisten, destacando la necesidad de una atención continua y recursos para abordar eficazmente los desafíos en materia de salud mental en el país (Infobae, 2023).

Cabe destacar que durante el transcurso de la pandemia de la COVID-19, se evidenció un marcado incremento en diversos trastornos, siendo la depresión y la ansiedad los más notables, ascendiendo de la siguiente manera: En el 2017 se registraron 2,007 casos de ansiedad en la región, cifra que aumentó a 2,280 en 2018; 2,819 en 2019; 4,025 en 2020 y 3,768 en 2021. Únicamente en el primer trimestre de 2022, se atendieron 1,098 casos de ansiedad. En relación con la depresión, los casos tratados fueron 1,890 en 2017; 1,572 en 2018; 1,807 en 2019; 1,645 en 2020; 2,131 en 2021 y 659 en el primer trimestre de 2022 (Dirección Regional de Salud [DIRESA], 2022).

En el ámbito local, se plantean desafíos sustanciales en el terreno de la salud mental, con una carga considerable de trastornos que impactan significativamente a la población adulta. Este es el caso de Puente Piedra, una localidad específica que no queda exenta de esta realidad. En este contexto, resulta de vital importancia comprender la dinámica de la depresión y la ansiedad en adultos que buscan atención en las instituciones de salud locales.

La investigación propuesta se enfoca en explorar la correlación existente entre la depresión y la ansiedad en adultos que acuden a una institución de salud en Puente Piedra. Este enfoque permitirá dilucidar la complejidad y las interrelaciones entre estos trastornos mentales en el contexto local, proporcionando datos valiosos que podrían informar estrategias de intervención y apoyo específicas para mejorar la salud mental en la comunidad.

1.2. Formulación del problema

A partir de lo mencionado anteriormente, surge la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023?

Seguidamente, surgen las siguientes preguntas específicas: a) ¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023?; ¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023? y; c) ¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023?

1.2.1. Marco teórico

Respecto a la variable ansiedad, se conceptualiza como la respuesta corporal ante estímulos percibidos como amenazantes, generando cambios fisiológicos, conductuales y emocionales en el individuo (Spielberg y Díaz, 1975; Zung, 1985 citados en Martos, 2021). Este fenómeno humano es esencial y permite anticipar situaciones relacionadas con la defensa

y el ataque, siendo más complejo debido a la multiplicidad de significados atribuidos a las experiencias vividas y anticipadas en relación con uno mismo, con los demás y con el entorno.

La ansiedad no se limita a surgir solo ante peligros presentes; también puede manifestarse ante posibles riesgos futuros. Esta respuesta incluye tanto elementos racionales como emocionales. La manera en que una persona evalúa los estímulos, tanto internos como externos, y cómo percibe sus propios recursos, son factores determinantes en la reacción frente a la amenaza (Duarte, 2019).

Según Barrera y Reyes (2020) existen tres variedades de ansiedad: la exógena, la endógena y la existencial. La ansiedad exógena surge a partir de acontecimientos o estímulos externos inesperados y suele asociarse con la ansiedad generalizada. En contraste, la ansiedad endógena tiene un origen biológico y se combina con estímulos externos, siendo responsable de ataques de pánico y diversos esquemas fóbicos. Por otro lado, la ansiedad existencial se considera inherente a la experiencia humana y no patológica, generando preocupaciones sobre la vida en general.

La ansiedad, a menudo, no tiene una única causa, sino que resulta de una combinación de factores, incluyendo elementos biológicos. Los traumas biográficos, eventos significativos que generan dolor emocional no superado, constituyen una causa. Los factores predisponentes, como problemas laborales, económicos, afectivos, educativos, familiares o sociales no abordados adecuadamente, pueden contribuir. Además, los factores desencadenantes, que combinan eventos traumáticos y predisposiciones, generan niveles significativos de ansiedad persistentes en la vida diaria (Sanchez y Shica, 2019).

Desde una perspectiva etiológica, la ansiedad se entiende como un fenómeno con múltiples causas (Carrillo, 2020). Los factores biológicos, tales como la predisposición genética, juegan un rol fundamental en el surgimiento de trastornos de ansiedad. La influencia de la herencia genética puede predisponer a un individuo a desarrollar estas condiciones, al

afectar la regulación neuroquímica y las estructuras cerebrales involucradas en la respuesta emocional. Así, las variaciones en los genes que modulan el funcionamiento del sistema nervioso central pueden incrementar la susceptibilidad a experimentar niveles elevados de ansiedad y trastornos relacionados (Dueñas, 2019).

Los factores psicosociales, tales como dificultades en las relaciones interpersonales, tensiones laborales y problemas socioeconómicos, tienen una influencia significativa en la aparición y exacerbación de los trastornos de ansiedad. Estos estresores pueden actuar como catalizadores, intensificando o incluso desencadenando estas condiciones. La interacción constante con estos desafíos puede perturbar el equilibrio emocional, contribuyendo a la manifestación y agravamiento de los trastornos ansiosos (Quispe, 2023).

Enfrentar eventos traumáticos que se apartan de la rutina cotidiana, como accidentes graves o experiencias de agresión sexual, puede provocar alteraciones biológicas en el cerebro, generando síntomas intensos de ansiedad. Desde una perspectiva psicodinámica, la ansiedad se entiende como una respuesta personal ante una amenaza, activando mecanismos defensivos del "yo". Si estas defensas resultan eficaces, la ansiedad se disipa; en caso contrario, pueden emerger síntomas de carácter conversivo, disociativo, fóbico u obsesivo-compulsivo. Asimismo, aspectos cognitivos y conductuales, como esquemas de pensamiento distorsionados y respuestas ansiosas aprendidas o imitados, juegan un papel crucial en la manifestación de la ansiedad (Bustos, 2021).

Por su parte Cia (2007) según Heredia (2021) clasifica la ansiedad en dos categorías: normal y patológica.

La ansiedad normal es una emoción psicobiológica básica y adaptativa que motiva conductas apropiadas para superar desafíos o peligros, se manifiesta en respuesta a estímulos reales o potenciales y debe ser proporcional en tiempo, duración e intensidad, su función principal es facilitar la toma de decisiones y el rendimiento frente a amenazas externas.

Por otro lado, la ansiedad patológica se caracteriza por una respuesta desproporcionada, no siempre vinculada a un peligro real, su presencia es impredecible y puede ser incapacitante, afectando el comportamiento diario al ser excesiva para lo que la persona puede manejar. La diferencia clave entre la ansiedad normal y la patológica radica en la valoración irreal de la amenaza.

Así mismo, Spielberger et al. (1982) ofrecieron otra clasificación de la ansiedad, dividiéndola en ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.

La ansiedad-estado es un estado afectivo inmediato que puede cambiar con el tiempo. Incluye tensión, nerviosismo, pensamientos negativos y preocupaciones, acompañados de modificaciones fisiológicas.

En cambio, la ansiedad-rasgo se refiere a las características constantes de la ansiedad, siendo un rasgo de personalidad en quienes la experimentan. No se manifiesta en el comportamiento y debe inferirse por la frecuencia con la que una persona experimenta aumentos de ansiedad, lo que es constante a lo largo del tiempo. Aquellos con un elevado nivel de ansiedad-rasgo tienden a percibir habitualmente los escenarios como amenazantes y sufren episodios más frecuentes e intensos de ansiedad-estado.

Las dimensiones de la ansiedad abordadas en la investigación se desglosaron en dimensiones cognitivas y somáticas, proporcionando una visión más detallada de esta compleja respuesta emocional.

La ansiedad Cognitiva, aborda la respuesta a nivel mental, manifestándose en la incapacidad y dificultad para mantener la atención y concentración. Este aspecto se desencadena por expectativas negativas sobre el éxito o autoevaluaciones desfavorables respecto a una tarea (Sandín et al., 1994). Aquí, la mente se ve afectada por pensamientos ansiosos que pueden influir en la percepción del rendimiento, generando un círculo que intensifica la ansiedad cognitiva (Manters, 1990).

Por otro lado, la ansiedad somática se refiere a las reacciones fisiológicas desencadenadas por la ansiedad cognitiva. Estas incluyen manifestaciones como la tensión muscular, el aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración y malestar estomacal. Estos síntomas corporales son el resultado directo de la activación del sistema nervioso autónomo, ilustrando cómo la ansiedad no solo afecta la mente, sino que también se manifiesta en el cuerpo (Manters, 1990).

Además, Castillo et al. (2022) introducen una dimensión adicional: la autoconfianza. Según sus hallazgos, los dos primeros niveles de ansiedad —presumiblemente ansiedad generalizada y ansiedad situacional— mantienen una correlación positiva significativa entre ellos, lo que sugiere que a medida que uno aumenta, el otro tiende a hacerlo también. Los individuos que experimentan altos niveles de ansiedad tienden a tener una menor autoestima y confianza en sus propias capacidades, lo que puede contribuir a una mayor vulnerabilidad emocional y a una sensación de incapacidad frente a los desafíos.

Por otro lado, sobre la variable depresión es una afección psicológica extendida que se caracteriza por un estado persistente de desánimo o una notable pérdida de interés en actividades que anteriormente resultaban placenteras. A diferencia de las fluctuaciones normales en el estado de ánimo, la depresión puede penetrar en todos los ámbitos de la existencia del individuo, perturbando tanto sus relaciones interpersonales como su participación en la vida comunitaria. Además, esta condición puede surgir en respuesta a conflictos en contextos educativos o profesionales, o bien, estos conflictos pueden ser generados por la propia depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Por su parte, Chand y Arif (2023) indican que la depresión, al ser un trastorno crónico o recurrente, afecta emocionalmente al individuo, produciendo sentimientos adversos que repercuten en sus relaciones interpersonales y en su desempeño tanto laboral como familiar.

Este deterioro puede alcanzar tal gravedad que ocasione consecuencias extremas, como el suicidio.

Se debe destacar que esta afección puede volverse crónica o recurrente, afectando de manera negativa el rendimiento profesional o académico, así como la capacidad para enfrentar los desafíos cotidianos. En casos extremos, puede incluso llevar a pensamientos suicidas. La variabilidad en la severidad de la depresión exige enfoques terapéuticos diversos: desde intervenciones no farmacológicas para casos leves, hasta la combinación de medicación y psicoterapia en situaciones de moderada a grave intensidad (OMS, 2023).

En el ámbito físico, un individuo con depresión puede presentar síntomas que no tienen una causa orgánica evidente, afectando de manera considerable su habilidad para llevar a cabo las tareas diarias, esta condición también repercute en el ámbito cognitivo, donde incluso las actividades más sencillas se convierten en retos abrumadores. El deterioro físico y mental conjunto no solo limita el desempeño cotidiano, sino que también agrava la sensación de impotencia y desesperanza, perpetuando un ciclo de incapacidad y sufrimiento (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021).

La depresión surge de complejas interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Aquellos que han enfrentado circunstancias vitales adversas, como desempleo, luto o traumas psicológicos, tienen una mayor propensión a experimentar depresión. De manera recíproca, la depresión puede generar más estrés y disfunción, empeorando la situación vital de la persona afectada y, a su vez, intensificando la depresión (Ijuma y Peña, 2023).

Los síntomas asociados con la depresión son diversos y varían según la persona. Algunos de los indicadores más frecuentes incluyen un persistente estado de ánimo triste o ansioso, sentimientos de desesperanza, culpa o inutilidad, y problemas para concentrarse o tomar decisiones. Además, la depresión puede manifestarse como cambios en los hábitos

alimenticios, alteraciones del sueño, irritabilidad y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Chamba, 2019).

La clasificación de la depresión se presenta en tres niveles.

La depresión leve, se caracteriza por síntomas suaves que no afectan significativamente la vida cotidiana, pero pueden evolucionar hacia una depresión crónica (Sánchez, 2018).

La depresión moderada va socavando la fortaleza y seguridad, afectando actividades sociales y laborales, generando dolores musculares y afectando la autoestima (Sánchez, 2018).

En cambio, la depresión severa se manifiesta en episodios depresivos prolongados, con riesgos de ideación suicida, y se clasifica como unipolar. Aunque seria, su evidencia y consecuencias a menudo conducen a una búsqueda más rápida de tratamiento (Sánchez, 2018).

En cuanto a los tratamientos, existen enfoques efectivos para abordar la depresión. Para casos de depresión leve a moderada, se recomienda recurrir a terapias basadas en el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. En situaciones de depresión moderada a grave, los antidepresivos pueden ser una opción eficaz, aunque no se prefieren para formas leves de la condición. Es fundamental tener precaución al prescribir antidepresivos a adolescentes, ya que no son la opción principal para este grupo etario (Rodríguez y Torres, 2024).

En cuanto a los enfoques teóricos sobre la depresión, varios autores, incluyendo a Freud (1917), Ferster (1973) y Beck (1983) coinciden en que este trastorno afecta aspectos motivacionales, emocionales y conductuales.

Desde la perspectiva del psicoanálisis de Freud (1917) en "El yo y el ello", se concibe como la sumisión del yo a tres poderes: el mundo exterior, el ello y el superyó, el sujeto experimenta el embate de lo real en diversas formas, desde las demandas del entorno hasta las imposiciones del superyó y el deseo del otro. Cada aspecto de esta realidad se percibe como un desencadenante del sufrimiento depresivo; en cuanto al superyó, la depresión revela un retorno inesperado del placer tras el sacrificio aceptado por el yo; en la tristeza, el sujeto carece de la expresión adecuada para reconocerse en su inconsciente y en la estructura, evidenciando que incluso al renunciar al placer, experimenta un goce más allá del bienestar, como lo ilustra el goce de la inhibición, la tristeza y la depresión (Bertholet, 2012).

Por otra parte, desde la perspectiva conductual, Ferster (1973) destaca la importancia del análisis funcional, abordando la depresión como resultado de conductas evitativas ante estímulos aversivos y un déficit en conductas reforzadas, según este enfoque, la depresión se manifiesta como una respuesta a la falta de estimulación positiva y a un exceso de conductas evitativas, revelando inmadurez psicológica para enfrentar desafíos y eventos negativos.

Así mismo, Lascarro (2022) añade que no existen procesos terapéuticos estandarizados, sino que el análisis funcional permite adaptar el tratamiento a cada individuo, reconociendo la singularidad del proceso de aprendizaje en cada caso.

Conforme a las propuestas de Beck (2008), se delinean tres modelos de la depresión:

Modelo Transversal de Depresión:

En esta perspectiva, los sueños recurrentes abordan temas de pérdida, derrota, rechazo y abandono, estos sueños coexisten con autoevaluaciones negativas, exageradas y dramáticas, desencadenando la depresión. Las personas que se ajustan a este modelo exhiben actitudes y creencias disfuncionales hacia sí mismas, eliminando el proceso informativo y generando un sesgo cognitivo negativo. Esto, a su vez, conduce a síntomas depresivos, manifestándose en

tristeza, desesperanza, pérdida de motivación y conductas regresivas como el retraimiento social e inactividad.

Modelo de Desarrollo de la Depresión:

Este modelo inicia con la noción de vulnerabilidad cognitiva, afectando a aquellos que han experimentado una pérdida parental en la infancia, esta pérdida sensibiliza a la persona ante futuras pérdidas, ya sea en la adolescencia o la edad adulta. Además, la reactivación cognitiva, provocada por estímulos como la música o actividades que evocan recuerdos dolorosos, también puede contribuir al desarrollo de la depresión.

Modelo de Vulnerabilidad Genética:

Este enfoque expone que, gracias a los avances en genética y neuroimagen funcional, se ha evidenciado el papel crucial de las variaciones genéticas en el funcionamiento neuronal. Estas variaciones genéticas impactan en la hiperactividad frente a experiencias negativas, lo que a su vez contribuye al desarrollo de la depresión. Este modelo subraya la importancia de las influencias genéticas en la predisposición a la depresión y su interacción con las experiencias adversas.

Beck (2010) propone, a través del BDI - II, tres dimensiones fundamentales para la medición de la depresión, abarcando áreas cognitivas, físicas/conductuales y afectivas/emocionales.

En la dimensión cognitiva, se exploran síntomas vinculados a la tristeza, el pesimismo, el pensamiento suicida y la desvalorización (Barreda, 2019).

La dimensión física-conductual, por otro lado, engloba comportamientos relacionados con la indecisión, autocrítica, sentimientos de culpa, fracaso, descontento consigo mismo, sensación de castigo, pérdida de placer y llanto (Beck, 2010).

Por su parte, la dimensión afectivo-emocional se asocia con síntomas como agitación, pérdida de interés, falta de energía, cambios en hábitos y sueño, irritabilidad, variaciones en el

apetito, dificultad de concentración, fatiga y disminución del interés en la actividad sexual (Barreda, 2019). Estas dimensiones ofrecen un enfoque integral para evaluar y comprender la complejidad de la experiencia depresiva.

1.2.2. Antecedentes

Esta investigación se fundamenta en antecedentes que exploran ambas variables, presentando estudios relacionados con el tema.

Antecedentes Internacionales

Hernández y Hernández (2023) exploraron las relaciones entre las variables psicológicas de motivación, ansiedad, estrés y depresión en deportistas universitarios. Este estudio, de enfoque cuantitativo y diseño exploratorio transversal, involucró a 135 participantes. Los resultados, expresados mediante Rho Spearman, revelaron las siguientes asociaciones entre la motivación y la depresión ($<.001$) y ansiedad ($<.001$), aunque no con el estrés ($<.079$). Aunque las relaciones son de baja magnitud (rho de Spearman para ansiedad $<.339$, depresión $<.289$ y estrés $<.152$). Se concluye que, si existe una relación modesta entre las variables.

Olivera (2018) buscó establecer correlaciones entre ansiedad, depresión y la perspectiva temporal. Utilizando un diseño correlacional y transversal, se aplicaron los cuestionarios ZTPI, STAIR y BDI-II en una muestra de 80 individuos de 18 a 60 años. Los análisis estadísticos mediante la correlación de Rho Spearman desvelaron niveles promedio en las distintas facetas de la perspectiva temporal, los cuales guardaron una conexión con el reconocimiento de los síntomas relacionados con la ansiedad crónica (en niveles moderados) $r=0,578$; $p=0,000^*$ y la depresión (en niveles mínimos) $r=0,456$; $p=0,000^*$. Específicamente, se observaron correlaciones destacadas y positivas entre las dimensiones del pasado negativo y el presente fatalista en la perspectiva temporal, y los síntomas de ansiedad crónica y depresión. En conclusión, se ratificaron las vinculaciones entre la perspectiva temporal y las manifestaciones

de ansiedad crónica y depresión, subrayando especialmente las correlaciones notables entre las evaluaciones a nivel global.

Borges (2018) tuvo como objetivo explorar los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria en Caracas, Venezuela. Se evaluaron las evidencias de validez psicométrica del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), adaptándolo y validándolo con el método de modelos de ecuaciones estructurales en una muestra de 441 participantes. Posteriormente, se centró en describir los niveles de depresión y ansiedad. Se identificó una prevalencia del 10,6% para la depresión mayor y del 7% para la ansiedad en la muestra, cifras divergentes de otros estudios, así mismo mediante la prueba r de Pearson se evaluó la correlación entre variables, sugiriendo una relación de 0,38 ($p < 0,05$). Por lo que se concluyó que existe una correlación moderada y significativa entre ansiedad y depresión mayor, respaldando la conexión esperada entre ambas variables.

Shek y Chai (2022) se examinaron los efectos de la ansiedad, la depresión y la espiritualidad en la salud mental durante y después de la primera oleada de COVID-19. Se utilizaron la "Prueba de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil" y la "Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos". Además, se evaluó el significado de la vida mediante la "Subescala de Espiritualidad de la Evaluación Positiva China". Como resultados se evidenció la relación entre la ansiedad y la depresión, siendo significativamente positiva, con un coeficiente β de 0,42 y un valor $p < 0,001$ que sugieren una asociación estadísticamente significativa. Se concluye que niveles más altos de ansiedad están relacionados de manera significativa con la presencia y desarrollo de la depresión a lo largo del tiempo

Antecedentes Nacionales

Regalado (2023) tuvo como propósito determinar la relación entre la ansiedad y depresión. Se inscribe en un diseño de investigación cuantitativa, adoptando un enfoque no experimental con un diseño transversal y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 71 estudiantes de psicología, y se optó por la encuesta. Para la medición, se emplearon el Inventario de Depresión de Aron Beck II (DBI-II) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Los resultados de las pruebas psicológicas pusieron de manifiesto una relación altamente significativa ($p < 0,01$) con un grado de asociación robusto ($r = 0,63$), evidenciando una conexión sustancial entre las variables en estudio, hallazgos respaldados por investigaciones específicas que subrayan su interrelación.

Llerena (2022) indagó en la correlación entre ansiedad y depresión en individuos inmersos en procesos judiciales de familia. Adoptando un enfoque descriptivo-correlacional y un diseño no experimental transversal, la muestra abarcó a 30 personas de ambos géneros. Se aplicaron dos instrumentos de medición: la Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) y la Escala de Automedición de Depresión (EAMD) de Zung. Los resultados revelaron que el 56,67% experimenta niveles marcados a severos de ansiedad, y el 50% presenta depresión baja. Además se destacó una relación significativa y alta ($Rho = 0,987$; $p\text{-valor} = .000$) entre ansiedad y depresión. Concluyendo que existe una alta correlación general entre ansiedad y depresión lo que sugiere la necesidad de intervenciones focalizadas que aborden estas condiciones simultáneamente.

Orrillo y Yauri (2022) se propusieron investigar la posible relación entre la ansiedad estado-rasgo y la depresión en docentes de nivel secundario. Adoptando un enfoque cuantitativo no experimental con diseño transversal y descriptivo-correlacional, muestreo no probabilístico, tomando 160 docentes de ambos sexos como muestra. Se usó la encuesta como técnica y los cuestionarios IDARE y el BDI-II como instrumentos. Los resultados indicaron un

nivel de significación menor a .050, se evidenciaron correlaciones entre ansiedad-estado y depresión ($Rho=441$) y ansiedad-rasgo y depresión ($Rho=538$). Por lo que se concluyó que existe una relación entre ansiedad (estado y rasgo) y depresión, siendo ambas relaciones moderadamente positivas, indicando que mayores niveles de ansiedad están asociados con mayores niveles de depresión.

Chamorro (2022) se propuso indagar la relación entre depresión y ansiedad en usuarios de un Centro de Salud Mental Comunitario. Adoptando un diseño no experimental y cuantitativo con alcance correlacional, participaron 193 usuarios, evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), validados y confiables en el contexto peruano. Los resultados revelaron una conexión significativa entre depresión y ansiedad, mediante la correlación de Spearman, con una significancia bilateral de $P<0.05$ y un coeficiente de 0.719. Se concluyó que la correlación alta observada sugiere una conexión estrecha entre ambos trastornos, enfatizando la importancia de abordajes integrales en la atención de la salud mental.

Caldas y Lumbre (2022) buscaron determinar la existencia de una relación entre la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. Con una muestra de 281 estudiantes, el estudio adoptó un diseño no experimental y un enfoque correlacional, se emplearon el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) como herramientas de evaluación. Los resultados desvelaron conexiones significativas y sólidas entre la depresión y la ansiedad rasgo ($r=.79$) y estado ($r=.72$). La conclusión primordial destacó que a medida que aumentaba el nivel de depresión en los estudiantes universitarios, se evidenciaba una mayor presencia de ansiedad.

1.3.Objetivos

El objetivo principal de la presente investigación es establecer la relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023. Y como objetivos específicos: a) determinar la relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023; b) determinar la relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023 y; c) determinar la relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

1.4. Hipótesis

Para realizar la verificación del objetivo principal se planteó como hipótesis general: existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023. A su vez, para la confirmación de los objetivos específicos se consideran las siguientes hipótesis específicas: a) existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023; b) existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023 y; c) existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

1.5.Justificación

La investigación sobre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023, se fundamenta en la necesidad de ampliar el entendimiento de la interrelación entre estos trastornos mentales.

Desde una perspectiva teórica, debido que los resultados van a permitir demostrar si las teorías que se están empleando en la actualidad siguen siendo validas; además, pretende

contribuir al conocimiento existente en psicología clínica, enriqueciendo las teorías sobre la dinámica específica de la depresión y la ansiedad.

Desde una perspectiva práctica, ya que permite conocer la relación existente entre la ansiedad y la depresión abarcando sus dimensiones; además, los resultados podrían informar a los profesionales de la salud sobre la prevalencia de estos trastornos y los posibles factores desencadenantes, una comprensión más profunda de la salud mental permitirá a los profesionales de la salud abordar los desafíos específicos que enfrenta esta población, adaptando estrategias de tratamiento a las circunstancias y necesidades locales, así como la implementación de medidas preventivas y programas de intervención temprana, contribuyendo a la mejora general del bienestar psicológico de los residentes.

Desde un contexto metodológico, se justifica por su idoneidad para abordar la correlación entre la depresión y la ansiedad en adultos de una institución de salud. El enfoque cuantitativo permitirá obtener datos cuantificables y estadísticamente significativos, brindando una visión clara de la relación entre estas variables, la elección de instrumentos validados y la implementación de técnicas estadísticas robustas garantizarán la fiabilidad y validez de los resultados; de este modo, con la metodología propuesta se pretende generar hallazgos que contribuyan al avance científico, al mismo tiempo que establece una sólida base para futuras investigaciones en el ámbito de la salud.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

La investigación realizada fue de tipo básico, según Hernández et al. (2018) se caracteriza por su propósito fundamental de aumentar la comprensión y conocimiento sobre las variables estudiadas. Este enfoque, con una perspectiva descriptiva, se orienta hacia el análisis y la narración detallada de los datos obtenidos de los casos evaluados. En este contexto, la investigación básica busca establecer principios teóricos y conceptuales, sin aplicar directamente los hallazgos a situaciones prácticas.

Además se optó por un enfoque cuantitativo, el cual aborda la recopilación de datos numéricos seguida de su posterior análisis estadístico. Este método se elige con el propósito de obtener respuestas a las preguntas de investigación y validar las hipótesis formuladas. Al apoyarse en la medición de variables y el uso de herramientas de investigación, así como en la aplicación de técnicas de estadística descriptiva e inferencial, este enfoque brindará una base objetiva para examinar y interpretar los resultados obtenidos en el estudio. (Hernández et al., 2018).

El diseño adoptado fue el no experimental, siguiendo la premisa de Hernández et al. (2018) y Leyva y Guerra (2020) se realiza sin intervenir directamente en la manipulación de las variables involucradas. Además contó con un nivel correlacional, según Leyva y Guerra (2020) su naturaleza correlacional radica en el objetivo fundamental de buscar identificar relaciones entre conceptos o variables, ya sea confirmando su presencia o señalando su ausencia. Además, fue de corte transversal, ya que la recopilación de datos se efectuó en un periodo específico.

En cuanto a la población, que, según Hernández et al. (2018) abarca la totalidad de los casos, donde todos aquellos pertenecientes a una categoría específica comparten características comunes. En este estudio, se incorporaron 100 adultos, con edades comprendidas entre los 44 y 74 años, provenientes de una institución de salud.

Por otra parte, la muestra, según Ñaupas et al. (2018) hace referencia a la fracción del conjunto estudiada en la investigación. En el caso de la presente investigación la muestra estuvo constituida por la población total de 100 adultos pertenecientes a una institución de salud en Puente Piedra.

Cabe destacar que no se llevó a cabo ningún tipo de muestreo, ya que se incluyó a toda la población en el estudio. De esta manera, al ser igual a la muestra, se aplicó el criterio de muestra censal para llevar a cabo la investigación. Según Hernández y Carpio (2019) implica recopilar datos de todos los elementos de la población en lugar de seleccionar una muestra representativa, se utiliza cuando es factible obtener información exhaustiva sobre la totalidad de la población de interés. Para ello, se emplearon los siguientes criterios de elegibilidad. Se consideraron personas que quisieran participar de forma voluntaria, así como aquellas que estuvieran en las edades comprendidas entre los 44 y los 74 años de edad. Por otro lado, se excluyeron personas que presentaran dificultades intelectuales para responder a los cuestionarios o que tuvieran algún trastorno cognitivo.

Por otra parte, la técnica central utilizada fue la encuesta, una técnica que facilitó la recopilación de datos mediante el empleo de cuestionarios como instrumento (Ñaupas et al., 2018). En cuanto al instrumento se empleó el cuestionario, descrito por Hernández et al. (2018) se conforma como un conjunto de preguntas diseñadas para medir las variables objeto de análisis.

a) Instrumento 1: Ansiedad “Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HARS)”

Autor : M.Hamilton.
Elaboración : (1960)
Administración : Individual y colectiva
Duración : 10 a 30 minutos
Ámbito de aplicación : Adultos

Descripción : Conformado por 14 ítems ordenados en 2 dimensiones:

Dimensión 1, Cognitiva o psíquica y Dimensión 2, Somática.

Validez en Perú : Validez de constructo ($r = 0,63 - 0,75$)

Confiabilidad en Perú : Por Alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,79$ a $0,86$).

b) Instrumento 2: Depresión “Inventario de Depresión de Beck II”

Autor : Beck, Steer & Brown

Elaboración : (1961, 1971)

Administración : Individual y colectiva

Duración : entre 5 a 10 minutos

Ámbito de aplicación : Adolescentes y adultos a partir de los 13 años

Descripción : Conformado por 21 ítems ordenados en 3 dimensiones:

Dimension 1: Cognitiva, Dimensión 2: Físico conductual y la dimensión 3: Afecto emocional

Validez en Perú : Validez de constructo V de Aiken de 0.99

Confiabilidad en Perú : Por Alfa de Cronbach de 0.93

En la etapa de recolección de datos, se llevó a cabo una minuciosa selección de instrumentos adecuados para garantizar la validez y confiabilidad en el contexto de aplicación peruano. Estos instrumentos fueron sometidos a un riguroso proceso de selección para asegurar su idoneidad y adaptación al entorno de estudio, una vez seleccionados, los cuestionarios fueron impresos y preparados para su aplicación en el centro de salud de Puente Piedra.

Para dar inicio al proceso, se gestionaron los permisos necesarios tanto de la institución de salud local como de la Universidad Privada del Norte, la obtención de estas aprobaciones fue crucial para validar la aplicabilidad y ética del estudio en el entorno de interés, con los permisos asegurados, se procedió a la distribución de los instrumentos a 100 adultos dentro del

rango de edades establecido entre 44 y 74 años, quienes decidieron participar voluntariamente en la investigación.

Durante la aplicación de los cuestionarios, se brindó una explicación detallada sobre la naturaleza y objetivos de la investigación, se abordaron todas las dudas e inquietudes de los participantes, asegurando una participación informada y voluntaria. Además, se proporcionaron instrucciones claras para el llenado adecuado de los cuestionarios.

Al concluir el tiempo estimado para la recolección de datos, se agradeció a todos los participantes por su colaboración, y se procedió al retiro de los cuestionarios, estos documentos fueron analizados posteriormente, verificando que todas las preguntas hubieran sido respondidas de manera completa y precisa, este proceso se llevó a cabo con el objetivo de ordenar y decantar la información para su posterior tratamiento estadístico.

Una vez obtenidos los resultados de los cuestionarios, se realizó una base de datos en Excel, para decantar y depurar la información, este paso permitió organizar y estructurar los datos de manera eficiente para su posterior análisis.

El proceso de análisis de datos se llevó a cabo de manera rigurosa y comprensiva, utilizando el programa IBM SPSS. A continuación, se describen los aspectos clave del análisis:

Se inició con un análisis descriptivo para entender la naturaleza y distribución de los datos recopilados. Posteriormente, se implementó un análisis inferencial para realizar la contrastación de las hipótesis, como resultado se obtuvo que los datos no siguen una distribución normal, así mismo se aplicaron estadísticas no paramétricas, como la prueba de Rho Spearman, esto involucró técnicas estadísticas como pruebas de hipótesis e intervalos de confianza, permitiendo realizar inferencias basadas en la muestra recopilada.

Los resultados fueron presentados en tablas, para que se pudieran visualizar de manera clara y accesible. Estas representaciones facilitaron la interpretación de patrones, tendencias y

relaciones en los datos, mejorando la comprensión tanto para el equipo de investigación como para posibles lectores.

Finalmente, la consideración ética de este estudio se fundamenta en las directrices delineadas por el APA, el Código de Psicólogos de Perú y las políticas éticas de la Universidad Privada del Norte; de este modo, se prioriza la confidencialidad de los participantes, asegurando que sus identidades y cualquier información identificable se mantengan en estricta reserva. Por otra parte, los datos recopilados se destinan exclusivamente al propósito de la investigación, evitando cualquier uso no autorizado y respetando la privacidad de los individuos involucrados.

En concordancia con las normativas éticas del APA 7ma ed., se concede el debido reconocimiento y crédito a los autores cuyas obras han servido como fundamentos teóricos para sustentar el estudio, este compromiso con la integridad académica se refleja en la transparencia en el manejo de las fuentes y en la honestidad intelectual del trabajo.

Un aspecto crucial es el procedimiento de consentimiento informado, donde se garantiza que los participantes estén plenamente informados sobre la naturaleza, objetivos y posibles implicaciones de la investigación antes de tomar la decisión de participar de manera voluntaria, este enfoque respeta la autonomía y la toma de decisiones informadas de los participantes, fortaleciendo la integridad ética del estudio.

Es decir, estos aspectos éticos no solo cumplen con los estándares establecidos por las organizaciones pertinentes, sino que también reflejan el compromiso del estudio con principios fundamentales como la confidencialidad, la honestidad académica y el respeto a la autonomía de los participantes.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 Resultados descriptivos

Tabla 1

Estadísticos generales de la variable depresión

	N	Media	Desv. Desviación
Variable: Depresión	100	3,34	0,68
Dimensión 1: Cognitiva	100	7,95	5,59
Dimensión 2: Físico conductual	100	15,34	13,20
Dimensión 3: Afecto emocional	100	17,05	15,54
Variable: Ansiedad	100	3,04	0,92
N válido (por lista)	100		

En la tabla 1, se observan los estadísticos principales de la variable depresión y sus dimensiones, donde la media para variable fue de 3,34 y una desviación estándar de 0,68 lo que indica que la mayoría de la muestra se ubica en nivel moderada. En cuanto a la dimensión cognitiva la media se ubica en 7,95 y una desviación estándar de 5,59 lo que ubica a la mayoría de los participantes en la escala grave. Luego la dimensión físico conductual con una media de 15,34 y una desviación estándar de 13,20 lo que ubica a la mayoría de los participantes en nivel grave y finalmente la dimensión afecto emocional tiene una media de 17,05 y una desviación estándar de 15,54 donde la mayoría de los participantes se ubican en nivel moderado. También en la tabla 1, la variable ansiedad la media se ubica en 3,04 y la desviación estándar 0,92 lo que ubica a la mayoría de los participantes también en nivel moderado.

Tabla 2*Niveles descriptivos de la variable depresión*

Niveles	f	%
Mínima	3	3,00%
Leve	3	3,00%
Moderada	51	51,00%
Grave	43	43,00%
Total	100	100,00%

En la tabla 2, se observa que para la variable depresión la mayoría de los participantes representada por el 51,0% se ubican en nivel moderada, mientras que el 43,0% en nivel grave, luego el siguiente 3,0% en nivel mínima y leve respectivamente. Los resultados indican que existe una tendencia de sentir depresión.

Tabla 3

Niveles descriptivos de la dimensión cognitiva

Niveles	f	%
Mínima	0	0,00%
Leve	3	3,00%
Moderada	16	16,00%
Grave	81	81,00%
Total	100	100,00%

En la tabla 3, se observa que la mayoría de los participantes se ubican en nivel grave representada por el 81,0%, luego nivel moderada por el 16,0%, para el nivel leve por el 3,0% y mínima para el 0,0%. Los resultados indican que la mayoría de los participantes se sienten solos, experimentan deseos de suicidios, temor al envejecer solos por falta de cualidades para encontrar pareja.

Tabla 4

Niveles descriptivos de la dimensión físico conductual

Niveles	f	%
Mínima	0	0,00%
Leve	3	3,00%
Moderada	7	7,00%
Grave	90	90,00%
Total	100	100,00%

En la tabla 4, se observa que la dimensión físico conductual fue nivel grave para el 90,0% de los participantes, nivel moderada para el 7,0%, nivel leve para el 3,0% y nivel mínima para el 0,0%. Los resultados indican que no sienten satisfacción por la vida, al igual que sentimientos de culpa por no haber realizado metas en el pasado, sienten también que postergan sus prioridades por no tomar decisiones de forma oportuna.

Tabla 5

Niveles descriptivos de la dimensión afecto emocional

Niveles	f	%
Mínima	0	0,00%
Leve	3	3,00%
Moderada	13	13,00%
Grave	84	84,00%
Total	100	100,00%

En la tabla 5, se observa que la dimensión afecto emocional, fue mayormente nivel grave para el 84,0%, nivel moderada para el 13,0% y nivel leve solo para el 3,0%. Los resultados indican que la mayoría de los participantes, experimentan problemas de salud, se sienten solos, cansancio físico y con bajo deseo sexual.

Tabla 6

Niveles descriptivos de la variable ansiedad

Niveles	f	%
Mínima	8	8,00%
Leve	16	16,00%
Moderada	40	40,00%
Elevado	36	36,00%
Total	100	100,00%

En la tabla 6, se observa que la variable ansiedad, fue nivel moderado para el 40,0% de la muestra, seguidamente de nivel elevada para el 36,0%, leve para el 16,0% y mínimo para el 8,0%. Los resultados indican que la mayoría de los participantes tienen problemas de ansiedad, la cual se puede ver reflejada en constante sensación que va a ocurrir algo malo, no sentirse relajado sino en constante estrés, miedo a la oscuridad y a quedarse solo, mala memoria, bajo interés sobre las cosas que lo rodean, dolores musculares y en otras áreas del cuerpo, con sudoraciones y constante agitación.

Tabla 7
Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnova

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Variable: Depresión	0,262	100	0,000
Dimensión 1: Cognitiva	0,485	100	0,000
Dimensión 2: Físico conductual	0,522	100	0,000
Dimensión 3: Afecto emocional	0,499	100	0,000
Variable: Ansiedad	0,243	100	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

- Ho: La Información es de distribuciones normales.
- H1: La Información no es de distribuciones normales.

Para la tabla 7, la prueba de normalidad se realizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dado el tamaño de la muestra de más de 50 elementos". En línea con el nivel de significación, los valores de p para las dimensiones variables indicaron datos no distribuidos normalmente, lo que llevó al rechazo de H0 y la aceptación de H1. Se aplicaron medidas estadísticas no paramétricas, como la prueba de correlación Spearman. Estas pruebas sirven como prácticas estándar.

Para probar las hipótesis, se usó estos criterios:

Niveles de significancias: $\alpha = 0.05 = 5\%$ de margen máximo de error

Reglas de Decisiones: $p \geq \alpha \rightarrow$ se aceptan las hipótesis nulas H0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechazan las hipótesis nulas H0

3.2 Resultados inferenciales

Hg. Existe relación entre ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

H0. No existe relación entre ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

Tabla 8

Comprobación de hipótesis general

			Variable: Depresión	Variable: Ansiedad
Rho de Spearman	Variable: Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,863**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Variable: Ansiedad	Coefficiente de correlación	,863**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

En la tabla 8, se observa que el p-valor = 0,000, que está por debajo del valor indicado ($\alpha = 0,05$), rechazando así H0 y aceptando Hg. Además, el valor Rho de Spearman es igual a 0,865, por lo que existe una correlación alta positiva, lo que indica que existe relación entre ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

H1. Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

H01. No existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

Tabla 9

Comprobación de hipótesis específica uno

			Dimensión 1: Cognitiva	Variable: Ansiedad
Rho de Spearman	Dimensión 1: Cognitiva	Coefficiente de correlación	1,000	,698**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
Variable: Ansiedad	Variable: Ansiedad	Coefficiente de correlación	,698**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

En la tabla 9, se observa que el p-valor = 0,000, que está por debajo del valor indicado ($\alpha = 0,05$), rechazando así H0 y aceptando Hg. Además, el valor Rho de Spearman es igual a 0,698, por lo que existe una correlación moderada positiva, lo que indica que existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023

H2. Existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

H02. No existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

Tabla 10

Comprobación de hipótesis específica dos

		Dimensión 2:	
		Físico conductual	Variable: Ansiedad
Rho de Spearman	Dimensión 2: Físico conductual	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,536**
		N	100
	Variable: Ansiedad	Coefficiente de correlación	,536**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	100

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

En la tabla 10, se observa que el p-valor = 0,000, que está por debajo del valor indicado ($\alpha = 0,05$), rechazando así H0 y aceptando Hg. Además, el valor Rho de Spearman es igual a 0,536, por lo que existe una correlación moderada positiva, lo que indica que existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

H3. Existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023

H03. Existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023

Tabla 11

Comprobación de hipótesis específica tres

		Dimensión 3:	
		Afecto emocional	Variable: Ansiedad
Rho de Spearman	Dimensión 3: Afecto emocional	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,644**
		N	,000
		N	100
	Variable: Ansiedad	Coefficiente de correlación	,644**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,000
		N	100

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

En la tabla 11, se observa que el p-valor = 0,000, que está por debajo del valor indicado ($\alpha = 0,05$), rechazando así H0 y aceptando Hg. Además, el valor Rho de Spearman es igual a 0,644, por lo que existe una correlación moderada positiva, lo que indica que existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

Desde una visión amplia, la exploración de los niveles de ansiedad y depresión en conjunto revela una imagen detallada de la salud mental de los participantes en la institución de salud de Puente Piedra, 2023.

En cuanto a los niveles de depresión, se evidenció en la tabla 2 que, el 51.0% de los participantes experimenta un nivel moderado de depresión, mientras que un preocupante 43.0% muestra niveles graves, lo que sugiere una prevalencia significativa de la depresión en la población estudiada.

Por su parte, la ansiedad se encontraba en niveles elevados, como se evidenció en los resultados de la tabla 6, el 81.0% de los participantes reporta niveles graves, evidenciando una preocupante tendencia hacia la manifestación de este trastorno, poniendo de manifiesto la necesidad de intervenciones efectivas para abordar la ansiedad en esta población, ya que una gran proporción de participantes experimenta síntomas que podrían afectar significativamente su bienestar psicológico.

En cuanto al objetivo general de esta investigación que buscó establecer la relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud, los resultados de la tabla 8 revelaron que existe una correlación alta positiva ($\rho: 0,865; \alpha = 0,05$) entre ambas variables,

Este resultado es congruente con los resultados investigaciones previas, se observa una similitud en la prevalencia de la depresión con el estudio de Chamorro (2022) quien también identificó un porcentaje considerable de participantes con niveles moderados y graves, además se destacó una alta correlación $\rho = 0.719$, evidenciando una estrecha relación entre trastornos. Por otro lado, los niveles de ansiedad graves en nuestra muestra contrastan con los resultados de Regalado (2023) donde se observó una menor prevalencia de ansiedad en la población

estudiada, estas diferencias pueden deberse a las particularidades de la muestra; sin embargo, se reveló una relación alta ($r = 0,63$) evidenciando la conexión entre variables.

Este resultado coincide con el estudio de Llerena (2022) en el que se destacó una relación significativa y alta con un ($Rho=0,987$; p -valor=.000) entre ansiedad y depresión. Asimismo, converge con los resultados de Hernández & Hernández (2023) que exploraron las relaciones entre la motivación, ansiedad y depresión en deportistas universitarios, encontrando correlaciones significativas (ρ de Spearman para ansiedad $<.339$, depresión $<.289$ y estrés $<.152$) respaldando la idea de que existe una relación modesta entre estas variables.

También se encontró una similitud con Olivera (2018) quien examinó correlaciones entre ansiedad, depresión y la perspectiva temporal, descubriendo conexiones notables entre las dimensiones del pasado negativo y el presente fatalista con la ansiedad crónica y la depresión, Rho Spearman (en niveles moderados) $r=0,578$; $p=0,000^*$ y la depresión (en niveles mínimos) $r=0,456$; $p=0,000^*$.

Al desglosar las hipótesis específicas: a) existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023, se destaca que el análisis también puso de manifiesto una conexión específica entre la ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión, en la tabla 9 la prueba de correlación reveló un coeficiente ($Rho = 0,698$), indicando que el nivel de ansiedad está vinculado con la depresión cognitiva. Este resultado se alinea con las teorías que sugieren que los resultados de los patrones cognitivos negativos y las autoevaluaciones desfavorables están relacionados con la ansiedad y contribuyen al desarrollo de la depresión (Beck, 2010).

Este hallazgo coincide con las Orrillo & Yauri (2022) en su estudio encontraron una correlación positiva, con un nivel de significación menor a .050, relacionando la ansiedad-estado y depresión ($Rho=441$) y ansiedad-rasgo y depresión ($Rho=538$) destacando la influencia de los aspectos cognitivos en la relación entre ansiedad y depresión. La importancia de las

dimensiones cognitivas en la depresión ha sido destacada por varios autores, incluyendo a Freud (1917) y Beck (1983).

Otra conexión identificada en la investigación al comprobar la hipótesis específica b) existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023; en este caso, en la tabla 10 la correlación moderada y positiva entre ansiedad y la dimensión físico-conductual de la depresión ($Rho = 0.536$) sugiere que los síntomas físicos y las conductas asociadas a la depresión contribuyen significativamente a la complejidad de estos trastornos. Este hallazgo se alinea con los resultados de Caldas & Lumbré (2022) subrayando la necesidad de considerar los aspectos físicos en la interacción entre ansiedad y depresión puesto que se encontraron correlaciones significativas, directas y de alto nivel entre la depresión y la ansiedad de tipo rasgo ($r=.79$) y estado ($r=.72$).

Además, este resultado converge con Borges (2018) quien exploró niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria en Caracas, Venezuela. Los hallazgos revelaron una correlación moderada y significativa entre ansiedad y depresión mayor ($r = 0,38$), respaldando la idea de que ambas condiciones están interrelacionadas y pueden influenciarse mutuamente.

Los resultados también encuentran apoyo en las teorías de Ferster (1973) y Lascarro (2022), que resaltan la importancia del análisis funcional y la adaptabilidad del tratamiento a cada individuo, dicha conexión entre la ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión sugiere que las respuestas físicas y conductuales están influenciadas por los niveles de ansiedad, respaldando así la idea de abordar la depresión de manera adaptativa.

Así mismo, para la hipótesis específica c) existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023, la prueba de correlación en la tabla 11, reveló un coeficiente ($Rho = 0,644$), indicando que el

nivel de ansiedad es un factor determinante que puede incrementar los niveles de depresión en esta dimensión específica. Estos resultados encuentran respaldo en la investigación de Shek & Chai (2022) quienes examinaron los efectos de la ansiedad y la depresión en la salud mental durante y después de la primera oleada de COVID-19, encontrando una relación significativamente positiva entre la ansiedad y la depresión ($\beta = 0,42$), respaldando la idea de que niveles más altos de ansiedad están relacionados con la presencia y desarrollo de la depresión a lo largo del tiempo.

Finalmente, los resultados de las correlaciones y los niveles descriptivos de ansiedad y depresión proporcionan una visión completa de la salud mental en la población estudiada, la alta prevalencia de niveles moderados y graves de depresión y ansiedad subraya la urgencia de intervenciones efectivas y personalizadas. Estos resultados contribuyen significativamente a la comprensión de la interconexión entre ansiedad y depresión, respaldando la necesidad de abordajes terapéuticos integrales que consideren la complejidad de estos trastornos mentales.

4.2. Limitaciones

A pesar de los valiosos aportes obtenidos en esta investigación sobre ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud, es crucial reconocer y abordar algunas limitaciones que pudieron influir en la interpretación de los resultados.

En primer lugar, la investigación se llevó a cabo de manera presencial, lo que pudo haber introducido sesgos relacionados con la interacción cara a cara y el entorno físico, este método pudo haber afectado la sinceridad de las respuestas de los participantes, ya que algunos podrían haberse sentido cohibidos al revelar información sensible en un contexto presencial.

Además, la focalización exclusiva en una única institución de salud en Puente Piedra limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o entornos, las características específicas de los participantes y las dinámicas particulares de esta institución podrían no ser

representativas de la diversidad que existe en otras comunidades o contextos de atención médica. Otra limitación a considerar es que, el hecho de que los propios adultos pertenecientes a la institución completaron ambos cuestionarios también pudo haber introducido sesgos potenciales, como respuestas socialmente deseables o autoevaluaciones sesgadas.

Estas limitaciones subrayan la importancia de interpretar los resultados con cautela y destacan la necesidad de futuras investigaciones que aborden estos trastornos, ampliando la comprensión de la ansiedad y la depresión en diversos contextos y poblaciones.

4.3. Implicancias

En cuanto a las implicancias teóricas, la exploración de la ansiedad y depresión revela que estos fenómenos están intrincadamente ligados a factores biológicos y psicosociales. La predisposición genética y los estresores psicosociales, como se evidencia en la investigación respaldada por Quispe (2023), emergen como elementos fundamentales en la génesis de la ansiedad. En el caso de la depresión, la complejidad de las interacciones sociales, psicológicas y biológicas, tal como lo señalan Ijuma y Peña (2023), resalta la necesidad de una comprensión holística. Las circunstancias adversas, como el desempleo o los traumas, se revelan como desencadenantes y exacerbantes, estableciendo una relación recíproca que intensifica el estrés y la disfunción.

Por su parte, los síntomas depresivos, variados y personales, incluyendo cambios en los hábitos alimenticios, alteraciones del sueño y pensamientos recurrentes de muerte (Chamba, 2019), brindan una visión completa de la complejidad de la depresión. Estos hallazgos contribuyen significativamente a una comprensión más holística de los trastornos mentales.

Así mismo, las implicancias prácticas en relación con la depresión, permitió identificar su prevalencia de niveles moderados a graves, esto sugiere la necesidad urgente de intervenciones psicológicas y de apoyo en Puente Piedra. En cuanto a la ansiedad, se evidenció

que la mayoría de adultos experimentaban niveles moderados a elevados, los síntomas, como la constante anticipación de problemas y la incapacidad para relajarse, indican la necesidad de intervenciones concretas para abordar la depresión y la ansiedad en la comunidad; además, ofrecer terapias cognitivo-conductuales y técnicas de gestión del estrés, ya sea de manera grupal o individual.

Así mismo, cabe destacar que la elección de las escalas de medición, "Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HARS)" para evaluar la ansiedad y el "Inventario de Depresión de Beck II" para medir la depresión, demuestra una atención meticulosa a la calidad y validez de la recopilación de datos. Estas escalas, respaldadas por su fiabilidad y aplicabilidad en contextos similares, proporcionan una base sólida para la evaluación de los trastornos mentales en la población estudiada, la consideración de escalas establecidas pone a prueba los métodos empleados en el estudio, fortaleciendo la validez interna del estudio, facilitando la comparabilidad de los resultados con investigaciones similares, contribuyendo así al avance del conocimiento en el campo de la salud mental.

4.4. Conclusiones

En base a los hallazgos obtenidos, se llega a varias conclusiones significativas en relación con la ansiedad y la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra en 2023.

De acuerdo al primer objetivo planteado, se estableció una relación significativa entre la ansiedad y la depresión. Los resultados de la prueba de correlación indicaron un coeficiente ($Rho = 0,865$) demostrando que la mejora en los niveles de ansiedad se correlaciona directamente con una mejora en los niveles de depresión en adultos.

Así mismo, con relación al primero objetivo específico, se identificó una conexión entre la ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión. Los resultados de la prueba de correlación ($Rho = 0,698$) sugieren que el nivel de ansiedad desencadena la depresión cognitiva,

destacando que la mejora en los problemas de ansiedad se reflejaría en una mejora en esta dimensión específica de la depresión.

Por otra parte, para el segundo objetivo específico, se determinó una relación entre la ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión. Según los resultados de la prueba de correlación ($Rho = 0,536$) el nivel de ansiedad es un factor contribuyente que puede aumentar los niveles de depresión en la dimensión física conductual.

Finalmente, para el tercer objetivo específico, se estableció una conexión entre la ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión. Los resultados de la prueba de correlación ($Rho = 0,644$) indican que el nivel de ansiedad es un factor determinante que puede incrementar los niveles de depresión en esta dimensión. Por lo tanto, se sugiere que una mejora en los niveles de ansiedad podría resultar en una disminución correlativa de la depresión en la dimensión afecto emocional.

REFERENCIAS

- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología* 22 (1) pp. 39 – 52. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580/14212>
- Barrera, N., y Reyes, J. (2020). *Revisión literaria del trastorno de ansiedad un abordaje desde los enfoques de la psicología* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/f58e9221-bfcb-46fc-9415-64790e525a1a/content>
- Beck, A. (2008). La evolución del modelo cognitivo de la depresión y neurobiológicas. *The American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A. T. (2010). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165 (8) pp 969-977. Recuperado de: Doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-072/725.pdf>
- Borges, T. (2018) Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela Study on depression and anxiety through PHQ in Venezuela. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/16286f23-b1e7-4898-a0f1-8073ca853dae/content>
- Bustos, V. (2021). *Psicología clínica Enfoques e investigación*. Universidad de San Buenaventura. <https://www.researchgate.net/publication/358667704>
- Caldas, E y Lumbre, D. (2022) Depresión y ansiedad rasgo- estado durante la pandemia en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Metropolitana durante el 2022. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33604/Caldas%20Orihuela%20>

[Elizabeth%20Luz%20-%20Lumbre%20Lopez%20Daniela%20Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Carrillo, J., Mendiburu, C., López, A., y Moisés, J. (2020). Niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en médicos residentes del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga, de México. *Correo Científico Médico*, 24(1). Recuperado de <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3341/1765>

Castillo, A., Ruiz, E., Martins, F., & Onetti, W. (2022). Percepción subjetiva del esfuerzo, la ansiedad y la autoconfianza en jugadores de fútbol semiprofesionales. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 54. <https://doi.org/10.14349/rlp.2022.v54.19>

Chamorro, J. (2022) Depresión y ansiedad en usuarios de un Centro de salud mental comunitario de la Ciudad de Pucallpa, año 2021. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/31385/Chamorro%20Dom%c3%adnguez%20Julissa%20Francheska.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Chamba, G. (2019). Depresión de los adultos mayores de la “casa del día San José” de la ciudad de Loja. Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22051>

Chand, S. y Arif, H. (17 Julio de 2023) Depression [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>

Dirección Regional de Salud [DIRESA] (2022, 3 de mayo) Trastornos de depresión y ansiedad se dispararon durante la pandemia [Comunicado de Prensa] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionhuancavelica/noticias/604739-trastornos-de-depresion-y-ansiedad-se-dispararon-durante-la-pandemia>

Duarte, A. (2019). *Nivel de ansiedad en adolescente de nuevo ingreso al bachillerato general de educación media superior* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/109705/44TESIS%20DE%20ANSIEDAD%20HORT%20%283%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

El Peruano (2022) Población adulta es la que más atenciones de salud mental ha recibido. Minsa pone la lupa en la ansiedad. Disponible en: <https://www.elperuano.pe/noticia/192010-minsa-pone-la-lupa-en-la-ansiedad>

- Espinoza, M. (2019). Relación del nivel de actividad física, depresión, estrés y ansiedad, autoconcepto personal y satisfacción laboral en docentes de secundaria de dos colegios públicos de Heredia. Disponible en: <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/17193/Tesis%209791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28(10), 857.
- Heredia, L. (2021) Ansiedad y depresión en practicantes de yoga: estudio comparativo. Disponible en: <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/2f390204-d56c-4cae-bfa9-81e3d261b506/content>
- Hernández, D., & Hernández, L. (2023). Motivación, ansiedad, depresión y estrés en deportistas universitarios en tiempos de restricciones sanitarias producidas por la pandemia del Covid 19. *MLS Sport Research*, 3(1). <https://doi.org/10.54716//mlsr.v3i1.1871>. Disponible en: <https://www.mljournals.com/Sport-Research/article/view/1871>
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, M. (2018). Metodología de la investigación. McIGRAW-HILL education.
- Hernández, C., y Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 2(1), 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Ijuma, F. y Peña, M. (2023) Riesgo de depresión en usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/6200/B4_2023_UNU_ENFERMERIA_2023_T_MARILYN_PENA_ET_AL_V1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Infobae (2023) Salud mental en Perú: más de cuatro mil ciudadanos son atendidos por ansiedad, depresión y otras enfermedades al día. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2023/11/08/salud-mental-en-peru-mas-de-cuatro-mil-ciudadanos-son-atendidos-por-ansiedad-depresion-y-otras-enfermedades-al-dia/>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). *Depresión*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-sp/depression.pdf>

Instituto Nacional de la Salud Mental [NIMH] (2022) El cuidado de su salud mental. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>

Lascarro, G. (2022) Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de pregrado de la universidad de la costa, CUC. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/9801/DEPRESI%C3%93N%2C%20ANSIEDAD%20Y%20ESTR%C3%89S%20EN%20ESTUDIANTES%20DE%20PREGRADO%20DE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Leyva, J., y Guerra, Y. (2020). Objeto de investigación y campo de acción: componentes del diseño de una investigación científica. Edumecentro, 12(3), 241-260.

Llerena, M. (2022) Ansiedad y depresión en personas involucradas en procesos judiciales de familia. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12106/N3.0714.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martos, R. (2021) Ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Cajamarca – 2021. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/2171/INFORME%20DE%20TESIS%20-%20MARTOS%2C%20R.L.%20%282021%29%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mejía, E. (2020). Prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/718/1/Eugenia%20Mejia%20Calle.pdf>

Narvaez, L., & Tucumango, E. (2023). Depresión y ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de una universidad de Cajamarca, 2022. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/34913?show=full>

- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la Investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la tesis*. Ediciones de la U. https://drive.google.com/drive/folders/1JIdQFylFToVraY4Un4XaMo3_cnnNBuqP
- Olivera, S. (2018) Ansiedad y Depresión, y su Relación con la Percepción del tiempo. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8565/1/ansiedad-depresion-percepcion-tiempo.pdf>
- OMS (2023) Depresión. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1
- OMS/OPS (2018) La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, marzo 31). *Depresión*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización de Naciones Unidas [ONU] (2022). La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad. Noticias ONU. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/03/1504932>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020) Salud Mental. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Orrillo, S y Yauri, Z (2022) Ansiedad y depresión en docentes de nivel secundario de instituciones educativas públicas de Cajamarca, 2021. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/32554>
- Quispe, V. (2023). *Factores psicosociales presentes en personal de salud asistencial durante la pandemia del covid-19* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14757/Factores_QuispeGranados_Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Regalado, S. (2023) Depresión y ansiedad en estudiantes de psicología de una universidad de Lima Norte, 2021. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/34610/Regalado%20Sosa%2c%20Stephany%20Nicole%20-%20Tovar%20Ramirez%2c%20Valery%20Nickol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, A., y Torres, E. (2024). Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. *Atención Primaria Práctica*, 6(2), 100193. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100193>
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, A., Jiménez, P., y Romero, M. (1994). Ansiedad cognitiva y somática: Relación con otras variables de ansiedad y Psicósomáticas. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 47(3), 313-320. https://www.researchgate.net/publication/28182570_Ansiedad_cognitiva_y_somatica_relacion_con_otras_variables_de_ansiedad_y_psicosomaticas
- Sánchez, L. (2018). Grados de depresión. España. Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/grados-de-depresion-conocela-escala-de-la-depresion/>
- Sanchez, R. y Shica, A. (2019) Depresión y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30346/sanchez_br.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Shek DTL & Chai W, Tan L (2022). The relationship between anxiety and depression under the pandemic: The role of life meaning. *Front Psychol.* 2022 Nov 28;13:1059330. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1059330. PMID: 36518968; PMCID: PMC9742252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9742252/>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1982). *State-Trait Anxiety Inventory*. Madrid: TEA.
- Ventura, J. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Rev. Cubana de Salud Pública.* 2017; 43(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n4/spu14417.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Operacionalización

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN PUENTE PIEDRA, 2023						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS/ PARÁMETROS	ESCALA DE MEDICIÓN	RANGO DE PUNTUACIÓN
Depresión	Trastorno mental prevalente, manifestándose mediante la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés o placer, los sentimientos de culpa y la alteración del sueño y apetito (OMS, 2023).	Para evaluar la variable se utilizará el Inventario de Depresión de Beck II, que está comprendida por tres dimensiones: Cognitiva, Físico Conductual y Afecto emocional.	Dimensión 1: Cognitiva	Ítems (4): 1,2,9,14	Likert	Rango de Puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • Mínima 0-13 • Leve 14-19 • Moderada 20-28 • Grave 29-63
			Dimensión 2: Físico conductual	Ítems (08): 3,4,5,6,7,8,10, 13		
			Dimensión 3: Afecto emocional	Ítems (9): 11,12,15,16, 17,18,19,20 y 21		
Ansiedad	La ansiedad se caracteriza como la respuesta corporal ante estímulos percibidos como amenazantes, generando cambios fisiológicos, conductuales y emocionales en el individuo (Spielberg y Díaz, 1975; Zung, 1985 citados en Martos, 2021).	Para evaluar la variable se utilizará Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HARS), que está comprendida por dos dimensiones: Cognitiva o psíquica y Somática	Dimensión 1, 0 Cognitiva psíquica	Ítems (7): 1,2,3,4,5,6 y 14	Likert	Rango de Puntuación: 00-56 Mínima: 00-14; Leve: 15-28; Moderada: 29-42 y Grave: 43-56.
Dimensión 2, Somática	Ítems (7): 7,8,9,10, 11,12,13					

Anexo 2. Matriz de consistencia

ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN PUENTE PIEDRA, 2023			
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<u>GENERAL</u> ¿Existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en puente piedra, 2023?	<u>GENERAL</u> Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	<u>GENERAL</u> Existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	TIPO DE ESTUDIO Tipo básico, Enfoque cuantitativo Nivel descriptivo correlacional Corte Transversal DISEÑO DE ESTUDIO No experimental Población: 100 adultos entre los 44 y 74 años Muestra: 100 adultos Muestreo: No probabilístico por conveniencia TÉCNICA: Encuesta INSTRUMENTOS Variable 1: Depresión Instrumento: Inventario de Depresión de Beck II, (21 ítems) Variable 2: Ansiedad Instrumento: Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HARS) (14 ítems)
<u>ESPECIFICO</u> ¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023?	<u>ESPECIFICO</u> Determinar la relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	<u>ESPECIFICO</u> Existe relación entre ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	
<u>ESPECIFICO</u> ¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023?	<u>ESPECIFICO</u> Determinar la relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	<u>ESPECIFICO</u> Existe relación entre ansiedad y la dimensión física conductual de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023	
<u>ESPECIFICO</u> ¿Existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023?	<u>ESPECIFICO</u> Determinar la relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	<u>ESPECIFICO</u> Existe relación entre ansiedad y la dimensión afecto emocional de la depresión en adultos de una institución de salud en Puente Piedra, 2023.	

Anexo 3. Instrumento de Recolección de Datos

Escala de Depresión de Beck.

Consigna: "A continuación encontrara algunas frases, le pedimos que marque aquella con la cual se sienta mas identificado actualmente".

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Me siento tan triste y desdichado que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No me siento fracasado.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Todo me aburre o me desagrada.
5.
 - a. No siento ninguna particular.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo estar siendo castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Estoy decepcionado conmigo.
 - c. Estoy harto de mí mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me crítico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13.
 - a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14.
 - a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
15.
 - a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16.
 - a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17.
 - a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18.
 - a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
19.
 - a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - b. He perdido más de dos kilos.
 - c. He perdido más de cuatro kilos.

2

- 20.
- d. He perdido más de seis kilos.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b. Estoy preocupado por problemas físicos, por ejemplo, dolores, molestias estomacales, constipación.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

* Hamilton, 1959: Escala de evaluación de Ansiedad Cognoscitiva-Somática

* Adaptada por Valentín Conde López

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones de la vida que se tornan conflictivas. No es necesario presentar todas para señalar que cualquiera de los indicadores está presente.

Procure identificar con una X cómo han aparecido estas reacciones en usted. La información que proporcione servirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la que le pedimos que conteste cada una de las frases de manera real y verídica. Gracias.

- (A) Nunca
- (B) Algunas veces
- (C) Regular / Varias veces
- (D) Casi siempre
- (E) Siempre

CUESTIONARIO		RESPUESTAS					Punt.
		A	B	C	D	E	
1	Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable						
2	Tengo la sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.						
3	Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.						
4	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Me despierto varias veces. Me levanto cansado. No hay sueño reparador.						
5	Tengo mala memoria, especialmente de los eventos recientes. Me cuesta concentrarme.						
6	No tengo interés por lo que me rodea. Me siento triste. Me adormezco por el día y no puedo dormirme por la noche.						
7	Siento dolores y molestias musculares. Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.						
8	Tengo zumbidos de oídos. Vista borrosa. Siento oleadas de calor o frío. Tengo picores y sensación de debilidad						
9	Siento que mi corazón late más de prisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, agitación.						
10	Tengo sensación de ahogo y falta de aire: Necesito respirar. Siento en el pecho una opresión o pena.						
11	Tengo dificultad al tragar. Siento ardores, pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Estreñimiento.						
12	Siento necesidad de orinar frecuentemente, aunque sea poco. Tengo alteraciones hormonales. Mi vida sexual está deteriorada.						
13	Siento la boca seca. Me ruborizo y palidezco fácilmente. Me mareo y las cosas me dan vuelta. Se me ponen los pelos de punta						
14	Me he sentido incómodo, inquieto, tenso, impaciente; me sudan las manos y el pulso se me acelera al contestar estas preguntas.						

Impresión Diagnóstica: _____

Puntuación: _____