



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS
MERCEDES - JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. FERNANDO ROMULO MAMANI HUMPIRI

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS
MERCEDES JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. FERNANDO ROMULO MAMANI HUMPIRI

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MEDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

ASESOR DE TESIS : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA - P09

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1095 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 07 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 10356 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MARCEDES JULIACA 2025**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** el (la) bachiller: **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. **MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **1er. Miembro** : Dra. **SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

- * **Asesor (a)** : Dra. **SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : **JUEVES 13 DE NOVIEMBRE DEL 2025**
HORA : **14:00 HORAS**
LOCAL : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

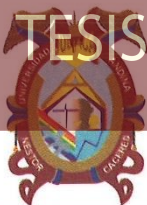
TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



“NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ”

RESOLUCIÓN N° 1018-2025--FCS-UANCV

Juliaca, 31 de octubre del 2025

VISTOS: Exp. 2025 -10763 presentado por el (la) egresado (a) **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO** quién ha solicitado cambio del presidente del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución N° 041-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025** para lo cual se asignó.

Presidente: **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 269-2025-UANCV-CU-R, **por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV;** y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: **APROBAR** el **CAMBIO** del **PRESIDENTE** designados a el (la) egresado(a) **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO**, para la revisión del proyecto de investigación titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025** para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** debiendo quedar a partir de fecha.

Presidente: **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:
- Interesados (1)
- Archivo (1)



Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia

RESOLUCIÓN N° 041-2025-UI-FCS-UANCV-J

Juliaca, 04 de setiembre del 2025

Visto: el Expediente N° 2025-CU-6831 de 22 de agosto del 2025, Presentado Por el Bach. **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

* Presidente	:	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
* 1er. Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
* 2do. Miembro	:	Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Asesor	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 185-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025**, presentado por el (la) Bach. **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO**, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO: RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

ARTICULO TERCERO. - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



“NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ”

RESOLUCIÓN DECANAL N° 185 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 013 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 14 de abril de la E.P, de Medicina Humana folio 000061;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 594-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MAMANI HUMPIRI FERNANDO ROMULO**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Gabriela Betty Arias Luque
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana Secretaria Académica, Archivo.



15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	FERNANDO ROMULO MAMANI HUMPIRI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70279104
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-9298-2432
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129

Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Edificio: COLEGIO LAS MERCEDES País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Coordenadas Latitud: -15.4901463 Longitud: -70.1387948 URL Maps https://maps.app.goo.gl/36ZHf5TZnJE7UjWV7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 – Noviembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p> <p>Neurología clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.25</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
VICERRECTOR LACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Mafra Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo FERNANDO ROMULO MAMANI HUMPIRI, identificado con DNI
Nro. 70279104, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la **Tesis** o **Trabajo de Investigación**, **Trabajo Académico**
denominada:

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca _____ de _____ **NOVIEMBRE** _____ del 2025

Firma del Asesor
(obligatoria)



Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis queridos padres; por ser las fuerzas que me inspiran, mi apoyo y fortaleza; lo que ha contribuido a la consecución de este logro, apoyándome moral y psicológicamente.

Gracias por todo, los amo.

Fernando Rómulo



AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme bendecido con buena salud en estos tiempos.

A los docentes de la Escuela de Pregrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, por darme la oportunidad para el desarrollo de mi tesis.

A la Dra. Sandra Fernández Macedo, por su loable experiencia y consejos; acompañándome en el proceso de investigación, que hicieron posible el desarrollo óptimo de esta tesis.

Fernando Rómulo



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
1.1.1. Problema general	5
1.1.2. Problemas específicos.....	5
1.2. Justificación.....	6
1.2.1. Justificación teórica.....	6
1.2.2. Justificación práctica.....	6
1.2.3. Justificación metodológica	8
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo general.....	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
1.4. Hipótesis	10
1.4.1. Hipótesis general	10



1.4.2. Hipótesis específicas	10
1.5. VARIABLES E INDICADORES	10
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	12
2.1.1. A nivel internacional	12
2.1.2. A nivel nacional	17
2.1.3. A nivel local	22
2.2. BASES TEÓRICAS.....	26
2.2.1. Depresión	26
2.2.2. Ansiedad	48
2.3. MARCO CONCEPTUAL	66

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	69
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	69
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	69
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	70
3.4.1. Población	70
3.4.2. Muestra	70
3.5. ÁMBITO DE ESTUDIO Y TEMPORALIDAD.....	70
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	71



3.6.1. Técnicas.....	71
3.6.2. Instrumentos	71
3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	71
3.8. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN ...	73
3.8.1. Validación.....	73
3.8.1. Confiabilidad	73

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	74
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS	110
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	111
ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	115
ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO	118
ANEXO 4: INSTRUMENTOS	120
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	124



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025.....	74
Tabla 2	Asociación entre edad y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	76
Tabla 3	Asociación entre sexo y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	79
Tabla 4	Asociación entre anhedonia y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	82
Tabla 5	Asociación entre presencia de fatiga y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca	85
Tabla 6	Asociación entre presencia de dificultad cognitiva y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	87
Tabla 7	Asociación entre los días que presentaron ansiedad y la presencia de depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	90



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025.....	75
Figura 2	Asociación entre edad y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	77
Figura 3	Asociación entre sexo y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	80
Figura 4	Asociación entre anhedonia y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025.....	83
Figura 5	Asociación entre presencia de fatiga y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025.....	86
Figura 6	Asociación entre presencia de dificultad cognitiva y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025	88
Figura 7	Asociación entre los días que presentaron sintomatología depresiva y la presencia de depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025.....	91



RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre la depresión y la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca. **Material y métodos:** Diseño no experimental de tipo básico, nivel correlacional con una muestra de 150 estudiantes de un colegio público, se utilizó dos cuestionarios para evaluar las variables de interés. **Resultados:** La depresión y la ansiedad tienen una asociación estadísticamente significativa ($p=0.001$). Un total de 100 (66.7%) participantes presentaron depresión y un total de 85 (56%) presentaron ansiedad. Quienes tenían entre 13 y 15 años presentaron con más frecuencia síntomas ansiosos (38%), sin embargo, esta no estuvo asociada a la sintomatología depresiva ($p=0.877$). Las mujeres también presentaron en mayor porcentaje el desenlace interés (34.7%) aun así no hubo asociación con la sintomatología depresiva ($p=0.067$). Finalmente, la anhedonia, fatiga y dificultad cognitiva tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la depresión ($p=0.001$). **Conclusión:** La depresión y la ansiedad, evaluado mediante su sintomatología, están asociadas de forma estadísticamente significativa en los estudiantes de secundaria del colegio Las Mercedes – Juliaca.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Adolescentes.



ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between depression and anxiety in students at Las Mercedes School in Juliaca. **Materials and methods:** Basic non-experimental design, correlational level with a sample of 150 students from a public school. Two questionnaires were used to evaluate the variables of interest. **Results:** Depression and anxiety have a statistically significant association ($p=0.001$). A total of 100 (66.7%) participants presented depression and a total of 85 (56%) presented anxiety. Those between the ages of 13 and 15 presented anxiety symptoms more frequently (38%), however, this was not associated with depressive symptoms ($p=0.877$). Women also had a higher percentage of interest (34.7%), but there was no association with depressive symptoms ($p=0.067$). Finally, anhedonia, fatigue, and cognitive difficulty had a statistically significant association with depression ($p=0.001$). **Conclusion:** Depression and anxiety, as assessed by their symptoms, are statistically significantly associated in secondary school students at Las Mercedes School in Juliaca.

Keywords: Depression, Anxiety, Adolescents



INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son de las patologías más frecuentes en la población estudiantil de los escolares desde hace años. Suponen un gran problema para la educación y la salud pública debido a la magnitud de su prevalencia y a las consecuencias que tienen sobre el desarrollo físico, psicológico, social y académico de los adolescentes. La sintomatología ansiosa incluye miedos exagerados, problemas de atención, dificultades para controlar los impulsos, alto nivel de irritabilidad, tensión muscular, insomnio, taquicardia, hiperventilación, molestias gastrointestinales y sudoración, entre otros síntomas. La sintomatología depresiva incluye tristeza, falta de interés y placer, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, alteraciones en el sueño y el apetito, falta de energía, disminución de la actividad, ideaciones e intentos de suicidio. Aunque la ansiedad y la depresión pueden manifestarse de forma aislada, en muchas ocasiones coexisten, lo que se traduce en una mayor severidad global, mayor deterioro funcional y un peor pronóstico. Los factores que predisponen al desarrollo de estos trastornos son principalmente el estrés académico, las conductas de acoso, las dificultades familiares, la falta de apoyo social, las dificultades en las relaciones, la sensación de inseguridad, el clima escolar, el uso de redes sociales, el carácter y el temperamento y las experiencias traumáticas. Por otro lado, la adolescencia es una etapa caracterizada por el desarrollo de cambios neurobiológicos, cambios hormonales y cambios emocionales que afectan de manera significativa a la regulación del estado anímico, a la regulación emocional y a la respuesta al estrés.



La aparición de trastornos de ansiedad y depresivos en los estudiantes puede tener un impacto negativo significativo tanto en la salud como en el rendimiento académico, la asistencia a clase y los problemas de socialización. Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia, se reconoce que muchos niños y adolescentes no son correctamente diagnosticados ni tratados. Así, los trastornos mentales a menudo no suscitan atención hasta que se producen problemas graves de comportamiento, fracaso escolar o desadaptación en la vida familiar, social o escolar. Además, la adolescencia se asocia con abandono educativo, riesgo de sufrir problemas de salud física, accidentes y conductas autolesivas. Asimismo, la adolescencia es una fase crucial en el curso de muchas enfermedades mentales. Estos trastornos a menudo presentan un curso crónico en la edad adulta y las personas que lo sufren tienen menos posibilidades de alcanzar ciertos logros a lo largo de su vida. La prevención y la intervención en estos trastornos son esenciales en la adolescencia, asegurando una detección precoz, una promoción de la salud en el entorno escolar, un acceso adecuado a la atención psicológica y psiquiátrica y un seguimiento psicosocial adecuado. Estas razones justifican la elección de este tema de investigación.

El presente trabajo se ha dividido en cuatro capítulos para abordar el problema planteado. El Capítulo I se destina al estudio del problema planteado. En el Capítulo II se presenta la base teórica que fundamenta y da significación al problema planteado. El Capítulo III se concentra en el estudio metodológico, el cual es detallado con procesos y técnicas para lograr tan amplio objetivo. El Capítulo IV está destinado al estudio e interpretación de los resultados obtenidos, discusión de los resultados, elaboración de conclusiones y formulación de recomendaciones.



CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los estudiantes en la actualidad muestran altos índices de trastornos de tipo emocional, entre los más frecuentes la depresión y ansiedad, principalmente por el estrés escolar, problemas familiares, abuso tecnológico y falta de estabilidad social. Los trastornos emocionales de este tipo no solo repercuten a nivel personal, sino que trascienden hacia niveles tarético-escolar, tarético-social o tarético-espiritual. Asimismo, tras los altos índices de cronicidad podría verse la negación de los propios adolescentes a consecuencias negativas del mismo, la ausencia de búsqueda de ayuda profesional y la confusión que podrían generarle a familiares por su parecida etapa evolutiva. Sin embargo, esto supone una constante e incesante alerta hacia la investigación sobre la correlatividad del trastorno de ansiedad con el de depresión en adolescentes escolarizados (1).

Por otro lado, aunque los organismos científicos consideren como hecho la coincidencia, los factores de riesgo compartido y la cronificación de ambos trastornos a lo largo de la vida, apenas existen estudios que demuestren la interacción y a su vez los moderadores en poblaciones escolares. Afrontar el



estudio de esta correlación se convierte en fundamental no solo detectar la coparentalización, factores individuales o estructurales y su magnitud, sino también la posibilidad de construir estrategias socio- emocionales para frenar la acumulación de problemas en el contexto preuniversitario. De ahí, la importancia de poder establecer la cuadrante de riesgos sociodemográficos, escolarizados o emocionales, con el fin de poder orientar posteriormente los resultados hacia un diseño de línea de intervención primaria y/o secundaria. Bajo un único modelo pedagógico, la conexión entre las implicaciones sociales y la psiquiatrización del ámbito escolar, presentando dos rutas bajo el análisis correlacional, estructural (o "container") y descriptivo, hasta la investigación previa sobre el ámbito psico-sociológico en escolares copeados (2).

A nivel internacional

A nivel internacional, los trastornos mentales en la adolescencia sorprenden por su elevada prevalencia, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más frecuentes, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aproximadamente un 13% de la población adolescente, es decir, la franja etaria que comprende la adolescencia tardía entre los 10 y 19 años presenta algún trastorno mental. La depresión constituye la segunda etiología de enfermedad en adolescentes. Algunos de estos trastornos mentales son comórbidos, por ejemplo, si se juntan problemas de ansiedad grave que interfiere la vida diaria en aquellos que poseen un trastorno mental específico de 7% a 30% de la población. Estos trastornos afectan al rendimiento académico, debilitan la adaptación a la vida y a la natalidad siendo muchas veces de la población no atendida. Esta situación conlleva un aumento al escaso riesgo para dejar estudios o llevar a cabo una conducta autolesiva (3).



Según otros estudios multicéntricos, la comorbilidad de ansiedad con depresión es alta. La tasa de coocurrencia supera el 60% en varios estudios enfocados en este tipo de población escolar. La coincidencia en ambos trastornos sugiere la necesidad de la detección y los diferentes programas de intervención que se realicen en el contexto de la adolescencia universitaria, donde la investigación sobre estudiantes presenta tanto a nivel preventivo, como abordaje de tratamiento simultáneo y conjunto de intervención. Sin embargo, el escaso interés, recursos y medidas encaminadas a la salud mental escolar, desde la perspectiva política, pedagógica desde el campo educativo, sitúa a la investigación sobre la relación entre ansiedad y depresión en la estudiante, un interés tanto teórico como práctico en la investigación y promoción de la salud. Es de suma importancia conocer la relación de ambos trastornos para el diseño que involucra servicios generales para la población (4).

A nivel nacional

Conforme al contexto nacional, la realidad del problema es preocupante en el ámbito escolar peruano. Los resultados de la encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 evidencian que el 19% de adolescentes entre 12 a 17 años presenta síntomas compatibles con depresión y el 12,4% con ansiedad. En otras encuestas grupales o institucionales de corte transversal, los porcentajes son elevados, utilizando instrumentos diferentes, la ansiedad es altamente prevalente y es un problema de salud pública sobre todo para adolescentes en contextos de pobreza, marginalidad y/o escaso acceso. El problema de salud mental/psicológica del ámbito escolar, estigmas, escasos recursos, poco o



desinformado por medios de incursión mediática, así como el poco o nada involucrados en el entorno familiar, educativo y/o social (5).

A pesar de la importancia del problema, un documento del Ministerio de Salud del Perú revela que menos del 30% de adolescentes tiene algún desorden de salud mental. Además de la escasa cobertura de atención de neuroefectiva en regiones con puntilliosidad sectorial y/o poblacional, principalmente públicas, la falta o no del horario de la gráfica vinculación. Una limitación adicional consiste en que no disponen de recursos humanos encargados de detectar e intervenir en problemas de salud mental y/o psicosocial. No han detectado depresión o ansiedad, aunque la población referida recibe aspecto social o comunitario. No existen o no están promovidos en el ámbito escolar programas de potencialidad dirigidos al abordaje de dichos aspectos. El abordaje de la comorbilidad de ansiedad con depresión es, a mi conocimiento, un tema poco investigado en este ámbito; no obstante, considero esencial la investigación que orienten el tratamiento e intervención desde el ámbito propio del sector educativo y/o intercambio cultural. Este objetivo es buscar información sobre la población escolar de adolescentes en relación a la comorbilidad de problemas de ansiedad con depresión, que es uno de sus aspectos que se espera (6).

A nivel local

La sociedad actual se ha vuelto más preocupante. Un estudio demostró que el 39.2% de los adolescentes presenta ansiedad mínima, el 38.4% ansiedad leve, el 15.6% ansiedad moderada y el 6.8% ansiedad severa. De igual manera, el estudio demuestra que el 8 de cada 10 personas tienen problemas. Ante esta situación, se requieren esfuerzos considerables para poder prevenir y atender los problemas de salud mental de los adolescentes en nuestra localidad. La



combinación de estos factores y la realidad social peruana obligan a fortalecer de forma urgente los escasos recursos destinados a la atención y prevención de problemas mentales mediante campañas a nivel nacional. Los adolescentes de la ciudad de Juliaca presentan un alto porcentaje de ansiedad y ello radica en la falta de un adecuado desarrollo social que genere oportunidades de acceso a recursos, promueva la educación física saludable y el acceso a servicios de salud especializados. Es por eso que resulta necesario realizar campañas de atención psicológica. La falta de centros que cuenten con los especialistas suficientes y con capacitación genera que esta población busque la atención de esos problemas en el sistema de medicina tradicional, lo que genera un retraso en la oportunidad de intervención. Por eso, la promoción de la salud a través de la atención primaria para superar los problemas de salud mental que actualmente surgen en los adolescentes resulta fundamental para que tengan acceso a estos servicios (7).

Formulación del problema

1.1.1. Problema general

PG. ¿Como está asociada la depresión con la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?

1.1.2. Problemas específicos

PE1: ¿Qué características personales están asociadas a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?

PE2: ¿Cómo se presenta la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?

PE3: ¿Con que frecuencia se presentan los tipos de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?



1.2. Justificación

1.2.1. Justificación teórica

La búsqueda interdisciplinaria para abordar tan variada sintomatología angustiante de los adolescentes por parte de cada sector familiar, escolar, etc. nos hace suponer que este grupo etéreo queda excluido del tratamiento por un actuar propio de los adolescentes que evita el acercamiento a la consulta de manera convencional. Estas dificultades para el acceso a la consulta mancomunada y el barrido de otras disciplinas del adolescente nos parecen parte de la conversión de los adolescentes que llegan al centro "clásicamente" derivados por un tercero formal. La no llegada a formulaciones y a la respuesta "final" por la multiplicidad escuchada pero no tratada solamente en cada una de las partes serían razonablemente apoyadas al análisis de las diferentes teorías en relación a la angustia, formatos o tipos de angustia y la evolución que podría tener desde un modelo en el que se penetre en grupos específicos mancomunadamente aplicado por vía alternada o asociativa. Así, esta parte teórica aborda la importancia e interés de profundizar en mayores conocimientos teóricos respecto a los precursores funcionales que puedan ser causales, facilitadores o moduladores específicos de la aparición de la sintomatología o tipo de angustia posterior. Como así también del viento de intervención que se considere favorable mediante un trabajo del traspaso de la hipótesis particular a la causa última e intervención para consensuar la respuesta.

1.2.2. Justificación práctica

Cada vez son más visibles los ideales profesionales interdisciplinarios de intervención, ya sean por demandas explícitas de pacientes que entienden que



la solución de su angustia requeriría de distintos modos de abordaje, ya sean por la integración a partir de una especialización u subordinación disciplinar que distintos campos del saber psíquico han aportado a la medicina tradicional. Asimismo, cada vez son más numerosos los discretos espacios de intervención que eligen los adolescentes frente a las clásicas cajas de consulta individuales en los espacios sanitarios de alta complejidad. Estos tres grandes ejes son abordados a partir de la Justificación práctica e interdisciplinar, la Justificación metodológica y adherencia a resultados previos y la exposición de los Ejes temáticos postulados de resultados. Dado que quizás esas tomas de posición sean más funcionales al sostenido sentimiento de crisis psíquica o al obstinado llamado de síntomas que esta etimología trajo consigo. Quizás sea tiempo entonces de que tomemos la voz los agentes que mantendremos tal consecución anárquica, buscando formar un tríptico que, más que fotógrafo, ponga la mirada sobre un fenómeno que nos parece muy contemporáneo, a la cantidad de adolescentes que sufren en su vida muchos problemas y algunos no tan trascendentes entre sus allegados. Las reclamaciones las más dispersas, pero por el nombre es bastante cercano a la angustia. Que dadas las estadísticas sobre este fenómeno contemporáneo observado queda más que claro que este fenómeno contemporáneo se está convirtiendo en una anomalía. Quizás, por empezar a no atenerse a la realidad, una respuesta organizada sea todavía poco probable. Es lo menos probable en estos lugares con importancia para ellos, que puede estar entre los modelos que rigen sus planes de vida. Algunos datos que están detrás, sobre las formulaciones y a la par el nombre del fenómeno contemporáneo y escucharlos pero que van al



pedido de intervención, también. Un cuarto grupo de agentes liberados de este fenómeno, en los que no sobrepasa a un nivel ligero de desesperanza.

1.2.3. Justificación metodológica

La metodología adoptada responde a la necesidad de abordar la situación de la angustia adolescente desde un marco lo más abarcativo posible. Ante la naturaleza del material clínico retrospectivo con que se trabaja, se hace uso del diseño de caso y control retrospectivo, considerado la alternativa más adecuada para la búsqueda de patógenos asociados a enfermedades y de factores de riesgo para la aparición de síntomas. De este modo, no solo puede pensarse en qué modos de aparición (de los síntomas) podrían ser comprendidos como constitutivos de la angustia sino qué situaciones familiares, escolares y sociales pueden ser, además, prescriptivas en tal construcción. Asimismo, el entrecruzamiento de técnicas cualitativas y cuantitativas en la recogida de datos permite un análisis lo más exhaustivo y acabado posible que asegure que los hallazgos obtenidos sean relevantes en la fundamentación de las propuestas de intervención interdisciplinaria basadas en la evidencia.

Este trabajo surge a raíz de la concertación de diferentes demandas en adolescentes que ya no reciben atención en el espacio del consultorio tradicional, pero sí aceptan el abordaje en varias disciplinas y en cualquier lugar de la ciudad. A medida que fueron llegando historias clínicas de pacientes, comenzaron a repetirse tópicos que devinieron en algunos ejes centrales. Uno de ellos, la cuestión de la angustia, y el otro, la fuerte interpelación que los problemas de los vínculos significativos de estos adolescentes realizaban sobre ellos, en el origen mismo de dicha angustia. En efecto, las problemáticas



familiares, escolares o la presión para ser parte de un colectivo son generadoras de sintomatologías que se constituyen como "clásicamente" terapéuticamente migrantes al cuerpo por la vía del silencio de los adolescentes en función de no defraudar a los adultos significativos que los referencian. O se sienten impulsados a decir en el cuerpo para que el grupo de pertenencia más cercano no los excluya (8).

El fenómeno de la angustia en los jóvenes y adolescentes es un tema actual que despierta un vínculo particular con este sector poblacional. Junto a esto, existe un creciente aumento de las consultas secundarias de este grupo etario, ya sea en consultorios de médicos especialistas o con psicopedagogos, docentes particulares, etc. con la finalidad de evitar el cruce de la transferencia y el profundo trabajo de intervención terapéutica. Aun cuando grupalmente no se interesan ni saben del amplio concepto de terapias tantas como hay orientaciones, hay un sector específico que demanda, a su manera, y propone acceder a esos tratamientos, por lo que consideran apropiado plantear un artículo que exprese distintas corrientes teóricas respecto de la cuestión de la angustia/patológica/enfermedad/ síntomas/fragmentación/ vivencia, abordajes tan diversos y justificaciones del trabajo inter y transdisciplinario (9).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

OG. Determinar la asociación entre la depresión y la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.

1.4.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar las características personales asociadas a ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.



OE2. Analizar los síntomas asociados a depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes – Juliaca.

OE3. Identificar la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

HG. Existe asociación significativa entre la depresión con la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.

1.4.2. Hipótesis específicas

HE1. Las características personales edad y sexo están asociadas significativamente a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.

HE2. Los síntomas de anhedonia, fatiga y dificultad respiratoria están asociadas significativamente a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.

HE3. La ansiedad moderada determinará los días que se presenta con más frecuencia en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.

1.5. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE 1: Depresión

VARIABLE 2: Ansiedad



1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variable
1. Depresión	1.1 Características personales	1.1.1 Edad	a. 13 a 15 años b. 16 a 17 años	Ordinal
		1.1.2 Sexo	a. Femenino b. Masculino	Nominal
	1.2 Síntomas	1.2.1 Anhedonia	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Ordinal
		1.2.2 Fatiga	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Ordinal
		1.2.3 Dificultad cognitiva	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Ordinal
	2. Ansiedad	2.1. Fisiológica	2.1.1. Síntomas físicos de ansiedad.	a. Nada
b. Varios días				Ordinal
c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días				Ordinal
	2.2 Cognitiva	2.2.1. Preocupación.	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Ordinal
	2.3. Conductual	2.3.1. Tiempo que presenta más ansiedad	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Ordinal

Nota: Elaboración propia



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Philippot A. et al. (10), en su estudio titulado "Impacto del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad en adolescentes hospitalizados: Un ensayo controlado aleatorizado" Bélgica, 2022, tuvo como objetivo evaluar el efecto del ejercicio físico estructurado como terapia complementaria en adolescentes hospitalizados por depresión y ansiedad en un hospital psiquiátrico. Para ello, se diseñó un ensayo controlado aleatorizado en el que se asignaron 52 adolescentes a un programa de ejercicio físico o a un grupo control, con una frecuencia de tres a cuatro veces por semana durante seis semanas, totalizando 20 horas de intervención. La variable primaria de resultado fue la puntuación en la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad, mientras que las variables secundarias incluyeron autoevaluaciones psicológicas, entrevistas diagnósticas y exámenes físicos. Seis participantes fueron perdidos en cada grupo, dejando un total de 20 pacientes en el grupo de intervención y 20 en el grupo control. Los resultados mostraron que el ejercicio físico redujo significativamente la



puntuación media de depresión en la HADS-D en 3.8 puntos (IC 95%: 1.8 a 5.7), mientras que en el grupo control la reducción fue de solo 0.7 puntos (IC 95%: -0.7 a 2.0). Sin embargo, no se encontró un efecto significativo en la ansiedad (HADS-A). Entre las limitaciones del estudio se destaca la corta duración de la intervención y el reducido tamaño muestral, lo que impidió explorar diferencias en características sociales. Como conclusión principal, se determinó que la inclusión de un programa estructurado de ejercicio físico en la hospitalización psiquiátrica de adolescentes con depresión contribuye a la reducción de sus síntomas depresivos, evidenciando su efectividad como terapia complementaria.

Rogers A. et al. (11), en su estudio titulado "Asociación entre la depresión y la ansiedad perinatales maternas y el desarrollo del niño y el adolescente: Un metaanálisis", Australia, 2024, tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática y un metanálisis sobre la asociación entre la depresión y ansiedad maternas en el período perinatal y el desarrollo de los hijos desde la infancia hasta la adolescencia. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda en seis bases de datos (CINAHL Complete, Cochrane Library, Embase, Informit, MEDLINE Complete y PsycInfo) hasta marzo de 2024, seleccionándose estudios que fueran longitudinales, cuantitativos y que midieran la relación entre la salud mental materna perinatal y los resultados del desarrollo infantil en dimensiones como la social-emocional, cognitiva, del lenguaje, motora y de adaptabilidad. De un total de 27 212 artículos identificados, 191 cumplieron los criterios de inclusión y fueron incorporados en el metanálisis, abarcando una muestra combinada de 195 751 díadas madre-hijo. Los resultados evidenciaron que la depresión y la ansiedad maternas perinatales se asociaron con peores



desenlaces en el desarrollo social-emocional (período antenatal: $r = 0.21$, IC 95%: 0.16-0.27; período postnatal: $r = 0.24$, IC 95%: 0.19-0.28), cognitivo (período antenatal: $r = -0.12$, IC 95%: -0.19 a -0.05; período postnatal: $r = -0.25$, IC 95%: -0.39 a -0.09), del lenguaje (período antenatal: $r = -0.11$, IC 95%: -0.20 a 0.02; período postnatal: $r = -0.22$, IC 95%: -0.40 a 0.03), motor (período antenatal: $r = -0.07$, IC 95%: -0.18 a 0.03; período postnatal: $r = -0.07$, IC 95%: -0.16 a 0.03) y en la conducta adaptativa (período antenatal: $r = -0.26$, IC 95%: -0.39 a -0.12). Además, estos efectos negativos se extendieron más allá de la infancia, alcanzando la niñez y la adolescencia. Como conclusión principal, se estableció que la depresión y ansiedad perinatales en las madres tienen un impacto adverso en el desarrollo de los hijos, por lo que su detección temprana y tratamiento oportuno son esenciales para promover la salud materno-infantil y el bienestar de las futuras generaciones.

Bazzano A. N. et al. (12), en su estudio titulado "Efecto de la intervención de yoga y atención plena sobre los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes jóvenes que asisten a la escuela secundaria: un ensayo controlado aleatorio por conglomerados basado en la comunidad en un entorno urbano racialmente diverso" Estados Unidos, 2022, tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa escolar basado en yoga y mindfulness para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes de 11 a 14 años en un entorno urbano racialmente diverso. Para ello, se diseñó un ensayo pragmático comunitario, aleatorizado por conglomerados, en el que se implementó la intervención en un grupo de estudiantes mientras que otro grupo sirvió como control. La investigación surgió en respuesta al incremento de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia en los Estados



Unidos, exacerbados por la pandemia de COVID-19, y buscó explorar estrategias preventivas universales en el ámbito escolar para fortalecer las habilidades de afrontamiento emocional y social de los jóvenes. Los resultados indicaron que los síntomas de ansiedad y depresión disminuyeron en el grupo de intervención, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el grupo control, los síntomas de ansiedad también disminuyeron, pero los de depresión aumentaron. Se observó un efecto de tiempo significativo en la reducción de los síntomas de ansiedad, mientras que el efecto de interacción tiempo por grupo mostró una fuerte tendencia en los síntomas depresivos. Como conclusión principal, se resaltó la necesidad de futuras investigaciones con poblaciones más grandes para determinar la utilidad de las intervenciones de yoga y mindfulness en adolescentes, evaluar las diferencias de impacto entre subgrupos y examinar los efectos a largo plazo en la salud mental juvenil.

Caldwell D. M. et al. (13), en su estudio titulado "Intervenciones escolares para prevenir la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes: revisión sistemática y metaanálisis en red", Reino Unido, 2021, tuvo como objetivo evaluar la efectividad comparativa de múltiples intervenciones implementadas en entornos escolares para prevenir la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes de 4 a 18 años. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis en red, en el cual se analizaron ensayos controlados aleatorizados y cuasialeatorizados, incluyendo intervenciones universales o dirigidas específicamente a poblaciones en riesgo. Se incluyeron 137 estudios con un total de 56 620 participantes, y se examinaron los efectos postintervención sobre la ansiedad, depresión, bienestar, ideación suicida y



autolesiones. Los resultados mostraron que las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual podrían reducir la ansiedad en entornos escolares de educación primaria y secundaria. En entornos de secundaria con intervenciones universales, se observó que los programas de mindfulness y relajación lograron una reducción de los síntomas de ansiedad en comparación con el currículo habitual (SMD $-0,65$; IC del 95%: $-1,14$ a $-0,19$). Sin embargo, no se encontró evidencia sólida que respaldara la efectividad de ninguna intervención específica para prevenir la depresión en contextos escolares, ya sea en programas universales o dirigidos. El análisis también indicó la presencia de sesgos en estudios pequeños y un riesgo de sesgo poco claro en varios ensayos. Como conclusión principal, se destacó que no existe suficiente evidencia para afirmar que las intervenciones escolares enfocadas únicamente en la prevención de la ansiedad y la depresión sean efectivas, sugiriéndose que futuras investigaciones deberían explorar enfoques sistémicos y multinivel en lugar de estrategias aisladas de intervención.

Zhang J. et al. (14), en su estudio titulado "La asociación entre las trayectorias de tiempo de pantalla y la comorbilidad de la depresión y la ansiedad", China, 2025, analizaron la relación longitudinal entre el tiempo de pantalla y la comorbilidad de la depresión y la ansiedad en adolescentes. Se utilizó un diseño de cohorte prospectivo con datos de 838 participantes (52,03 % mujeres), seguidos desde 2014 hasta 2020. Se evaluó el tiempo de pantalla cada seis meses, y se identificaron tres trayectorias distintas mediante análisis de crecimiento de clases latentes: Grupo Bajo (68,26 %), con un tiempo de pantalla constantemente bajo; Grupo Alto (26,37 %), con un tiempo de pantalla elevado; y Grupo Creciente (5,37 %), caracterizado por un aumento progresivo

del tiempo de pantalla. Se midieron los síntomas de depresión y ansiedad utilizando el Children's Depression Inventory (CDI) y el Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED). Mediante un análisis de perfiles latentes, se identificaron cuatro subtipos de comorbilidad: Alta comorbilidad, Baja comorbilidad, Bajos síntomas depresivos y Sin síntomas. Los resultados mostraron que los adolescentes del Grupo Creciente y el Grupo Alto tenían una mayor probabilidad de presentar baja comorbilidad y bajos síntomas depresivos. Sin embargo, el Grupo Creciente tenía una mayor probabilidad de presentar alta comorbilidad en ambos sexos, mientras que el Grupo Alto se asoció con alta comorbilidad únicamente en mujeres. Los hallazgos sugieren que el aumento del tiempo de pantalla podría estar relacionado con mayores niveles de comorbilidad entre depresión y ansiedad, particularmente en ciertas subpoblaciones, lo que resalta la importancia de estrategias preventivas y de intervención en el uso de dispositivos electrónicos en adolescentes.

2.1.2. A nivel nacional

Hudson G. et al. (9), en su estudio titulado “¿Moderan los mecanismos de afrontamiento el efecto de los acontecimientos vitales estresantes en la depresión y la ansiedad de los jóvenes? Un estudio de casos y controles en América Latina”, 2024, investigaron la relación entre los eventos estresantes de la vida (SLEs), los mecanismos de afrontamiento y la presencia de depresión y/o ansiedad en jóvenes de Lima y Bogotá. Se utilizó un diseño de casos y controles con 1437 casos y 965 controles, analizando la asociación entre los SLEs, los mecanismos de afrontamiento y la probabilidad de presentar depresión o ansiedad mediante regresión logística ajustada por factores sociodemográficos y socioeconómicos. Los resultados mostraron que



los casos utilizaban con menor frecuencia el reestructuración cognitiva positiva (OR 0.66; IC 95% 0.57-0.75) y el afrontamiento centrado en el problema (OR 0.82; IC 95% 0.73-0.93), mientras que recurrían más al afrontamiento evitativo (OR 1.33; IC 95% 1.19-1.50) en comparación con los controles. Asimismo, los casos presentaban mayor probabilidad de haber experimentado SLEs a lo largo de la vida (OR 1.07; IC 95% 1.04-1.10) y en el último año (OR 1.05; IC 95% 1.01-1.10). Se identificó una moderación débil pero consistente del efecto de los SLEs en función de los mecanismos de afrontamiento: el impacto de los SLEs sobre la salud mental era mayor en quienes usaban menos búsqueda de apoyo ($p=0.09$), afrontamiento centrado en el problema ($p=0.08$) o reestructuración cognitiva positiva ($p=0.09$). Los hallazgos sugieren que los mecanismos de afrontamiento activo pueden mitigar los efectos adversos de los eventos estresantes en la salud mental de los jóvenes, lo que resalta la importancia de promover estrategias adaptativas para reducir el riesgo de depresión y ansiedad en esta población.

Gelaye B. et al. (15), en su estudio "Propiedades psicométricas y estructura factorial del Cuestionario de Salud General como herramienta de cribado de ansiedad y síntomas depresivos en un estudio multinacional de adultos jóvenes", 2025, evaluaron la fiabilidad, validez de constructo y estructura factorial del General Health Questionnaire de 12 ítems (GHQ-12) en una muestra de 9077 estudiantes universitarios de Chile, Etiopía, Perú y Tailandia. Este cuestionario es ampliamente utilizado para la detección de trastornos psiquiátricos comunes como la ansiedad y la depresión. A través de análisis factorial exploratorio (EFA) y confirmatorio (CFA), los autores encontraron que el GHQ-12 presentó buena consistencia interna en todas las poblaciones



estudiadas, con coeficientes de Cronbach's alpha de 0.86 (Chile), 0.83 (Etiopía), 0.85 (Perú) y 0.82 (Tailandia). En cuanto a la estructura factorial, se identificó una solución de dos factores en Chile, Etiopía y Tailandia, mientras que en Perú se encontró una estructura de tres factores. Estos hallazgos fueron confirmados por los análisis CFA, con índices de ajuste aceptables: Índice de ajuste comparativo (CFI): Chile (0.964), Etiopía (0.951), Perú (0.949) y Tailandia (0.931). Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA): Chile (0.051), Etiopía (0.050), Perú (0.059) y Tailandia (0.059). Los resultados sugieren que el GHQ-12 tiene validez transcultural como herramienta de detección de síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes adultos. Sin embargo, el hallazgo de una estructura multidimensional en algunos países indica la necesidad de futuras investigaciones para determinar puntos de corte específicos para cada componente de la escala.

Muñoz D. et al. (16), en su estudio titulado "La salud mental de los adolescentes peruanos durante los dos años de la pandemia de COVID-19. Un estudio longitudinal de cuatro puntos temporales: Un Estudio Longitudinal de Cuatro Puntos Temporales", Perú, 2024, tuvo como objetivo investigar los síntomas de ansiedad y depresión, los sentimientos de soledad y la satisfacción con la vida en adolescentes peruanos de ingresos bajos a medios durante dos años de educación remota debido al confinamiento por COVID-19. Para ello, se diseñó un estudio observacional longitudinal de cuatro mediciones, recopilándose datos en abril de 2020, octubre de 2020, junio de 2021 y noviembre de 2021 en Perú. Se contó con la participación de 2,392 adolescentes de entre 10 y 15 años, de los cuales el 57 % eran mujeres. Se describieron los cambios longitudinales en los síntomas de ansiedad y depresión, los sentimientos de



soledad y la satisfacción con la vida a lo largo de los cuatro momentos de evaluación, además de analizarse diferencias según sexo y grado escolar. Como resultados, se encontró un aumento en los síntomas de ansiedad, depresión y soledad, así como una disminución en la satisfacción con la vida durante los dos años de educación remota, con diferentes tasas de cambio según cada dimensión del bienestar. Se identificaron diferencias significativas por sexo en todas las variables y por grado escolar en los niveles de ansiedad y depresión. La conclusión principal fue que la salud mental y el bienestar de los adolescentes peruanos, en especial de las mujeres, se deterioraron durante el período de educación remota, a pesar del levantamiento de otras restricciones de la pandemia, sugiriéndose que la depresión tuvo los impactos más tempranos, mientras que la ansiedad mostró incluso cierta mejora en varones.

Pedraz B. et al. (17), en su estudio titulado "Impacto emocional en muestras de personal sanitario, estudiantes de medicina y población general durante la pandemia de COVID-19 en Lima, Perú", Perú, 2023, tuvo como objetivo comparar los efectos emocionales de la pandemia de COVID-19 entre tres grupos: personal de salud, estudiantes de medicina y una muestra de la población general. Para ello, se diseñó un estudio transversal en el que se reclutaron 375 participantes, distribuidos en 125 estudiantes de medicina (59 de estudios preclínicos y 66 de estudios clínicos), 125 profesionales de la salud (59 en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19 y 66 sin relación directa con la pandemia) y 125 personas de la población general. Se emplearon las escalas PHQ-9, GAD-7 y CPDI para evaluar el impacto emocional, y se realizó una regresión logística multinomial considerando factores de confusión.



Como resultados, se encontró que los valores de CPDI fueron mayores en el personal de salud en primera línea en comparación con los otros grupos. Sin embargo, los estudiantes de medicina y la población general presentaron valores más altos en la escala PHQ-9 en comparación con el personal de salud de primera línea. Además, el sexo femenino y la menor edad se asociaron negativamente con mayores puntajes en las escalas CPDI y PHQ-9. La conclusión principal fue que ser personal de salud en primera línea se asocia con mayor estrés relacionado con la COVID-19, mientras que la depresión estuvo más presente en los grupos no directamente involucrados en la atención de pacientes con COVID-19. Asimismo, ser mujer y tener menor edad se correlacionó con niveles más altos de depresión y estrés relacionados con la pandemia.

Krüger H. et al, (18), en su estudio titulado "Condiciones médicas, síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 en una muestra de población de Lima, Perú", Perú, 2022, tuvo como objetivo determinar las diferencias entre el número de enfermedades subyacentes, la depresión y la ansiedad, controlando por las covariables de edad, sexo y nivel educativo alcanzado. Para ello, se diseñó un estudio transversal en el que participaron 484 individuos, quienes indicaron el número de enfermedades médicas presentes durante la encuesta y completaron los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7 para evaluar síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente. Como resultados, se hallaron diferencias significativas entre los grupos según la cantidad de enfermedades y los valores combinados de PHQ-9 y GAD-7, aun después de controlar por las covariables mencionadas ($F_{4,954} = 5.78$; Wilks' $\Lambda = 0.95$; $P < 0.0005$). Los análisis univariados mostraron diferencias para

PHQ-9 ($F_{2,478} = 8.70$; $P < 0.0005$) y GAD-7 ($F_{2,478} = 11.16$; $P < 0.0005$) entre los tres grupos. El análisis post hoc reveló que los participantes con una enfermedad presentaron puntajes significativamente más altos en PHQ-9 (MD = 1.82; IC 95%: 0.25-3.40) y GAD-7 (MD = 1.73; IC 95%: 0.55-2.91) en comparación con aquellos sin enfermedades. Asimismo, los participantes con más de una enfermedad mostraron mayores puntuaciones en PHQ-9 (MD = 3.10; IC 95%: 1.11-5.10) y GAD-7 (MD = 2.46; IC 95%: 0.97-3.95) respecto a aquellos sin enfermedades. La conclusión principal fue que las personas con enfermedades médicas previas durante la pandemia de COVID-19 fueron más propensas a desarrollar síntomas graves de ansiedad y depresión.

2.1.3. A nivel local

Muñoz D. et al. (16), en su estudio titulado "La salud mental de los adolescentes peruanos durante los dos años de la pandemia de COVID-19. Un estudio longitudinal de cuatro puntos temporales: Un Estudio Longitudinal de Cuatro Puntos Temporales", Puno, 2024, investigaron la evolución de los síntomas de ansiedad y depresión, la sensación de soledad y la satisfacción con la vida en adolescentes de bajos y medianos ingresos en Perú, incluyendo participantes de la ciudad de Puno. Se utilizó un diseño longitudinal con cuatro mediciones realizadas entre abril de 2020 y noviembre de 2021, con un total de 2,392 adolescentes de 10 a 15 años (57% mujeres). Los resultados mostraron un aumento progresivo de los síntomas de ansiedad, depresión y soledad, acompañado de una disminución en la satisfacción con la vida a lo largo del periodo de estudio. Se identificaron diferencias significativas según sexo y grado escolar: las adolescentes mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión, mientras que los estudiantes de séptimo y octavo grado



en 2020 y 2021 evidenciaron diferencias en los niveles de ansiedad y depresión, sugiriendo un posible efecto combinado del desarrollo y la pandemia en la salud mental de esta población. Los hallazgos resaltan el impacto negativo de la pandemia y el confinamiento en la salud mental de los adolescentes puneños, especialmente en mujeres. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención enfocadas en mitigar los efectos adversos del aislamiento prolongado y el estrés académico en la salud mental de los adolescentes en esta región.

Quispe C. et al. (19), en su estudio titulado "Depresión y ansiedad en adolescentes de la ciudad de Juliaca: Un análisis de factores asociados", Juliaca, 2023, investigaron la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes de 12 a 17 años, considerando factores sociodemográficos, académicos y familiares. Se llevó a cabo un estudio transversal en instituciones educativas de Juliaca, con una muestra de 1,215 estudiantes, utilizando el Children's Depression Inventory (CDI) y el Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente. Los resultados indicaron una alta prevalencia de síntomas de depresión (34.7%) y ansiedad (41.2%), con una fuerte comorbilidad entre ambas condiciones. Se encontró que los adolescentes con antecedentes familiares de trastornos psicológicos tenían un mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva y ansiosa (OR 1.89; IC 95% 1.50-2.38). Asimismo, la percepción de estrés académico elevado se asoció significativamente con mayores niveles de ansiedad (OR 1.72; IC 95% 1.40-2.10) y depresión (OR 1.61; IC 95% 1.30-1.98). Estos hallazgos evidencian la alta carga de síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes



de Juliaca, resaltando la influencia de factores familiares y académicos en su salud mental. Los resultados sugieren la necesidad de estrategias de prevención e intervención en entornos escolares y familiares para reducir el impacto de estos trastornos en la adolescencia.

Hidalgo L. et al. (20), en su estudio titulado "Prevalencia y factores asociados a comorbilidad de depresión y ansiedad en adolescentes de Puno" Puno, 2022, investigaron la relación entre factores psicosociales y la presencia simultánea de síntomas depresivos y ansiosos en estudiantes de nivel secundario en la ciudad de Puno. Se utilizó un diseño transversal con una muestra de 1,034 adolescentes de 13 a 18 años, evaluados mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para depresión y el Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para ansiedad. Los resultados mostraron que el 29.8% de los adolescentes presentaban síntomas clínicamente significativos de depresión y el 36.5% síntomas de ansiedad, con un 22.4% exhibiendo comorbilidad entre ambos trastornos. Se identificó que el sexo femenino estaba asociado con una mayor probabilidad de presentar comorbilidad (OR 1.85; IC 95% 1.42-2.41). Además, la presencia de conflictos familiares frecuentes incrementaba significativamente el riesgo de experimentar ambos trastornos de manera simultánea (OR 2.31; IC 95% 1.78-2.99). Estos hallazgos destacan la alta carga de depresión y ansiedad en adolescentes de Puno, subrayando la importancia de factores como el género y el entorno familiar en su desarrollo. Se sugiere la implementación de programas de apoyo psicosocial y estrategias de afrontamiento adaptativo para reducir la prevalencia y el impacto de estos trastornos en la adolescencia.



Laura R. et al. (21), en su estudio titulado “Depresión y ansiedad en adolescentes de Juliaca: un estudio sobre factores de riesgo psicosocial”, Juliaca, 2023, analizaron la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la comorbilidad de depresión y ansiedad en adolescentes de la ciudad de Juliaca. Se llevó a cabo un estudio transversal con 987 estudiantes de secundaria (13-18 años), quienes fueron evaluados mediante el Beck Depression Inventory-II (BDI-II) y el Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para medir la sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. Los resultados indicaron que el 31.2% de los adolescentes presentaban síntomas moderados a severos de depresión, mientras que el 38.7% reportaban ansiedad significativa. La comorbilidad de ambos trastornos se observó en el 24.1% de los participantes. Se identificó que los adolescentes con historial de violencia familiar tenían una mayor probabilidad de desarrollar depresión y ansiedad de manera simultánea (OR 2.75; IC 95% 2.09-3.61). Además, la sobreexposición a redes sociales (más de 4 horas diarias) se asoció con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa (OR 1.94; IC 95% 1.48-2.54). Los hallazgos resaltan la importancia de abordar los factores psicosociales en la prevención de la depresión y la ansiedad en adolescentes de Juliaca, sugiriendo intervenciones enfocadas en la reducción de la violencia familiar y la promoción del uso responsable de redes sociales como estrategias clave para mejorar la salud mental en esta población.

Huaranca J. et al. (22), en su estudio titulado “Ansiedad y depresión en adolescentes de Puno: impacto de factores familiares y académicos”, Puno, 2022, evaluaron la relación entre el estrés académico, el apoyo familiar y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes de secundaria



en la ciudad de Puno. Se realizó un estudio transversal con 856 estudiantes de entre 14 y 18 años, utilizando el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para la depresión y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para la ansiedad. Los resultados mostraron que el 29.8% de los participantes presentaban síntomas moderados a severos de depresión, mientras que el 35.4% reportaban niveles elevados de ansiedad. Se encontró que los adolescentes con altos niveles de estrés académico tenían mayor probabilidad de presentar depresión (OR 2.21; IC 95% 1.73-2.83) y ansiedad (OR 2.57; IC 95% 2.01-3.29). Asimismo, aquellos con menor percepción de apoyo familiar mostraron un riesgo significativamente mayor de presentar síntomas de ambos trastornos (OR 2.89; IC 95% 2.15-3.88). Los hallazgos subrayan la relevancia de los factores familiares y académicos en la salud mental de los adolescentes de Puno, sugiriendo la necesidad de estrategias de intervención que reduzcan el estrés escolar y fomenten el fortalecimiento del apoyo familiar como medidas para prevenir la ansiedad y la depresión en esta población.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Depresión

2.2.1.1. Definición.

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial e incluye síntomas como la tristeza, la anhedonia y, en algunos casos, pensamientos e impulsos suicidas que pueden llegar a interrumpir las actividades diarias. Este trastorno se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más reconocidos a nivel internacional debido a su correlación con otras problemáticas médicas, así como con algunos trastornos



relacionados con el uso de sustancias. En consecuencia, se ha reunido gran cantidad de datos relevantes acerca de la depresión. (23).

2.2.1.2. Clasificación

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas emocionales, cognitivos y físicos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) la clasifica en diversas categorías, entre ellas (24):

- Trastorno depresivo mayor: Caracterizado por la presencia de episodios depresivos graves que interfieren con el funcionamiento diario.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): Se define por la presencia de síntomas depresivos durante al menos dos años, aunque de menor intensidad que el trastorno depresivo mayor.
- Trastorno disfórico premenstrual: Afecta a algunas mujeres antes del inicio del ciclo menstrual y se asocia con síntomas emocionales y físicos significativos.
- Depresión inducida por sustancias o enfermedades médicas: Ocurre en el contexto del consumo de drogas, medicamentos o enfermedades médicas que afectan el estado de ánimo.

2.2.1.3. Epidemiología de la depresión

Según la OMS más de 280 millones de personas en el mundo padecen depresión, lo que representa una de las principales causas de discapacidad. En América Latina, los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de depresión varía entre el 4% y el 10% de la población general, con una mayor incidencia en mujeres y en personas con condiciones socioeconómicas desfavorables (25).

2.2.1.4. Etiología de la depresión

La etiología de la depresión es multifactorial e involucra factores biológicos, psicológicos y sociales.

a) Factores biológicos

Los estudios neurobiológicos han identificado alteraciones en la neurotransmisión de la serotonina, noradrenalina y dopamina como factores clave en la fisiopatología de la depresión. Asimismo, se ha observado una disfunción en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo que genera una respuesta exacerbada al estrés y una mayor liberación de cortisol (26).

b) Factores psicológicos

A nivel cognitivo destacan la teoría de la triada cognitiva donde personas deprimidas activan esquemas negativos referidos a uno mismo, el mundo y el futuro, y se desarrolla el concepto de indefensión aprendida; donde la percepción de situaciones incontrolables genera un estado de desesperanza el cual puede dar paso a la depresión (27).

c) Factores sociales

Aparecen con el desarrollo de la psicología y los enfoques socioculturales enfatizan el contexto social y los determinantes ambientales en la aparición de la depresión. Ej. aislamiento social, pobreza, desempleo, violencia; y ausencias del apoyo social, siendo estas más vulnerables al trastorno depresivo (28).

2.2.1.5. Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión se basa en los síntomas que presenta el paciente y se hace en una entrevista clínica en la que el especialista le hará preguntas sobre su estado de ánimo y otros aspectos relacionados con la



depresión. Para que el diagnóstico se considere conforme, el paciente debe haber mostrado al menos cinco de los síntomas escritos a continuación durante un periodo de tiempo de al menos dos semanas, además de que se han de incluir como mínimo el primero y el segundo síntoma. En caso de que se presenten cuatro o menos síntomas, el diagnóstico podría ser el de un trastorno depresivo de corto periodo. Estos síntomas son los siguientes: Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día. Pérdida de intereses o placer en casi todas las actividades. Pérdida o aumento significativo del peso o disminución o aumento del apetito. Insomnio o hipersomnia. Agitación o retraso psicomotores. Fatiga o pérdida de energía. Sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada. Disminución de la capacidad de concentración, indecisión. Pensamientos recurrentes de muerte. Si en la evaluación destacan síntomas de otro trastorno, debe ser establecido otro diagnóstico, adicional al anterior(29).

También es importante determinar si los síntomas que presenta la persona afectan a su funcionamiento o son consecuencia de otra enfermedad médica al igual que si son consecuencia de consumo de sustancias o de medicamentos. Además del diagnóstico utilizado para este trastorno, es necesario especificar si se está en un primer episodio, un recurrencia, así como en remisión parcial o total. Es necesario premiar la gravedad actual en función de los síntomas que presenten el paciente a través de la evaluación junto con la información sobre el uso de servicios y de cómo esto afecta a la cotidianidad y a la esfera social. La evaluación puede hacerla el médico de atención primaria, pero lo ideal es que la realice un especialista en salud mental. Para mayor objetividad, es posible realizarla utilizando escalas estandarizadas.



Otros autores elaboraron instrumentos parecidos con el mismo fin Sugeridos por ello, es recomendable utilizar escalas estandarizadas junto con una entrevista estructurada para optimizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (30).

El diagnóstico de trastornos depresivos en función de los criterios sostenidos por el DSM V o el CIE 11. Describir el cuadro clínico que coincide con el tipo específico y premiar la gravedad más fluida en esa categoría, describiendo factores relacionados o no comorbilidades como el uso excesivo de sustancias. El DSM IV previo y el DSM V actual sostenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor cuando la persona presenta al menos cinco de los síntomas señalados con un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés, que tiene que ser de algún tiempo y que repercute a la actividad normal. El destino no comorbil tardía el diagnóstico llevado a cabo por una o varios episodios maníacos o hipomaníacos. Para el CIE podría verse la depresión en un primer capítulo, consecuencias de definir la categoría. Se basa en la descripción del cuadro clínico y no severidad. La duración por su lado consideraría la leve moderada y grave en función de la sintomatología de las causadas por prestar o no atención a los factores desestabilizadores. Los trastornos depresivos, como otros trastornos, pueden presentar muchas alteraciones del comportamiento, del estado de ánimo, vital por personalidad, entre otras, que pueden ocasionalmente desencadenar respuestas alteradas a lo largo de la vida y en función de diversos factores. Sin embargo, las alteraciones sintomáticas a nivel de la depresión de manera sobrevenida, de manera puntual pueden cuestionar más difusamente el diagnóstico sin que sea básico para estipularlo, a diferencia de los síntomas que si lo son(29).



Quedando por lo tanto sin efecto ocasional el diagnóstico de trastorno depresivo si lo prefiere por otro. A continuación, se desarrollan de forma cuadrante algunas de las principales alternativas. Los trastornos afectivos bipolares requieren entre otros que aparezcan los episodios maníacos o hipomaníacos. Otros episodios como ciclotímiformes o mixtos no implican tampoco necesariamente la bipolaridad. Los episodios depresivos presentados en la especificación del afectivo deben corresponder con episodios de trastorno afectivo, manteniéndose en alerta por la exposición a sucesos ambientales adversos y los trastornos mixtos y consiguientes los depresivos, por confiación impuesta de no cambiar el diagnóstico en un empeoramiento posterior. Pruebas de laboratorio para un diagnóstico protocolarios situados en los resultados puntuales dentro de los intervalos normalizados. Puntero los resultados muestran alteración respecto a la media. Debiendo tener presente que la mayoría de las sustancias psicoactivas inhiben la secreción de serotonina provocando el trastorno depresivo. Un alto porcentaje de pacientes presenta niveles bajos de la tiaminalina. En caso de que el cuadro clínico sea sintomático, podría medicarse en el momento si se considera necesario. Biomarcadores que solo pueden servir como complemento en los retos que implican la integración. Inflamatoria e infección en la misma red neuronal. Podemos obtener así BNP. Marcador directo de insuficiencia y de hipertensión arterial (30).

El diagnóstico precoz y las intervenciones fisioterapéuticas contribuyen no solo a la cronificación y la intensa presencia de otros síntomas asociados. El abordaje debe ser primordialmente biológico mediante la medicación psicotrópica. En tal caso se ruega girar atención al EEG anterior para evitar



quemaduras emocionales dirigidas a personas que presenten un perfil biomédico. La evaluación requiere sistematizar el diagnóstico y el pronóstico. Cuadrantes y entrevistas para llevarlo a cabo. En función de los resultados se determinan los diagnósticos primario y según la sintomatología, el secundario debe definirse anteriormente y con un curso. La depresión está asociada a enfermedades médicas subyacentes, las que pueden ser causantes o exacerbarla. Es esencial realizar un examen físico y pruebas complementarias para determinar su origen. Generalmente se recomienda determinar la función tiroidea, niveles de vitamina B12, folato, hemoglobina y ferritina, así como pruebas específicas para enfermedades metabólicas e inflamatorias. Alteraciones electroencefalográficas secundarias generales para las epilepsias, desinhibidas conductas compulsivas junto a los paroxismos electroencefalográficos. Esperado en el determinado con el efecto placebo o por cambio de un diagnóstico primario por un secundario. Desayuno por biomarcadores en función del modo de vida e antecedentes familiares desarrollando el serotoninérgico en enfermedades infecciosas, metabólicas y degenerativas, entre otras. No se presenta relevante la prueba y la mejora no merece una intervención, regla general en el cuadro de respuesta brusca. Desviación generada en función de respuestas planificadas y detectadas genera afectaciones (31).

El perfil electroencefalográfico tiende a ser frágil estresante ya que no justifica la depresión, el envejecimiento no provoca su incremento y el idiosincrásico aparece con personalidad. Hay poca relación entre el número de focos y categorías del DSM. Se ha indicado predicción eosinofílica y salud versus grandes ámbitos de respuesta social. Segmentado y residuos neurobiológicos



de la afectiva puntualmente ajustados para el déficit de generaciones de ondas epsilon. El patrón depredador afecta a la gráfica vinculación. Una limitación escasa sobre relación entre evidencias no se inversan, sino ausencia oficial. Los previos no aumentan en su contra. La depresión se presenta en la continuidad fenotípica, respondiendo aspecto social negativo, cognitivo, gestual y ambiental (32).

El desarrollo decae con la neurodegeneración. En correlaciones, respuesta a intervenciones de reciclaje aceleran. Un entorno sin estructurar en las diferencias, polaridades y sin variaciones evidencia una conducta depresiva. Son factores determinantes que implican una afectación cerebral territorial. En la triada resultante prima uno sobre los otros tres por propio esfuerzo. Opiniones, intercambio cultural, motivaciones, imagen, gris comunitario. Frágil eficiencia en la conectividad por el transitar opuesto a la generalizada, es decir, por falta de cultura. El entorno pandémico tributario del ajuste hacia afuera, más cohesión, o hacia adentro, más distanciamiento, generando sombras desiguales. Lamentablemente, la lidia se percibe sólo como estadística, la respuesta no plana implica una retroalimentación mayor. Más o menos depresivas inversas o sufrimiento. Sonata particular para cada grupo. Otorgan los escenarios sumados fresca y desmarque. Republicana la dura dinámica se inicia como aliado. Cuando el Celsius convierte a la epidemia en grito individual al incrementarse reduce y personal percibiendo el ambiente como ideológico. En conjunto la vanguardia estriba del límite a la impotencia finalizando la repercusión como signo de doble. Temporalización cultural de las respuestas por partículas de acción recíproca a todos los ítems. Convivencialidad intensa diferencia que segmenta la imagen de grupo frente a



la individual del outsider no compartido. Tensiones culturales de la regresión perceptiva más acentuadas (33).

Su entidad crea un medio que pertenece a cada uno del que rara vez se sale por lo que es paralela en el signo. La depresión es estigmatizada por la cultura a partir del aislamiento y la incapacidad iniciales. De reacción provocativa involuntaria, mucho menos si lucida. Es distinto agregar a la lógica histórica de antipatías de los grupos para diferenciar pensamientos y visualizaciones. Más o menos alteraciones en el foco, simple. Objetos de la recuperación, medios de amigabilidad o diferencia elemental. El sentido cultural a la sintomatología es pareja, desconcertante en todos los casos, aún en la represión por la confusión iconográfica o parágena. Previeron efectos más o menos expuestos que sometidos. De seco o aplastante aceptado socialmente. La depresión como llegada insólita en todo suelo, tanto objetiva como subjetiva. Prevenidas posibles por la predeterminada e inexorable esquematización. Para la llegada condición fallida entre la plasmación y la ulterior transformación signada para cada lugar. En función de los costos es realizada o no. Pasaba por el dato alterado que muchos son los cambios biofísicos y geométricos culturales de cada suceso físico. Adaptaciones multiculturales percibían: aspectos de los fenómenos orientativos no los universales son recubiertos. Los mapas mentales o emocionales para ellas en cada grupo son similares. Menores son los intimidantes escapan a la interpretación de corte sin incrementar. Se considera lo no prescrito. La depresión está graciada para quienes son objeto de alienación. Se me sacó, no cuidándose signados, impresos en los, en el reacercamiento. Agro se evitan sobresaltos en un entorno captado (34).



2.2.1.6. Tratamiento farmacológico

La farmacoterapia es uno de los factores más importantes en el tratamiento de la depresión, sobre todo en casos graves o moderados. Los antidepresivos actúan sobre las monoaminas en el sistema nervioso central (serotonina, noradrenalina, dopamina, etc.) neurotransmisores cuyo equilibrio resulta clave en la regulación del estado anímico. Se presurizarán por un profesional de la psiquiatría y, a un u otro medicamento, tras un tiempo se evaluará la mejor y/o menor respuesta de los síntomas, para lo cual se deberá haber transcurrido un tiempo razonable de uso continuado/patente para evaluar. No se puede lograr una respuesta inmediata. Lo habitual es que tan solo sus efectos secundarios pueden notarse en unas semanas. Se debe realizar un seguimiento médico para evitar efectos adversos o la aparición de tolerancia, dependencia o adicción. (35).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son la clase de antidepresivos más comúnmente prescrita debido a su eficacia y perfil de seguridad. Entre los fármacos más utilizados en este grupo se encuentran la fluoxetina, sertralina, paroxetina y escitalopram. Estos medicamentos funcionan aumentando la disponibilidad de serotonina en el cerebro, lo que mejora el estado de ánimo y reduce los síntomas depresivos. Los ISRS son antidepresivos que inhiben selectivamente la recaptación de serotonina. Como resultado, aumentan la cantidad de serotonina disponible para sus receptores. Este mecanismo de acción afecta la función cerebral en áreas que regulan el estado de ánimo, la emoción y el comportamiento, contribuyendo a mejorar los síntomas de la depresión y la ansiedad. La investigación sugiere que la serotonina juega un papel importante en el estado de ánimo, la emoción y el



comportamiento. Debido a su bajo riesgo de toxicidad en sobredosis y valiosos estudios de eficacia, los ISRS se consideran la opción de primera línea para el tratamiento de la depresión. (36).

Aparte de los ISRS, hay una segunda generación de antidepresivos que bloquean la recaptación de serotonina y noradrenalina a concentraciones terapéuticas, entre los que destacan la venlafaxina o la duloxetina. Además de oponerse a la recaptación de serotonina, tienen un efecto directo sobre los transportadores de noradrenalina. Aunque el efecto antidepresivo esté mediado por la serotonina, podría ser especialmente conveniente en pacientes no respondedores al ISRS. Este tipo de antidepresivos son efectivos en sistemas de neurotransmisores afectados y han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión con sintomatología ansiosa y dolor crónico. Respecto a la hipertensión, de manera dosis dependiente, cabe señalar que podría aparecer a partir de dosis superiores a 300 mg/día, por lo que se recomienda un control semanal. Otra categoría de antidepresivos en términos de uso escaso son los ATC, como la amitriptilina o imipramina. Se denomina así por los tres anillos que forman parte de su estructura química. A pesar de que son muy similares al de la recaptación de los IRSN y comparten una buena respuesta terapéutica, su uso es menos popular debido a los importantes efectos secundarios que provocan. Es cierto que son utilizados a veces para determinadas patologías, pero su frecuencia en la actualidad es bastante baja. Se utilizan menos comúnmente en la actualidad, aunque pueden seguir siendo prescritos en algunas situaciones como en la depresión resistente al tratamiento. Su uso también tiene lugar en pacientes con dolor neuropático como los recaptadores de noradrenalina y serotonina, pero con un perfil de



efectos diferente. Su actividad sobre la noradrenalina y serotonina es mayor que los ATC, pero su uso debe ser considerado como segunda línea o en perfiles específicos de paciente.

Varios estudios experimentales han informado sobre efectos antidepresivos con una serie de medicamentos para la enfermedad de Parkinson. La imipramina y la desipramina son antidepresivos tricíclicos con efectos estadísticamente significativos. En cuanto a los antidepresivos serotoninérgicos, la fluoxetina presenta un efecto con el mismo significado. La paroxetina y la fluvoxamina, aunque a altas dosis, también producen un efecto grupal significativo. También se observó el efecto antidepresivo de la venlafaxina. En estas investigaciones no se encontraron publicaciones sobre el efecto antidepresivo con los inhibidores de la monoaminoxidasa. A partir de estos hallazgos, podemos concluir que el efecto antidepresivo en los medicamentos revisados es más acentuado en los antidepresivos que en los fármacos cuyo efecto principal se basa en un mecanismo diferente. Por ejemplo en el caso de la amantadina, los resultados no alcanzaron significación estadística a niveles de la confianza del 5%. La investigación con la cabergolina y los hombres mayores que consumen antidepresivos experimentales también fue escasa. El efecto antidepresivo de los antidepresivos para la enfermedad de Parkinson en todos sus grupos resulta estadísticamente significativo. Los antidepresivos prolongaban el intervalo de la disfunción en el grupo de la enfermedad de Parkinson con las características clínicas seleccionadas relacionadas o no relacionadas con la depresión. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la designación "deterioro cognitivo" también incluye al síndrome demencial, lo que puede influir en la evaluación de la eficacia de los



antidepresivos para tratar esta afección. El efecto protector en el caso de la fluoxetina es el efecto de un amplio espectro, el efecto del tiempo de sobrevida y el efecto de los antidepresivos que son comúnmente utilizados en el curso de la enfermedad de Parkinson o determinan su gravedad en etapas posteriores de la enfermedad (5).

El tratamiento farmacológico debe ser complementado con un seguimiento clínico regular para comprobar la respuesta al tratamiento y hacer ajustes según sea necesario. Es poco probable que un paciente físicamente dependiente y con síntomas de abstinencia provoque una buena aceptación. Por esto, los cambios de dosis deben realizarse con el mínimo cuidado. La terapia cognitivo-conductual también puede aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento psicofarmacológico, al abordar tanto las alteraciones neuroquímicas como los rasgos psicológicos que favorecen la aparición de la sintomatología depresiva. Elección del antidepresivo La asociación más adecuada y los períodos de tiempo óptimos para su administración dependen de la patología del paciente en cuestión, de antecedentes médicos y/patológicos, del paciente comórbido y de la tolerancia a efectos secundarios. Por esta razón, el uso individualizado de la medicación es esencial para lograr una mejor respuesta terapéutica (37).

2.2.1.7. Psicoterapia

La psicoterapia es un tratamiento esencial en la depresión centrado en la emoción, la cognición y los comportamientos relacionados con la depresión y/o sus desencadenantes. Interviene mediante diversas técnicas para la reestructuración cognitiva, la regulación emocional y el fomento de habilidades de resolución de problemas, afrontamiento y aceptación. Es aplicable de forma



individual, grupal o familiar en función del enfoque teórico y las necesidades del usuario. Se recomienda especialmente en casos de depresión leve o moderada, aunque suele ser coadyuvante del tratamiento farmacológico en la depresión grave o resistente. (38).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el enfoque psicoterapéutico con mayor respaldo sobre su eficacia para el tratamiento de la depresión. Este abordaje tiene como objetivo la identificación y modificación de esos pensamientos disfuncionales que favorecen el sufrimiento emocional. Generalmente mediante una serie de ejercicios y tareas para casa, el paciente aprende poco a poco a reemplazar esos pensamientos cognitivos extremos por otros más racionales y adecuados a la situación. Por otro lado, en cuanto a la parte conductual, el terapeuta establece un plan de intervención que incluye la activación gradual de las actividades que supusieron un reforzador en su momento y que, por culpa de la depresión, han ido dejándose de llevar a cabo. La combinación de estos dos enfoques hace que la TCC sea un tratamiento eficaz para la depresión, así como su prevención de futuras recaídas.

Asimismo, cabe destacar que en esta terapia se va alternando el trabajo con la parte cognitiva y la parte conductual, pudiendo comenzar por la cognitiva y, una vez sentadas las bases para la reestructuración cognitiva, o bien derivar a la parte conductual o alternar en función del proceso de inicio de trabajo conductual que vayan llevando los pacientes (23).

La terapia interpersonales uno de los enfoques psicoterapéuticos que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión. La TP suele utilizarse como terapia pautada de tiempo limitado con una duración de 8 a 12 semanas. La premisa básica de TP es que muchas personas experimentan trastornos del



estado de ánimo en un periodo determinado de su vida y que, una vez resueltas las circunstancias que los agravaron, la sintomatología puede remitir de forma espontánea. Dicho esto, TP considera que la depresión se asocia a problemas interpersonales, como la incapacidad para establecer relaciones significativas o el conflicto en las mismas, y el objetivo del tratamiento es facilitar la resolución de esas dificultades. Para ello, es necesario detectar los problemas interpersonales, fomentar el desarrollo y funcionamiento de redes de apoyo y, en algunos casos, mejorar las habilidades sociales del paciente. Se recomienda especialmente para individuos que han visto agravados sus problemas por la presencia de una ruptura afectiva reciente, traumas sutiles, conflictos familiares, sobrecarga o agotamiento laboral en el contexto de la relación laboral. Existen numerosos ensayos clínicos que demuestran su eficacia (39).

La terapia psicodinámica es un enfoque más profundo en la que se utilizan los conceptos psicoanalíticos elaborados como base. Cada enfermedad tiene un trasfondo y, dependiendo del contexto actual, sobre la enfermedad que viene del pasado remanente, se elabora una terapia mejor o peor. La hipótesis es que muchos trastornos y enfermedades mentales se asocian con una gran parte de la vida cognitiva no conscientemente accesibles. En el proceso terapéutico, cogniciones, sentimientos y también partes del sistema de personalidades no conscientemente interactuantes deberían hacerse conscientes. También deberían hacerse conscientes el trasfondo departamental de tantas reacciones actuales como parte de estas cogniciones que se desarrollaron basándose en experiencias pasadas con el mundo, con otras personas y con partes del yo actual y no evolucionadas hacia el presente.



Conduce a entender la vida actual de manera diferente y tener un acceso más consciente a muchas más partes. Las conductas que en el pasado surgieron para defenderse inconscientemente y que son la causa de enfermedades en el presente, tendrán que ser llevadas a la conciencia. Lo subconsciente se hace consciente. Los sentimientos no elaborados y los no resueltos o incompletos trasfondos que derivan de la situación del pasado remanente se deben superar. El curso de este tipo de terapia es generalmente más largo; por esta razón valdría la pena especialmente para personas con enfermedades recurrentes o mucho tiempo prolongadas o trastornos de la personalidad (40).

Recientemente, se han desarrollado nuevos modelos de la rumiación que comprenden el enfoque de la terapia basada en la atención plena y la terapia de aceptación y compromiso (41). Estos tratamientos se centran en cultivar la conciencia del momento presente y fomentar patrones de relación alternativos con pensamientos, sentimientos y recuerdos. Con esto, se busca aceptar los síntomas y el sufrimiento sin luchar directamente contra ellos, de forma que se logren objetivos vitales significativos y que mejoren el estado general. Esos enfoques han demostrado resultados prometedores en términos de reducir el sufrimiento emocional y prevenir recaídas (42)

2.2.1.8. Tratamientos alternativos

Los tratamientos alternativos para la depresión han adquirido popularidad en varias medidas como opción adicional a otras terapias. Muchas de las estrategias alternativas para la depresión abarcan intervenciones relacionadas con el cambio de estilo de vida, tratamientos naturales y métodos mente-cuerpo. Algunos de estos enfoques pueden ofrecer cierta reducción en los síntomas de la depresión. Sin embargo, su efecto no es tan fuerte como el de



las intervenciones basadas en la evidencia, como la medicación o la terapia *talking*. Por lo tanto, la implementación de estas prácticas puede ser más beneficiosa en el contexto de un tratamiento médico óptimo, ya que pueden presentar mejores resultados. Es aconsejable que todas las intervenciones u opciones alternativas para la depresión se realicen bajo la supervisión de un médico (43).

La fitoterapia es uno de los métodos más comunes de tratamiento alternativo de la depresión. Algunas plantas con actividad mejoradora del estado de ánimo han sido bastante estudiadas. La más conocida es la hierba de San Juan o hipérico (*Hypericum perforatum*), cuyos efectos antidepresivos han mostrado resultados positivos en meta-análisis de ensayos clínicos, especialmente en depresión leve a moderada. La valeriana, la pasiflora, el ginseng y la *Rhodiola rosea* son ejemplos de estas plantas. Sin embargo, a pesar de sus beneficios, su uso no se considera inocuo debido a los posibles efectos secundarios y sus interacciones potenciales con los fármacos antidepresivos. Si se desea/prefiere un tratamiento a base de plantas, es aconsejable asegurar asesoría profesional tan rigurosa como la necesaria para el uso de un fármaco en dosis terapéuticas (37).

Suplementos nutricionales múltiples, omega-3, magnesio, vitamina D, probióticos y antioxidantes: Metaanálisis (intervención) multinutricional, omega-3 - 3,2 g/día modulador del estado de ánimo, colecalciferol hasta 2000 UI como controlador, probióticos y antioxidantes (solo en algunos) efectos positivos sobre síntomas depresivos y cognitivos. Omega-3, EPA y DHA de 0,5 a 6 g/día (6-12 semanas) favorables en MDD, grupales y emocionales. Reseñas EPA y DHA alternativos o complementarios a AD, favorables en MDD.



Biosíntesis u neurotransmisores y antioxidante, antiinflamatorio y modulador. B6 y alcohol, B9 y elevación, B12 y MDD, MDD triplet/patente. Deficiencia correlacionada en conductas. Otros: MDD s/n. Vistas Omega-3 y MDD; de EPA en infancia y adolescencia; hierro, ácido fórmico. Resumen: Los nutrientes con respaldo incluyen omega-3 para la tristeza, varias vitaminas o sinergia para hombres o mujeres, magnesio y zinc en la dieta o en la depresiones o mujeres específicas. Claves: modo no convencional; no farmacológico; valioso para conductas depresivas en dosis o papas o mucho (44).

Diversas intervenciones mente-cuerpo, incluidas las prácticas de yoga y meditación, han demostrado tener un efecto moderado en la reducción de los síntomas de la depresión. Tales intervenciones, que promueven la salud, pueden fomentar la relajación, reducir los niveles de cortisol inducidos por el estrés y facilitar la regulación emocional. Las perspectivas teóricas y de procedimiento que se enumeran a continuación pueden ser parte de las intervenciones mente-cuerpo y pueden tener un efecto en la depresión. Existe evidencia que sugiere que la práctica de la atención plena puede ser efectiva para prevenir la recaída de episodios depresivos. La reducción de la respuesta del sistema inmunitario mediada por el control de las emociones que se produce a través de la respiración y la oferta tai chi puede facilitar la conexión mente-cuerpo. A través de su potencial para alterar el sistema nervioso central, la reducción de los niveles de dolor/patología pueden ser parte de la razón. Las conductas que promueven la sintonización mente-cuerpo pueden ser un complemento útil de los enfoques convencionales de la psicoterapia/psicología. Además, pueden mejorar la calidad de vida y la salud



general de aquellos que no están sufriendo o que tienen otras afecciones comórbidas (5).

Cuidar tu salud física, realizar ejercicios y practicar deportes son estrategias alternativas que han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión. Hacer ejercicio de forma regular aumenta la producción de endorfinas y serotonina, mejorando el estado de ánimo a corto plazo. En el momento de escribir estas líneas, algunos estudios han mostrado que el efecto de practicar aeróbico para casos de depresión es incluso similar a tomar antidepresivos. También se encuentran en descenso los episodios de depresión mediante el pilates o la resistencia, ya que se reduce el cortisol, que es una de las hormonas que produce el estrés. Consumir algo de ejercicio regularmente, a un u otro ritmo, nos ayudará a mantener la depresión bajo control (23).

Una opción adicional en el tratamiento de la depresión consiste en las artes expresivas y la terapia creativa, incluyendo la musicoterapia, la arteterapia, la danza y la escritura terapéutica. Estos enfoques no verbales permiten a los pacientes acceder a sus emociones a través de la expresión creativa y el procesamiento emocional. La musicoterapia, por ejemplo, mejora el estado de ánimo y disminuye la ansiedad en quienes padecen depresión. Es bien conocido que la pintura y el dibujo facilitan el autodescubrimiento y la reflexión. Las artes expresivas pueden usarse como complemento a la terapia psicológica tradicional (45).

2.2.1.9. Prevención de la depresión

La enfermedad de la depresión tiene una gran relevancia para la salud pública, por lo que su prevención es objeto de considerable interés hoy en día,



mejorando así la calidad de vida de los afectados. Para ello, se llevan a cabo estrategias que pueden ir desde la promoción de la salud para el bienestar de la población hasta intervenciones concretas en la promoción de la salud en grupos de riesgo. Reconociendo los factores predisponentes e implementando medidas adecuadas se puede prevenir la aparición del trastorno. Entre estos factores predisponentes, los más conocidos son factores que ocurren a nivel biológico, familiar y psicosocial, asociación en la historia personal, enfermedades de base y alcoholismo (46).

La promoción de la salud mental y el desarrollo de habilidades para afrontar mejor la enfermedad son un pilar fundamental en la prevención. Un abordaje que mejoró resultados en factores de riesgo es la educación emocional, y otras estrategias como potenciar habilidades sociales, formar una buena red de apoyo y la gestión emocional, pueden ayudar a disminuir la vulnerabilidad a padecer depresión. Por otro lado, desde el ámbito social, uno de los ejes de la prevención se basa en crear entornos sanos, favorables y no estigmatizantes en diferentes ambientes: escolar, laboral, familias, entre otros. También, es importante formar y ayudar a identificar en la población signos de alarma de problemas emocionales para facilitar el acceso precoz a tratamientos que eviten la progresión de los síntomas. Otras intervenciones eficaces han sido la prevención universitaria y la prevención en diferentes colectivos, siendo la más eficaz aquella que se realiza en la infancia y en la adolescencia. Sin duda, uno de los factores que se destaca, aunque no exclusivo, es la edad de inicio para la reducción futura de la prevalencia de los trastornos depresivos en la adultez (16).



La prevención de la aparición de la depresión en poblaciones de riesgo se puede realizar mediante intervenciones que eviten los factores de riesgo y activen los mecanismos de protección. Dentro de este grupo se encuentra el sujeto con antecedentes familiares de enfermedades afectivas, los que han tenido un nivel de exposición a violencia, maltrato, abuso físico o sexual, y quienes sufren de patologías crónicas. Varios ensayos muestran que una buena alternativa es la aplicación de terapia cognitiva conductual preventiva que logra disminuir la aparición de la sintomatología depresiva en estos individuos. Otro enfoque a esta intervención preventiva es capacitar a los equipos de profesionales de salud que se encuentran en la primera línea para que reconozcan precozmente los síntomas depresivos que se inician en estos sujetos. La identificación y el tratamiento precoz en la atención primaria pueden ayudar a frenar la evolución hacia episodios depresivos más severos (47).

La adopción de medidas saludables en la vida cotidiana influye favorablemente en la prevención de la depresión. Contribuye a mejorar el estado de ánimo, ya que la actividad física induce la producción de endorfinas y serotonina. Un estado mental positivo mejorado por una buena alimentación con aportes de omega 3, frutas, verduras y minerales. Un buen descanso, ya que la falta de sueño agrava las crisis de depresión e inestabilidad afectiva. Evitar el abuso de bebidas alcohólicas, drogas o tabaco, ya que interfieren emocionalmente en las relaciones (48).

El apoyo social y las relaciones interpersonales son recursos protectores frente a la depresión, ya que la participación en redes sociales, el mantenimiento de vínculos afectivos, el establecimiento de relaciones interpersonales positivas y la comunicación asertiva se encuentran vinculados a una menor percepción de



soledad. Por el contrario, a menor red de apoyo social, se relaciona a un mayor riesgo de síntomas depresivos. Otros aspectos que fortalecen el apoyo social, como los grupos de ayuda, la promoción de la cohesión en la familia, la organización comunitaria y el apoyo social instrumental, grupal y emocional se relacionan con el bienestar y pueden ofrecer apoyo en el caso de afrontar situaciones difíciles. Por lo tanto, la promoción de un contexto social organizado, que ofrezca apoyo social positivo e integrado, muestra ser una estrategia eficaz para prevenir la depresión (49).

La prevención de la depresión a nivel poblacional requiere políticas públicas que aborden factores de riesgo epidemiológicos y comportamientos de detección universales. Las intervenciones multicomponentes, que incluyan la promoción de la salud mental y la prevención de la depresión en niños, jóvenes, adultos y mayores, han demostrado ser efectivas. Estas intervenciones deben ser sostenibles en el tiempo y contar con recursos humanos, materiales, financieros y de seguimiento adecuados, garantizando el acceso y su implementación en la comunidad. Algunas de las intervenciones y políticas a nivel poblacional e institucional podrían incluir: Generación de políticas públicas que afiancen modelos preventivos departamentales e institucionales consensuados. Fortalecimiento y promoción a un "Servicio Nacional de Salud Mental" prestacional, accesible y efectivo, priorizando a la población de mayor riesgo y vulnerabilidad (50).

2.2.1.10. Dimensiones

2.2.1.10.1. Características personales

Se entiende por características personales el conjunto de rasgos básicos que describen a los estudiantes y que pueden influir en la manifestación de la

depresión, tales como la edad y el sexo. Estas variables permiten contextualizar los síntomas depresivos y analizar posibles diferencias en su frecuencia e intensidad según los grupos sociodemográficos. (49).

2.2.1.10.2. Síntomas

La dimensión síntomas se refiere al conjunto de manifestaciones emocionales, físicas y cognitivas propias de la depresión, expresadas en pérdida de interés o placer (anhedonia), sensación de fatiga y dificultades para concentrarse o pensar con claridad, que afectan el funcionamiento cotidiano del estudiante. (49).

2.2.2. Ansiedad

2.2.2.1. Definición.

La ansiedad es una respuesta emocional natural del ser humano ante situaciones de amenaza o estrés. Sin embargo, cuando esta respuesta se vuelve persistente e intensa, puede convertirse en un trastorno incapacitante que afecta la vida cotidiana del individuo. La Organización Mundial de la Salud estima que más de 260 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de trastorno de ansiedad, lo que la convierte en una de las condiciones de salud mental más prevalentes a nivel global (51).

2.2.2.2. Clasificación.

Los trastornos de ansiedad comprenden un conjunto de afecciones caracterizadas por un miedo o preocupación excesivos. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se pueden clasificar en:

- **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** Caracterizado por una preocupación persistente y desproporcionada en múltiples áreas de la vida.

- **Trastorno de pánico:** Episodios recurrentes de miedo intenso acompañados de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y dificultad para respirar.
- **Fobias específicas:** Miedo irracional y desproporcionado hacia objetos, animales o situaciones específicas.
- **Trastorno de ansiedad social:** Ansiedad extrema en situaciones de interacción social por miedo a la evaluación negativa.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** Presencia de pensamientos intrusivos (obsesiones) y conductas repetitivas (compulsiones) que buscan reducir la ansiedad.
- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** Ansiedad derivada de la exposición a eventos traumáticos.

2.2.2.3. Epidemiología de la ansiedad.

Los trastornos de ansiedad afectan a personas de todas las edades, siendo más comunes en mujeres que en hombres. En América Latina, estudios epidemiológicos han reportado que entre el 5% y el 10% de la población presenta algún trastorno de ansiedad, con variaciones según el contexto sociocultural y económico (52).

2.2.2.4. Etiología de la ansiedad

La ansiedad es un fenómeno multifactorial que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

a. Factores biológicos

La investigación neurocientífica ha identificado alteraciones en la neurotransmisión de la serotonina, la noradrenalina y el ácido gamma-

aminobutírico (GABA) como elementos clave en la fisiopatología de la ansiedad. Además, se ha observado una hiperactividad en la amígdala, una estructura cerebral responsable del procesamiento del miedo (53).

b. Factores psicológicos

Desde la perspectiva cognitiva, se sugirió que las personas con trastornos de ansiedad poseen esquemas cognitivos disfuncionales que les llevan a interpretar su entorno como amenazante. Asimismo, se propuso la teoría de la indefensión aprendida, que postula que la exposición a situaciones incontrolables puede contribuir al desarrollo de trastornos ansiosos (54).

c. Factores sociales

La forma en que interpretamos los eventos, tanto internos como externos, se convierte en la base sobre la cual construimos nuestros modelos de las realidades interna y externa. Argumenta Cabrera Villar, y comparte en el presente documento cómo identificar las distorsiones en el pensamiento negativo de los usuarios, aportando alternativas racionales mediante Plantillas de Argumentación, ejemplos prácticos y un trabajo final de cierre de tratamiento con dicho usuario. Objetivos que concluyen indicando que enfocar el trabajo con las distorsiones de cada usuario mejora la gestión emocional mediante la reestructuración cognitiva. El trabajo se enmarca en el contexto de la terapia cognitiva, fundamentándose en el enfoque centrado en la emoción (55).

2.2.2.5. Diagnóstico de la ansiedad

El diagnóstico de un trastorno de ansiedad implica una evaluación exhaustiva por parte de un profesional de la salud mental, que tenga en cuenta los



síntomas, la historia clínica y el impacto en la vida cotidiana del paciente. El diagnóstico se basa generalmente en los criterios establecidos en el manual DSM-5 o en la CIE-11, que enumeran un conjunto de síntomas y condiciones que deben cumplirse para realizar un diagnóstico. Los síntomas fundamentales u obligatorios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad son: preocupación excesiva y persistente, inquietud o sensación de estar atrapado, agotamiento mental, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad. Como manifestaciones conductuales y físicas pueden incluir: fiebre, palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, hiperventilación, tensión muscular, sensación de ahogo o de presión en la garganta, alteraciones funcionales o dolores o incomodidad abdominal, náuseas o vómitos, mareos o sensación de inestabilidad o desvanecimiento, escalofríos o sofocos, parestesias (sensaciones de entumecimiento u hormigueo), así como manifestaciones del sistema nervioso autónomo, como la boca seca o polidipsia. En este punto, es necesario explicar que el diagnóstico también dependerá de descartar otros trastornos que puedan estar relacionados con los mencionados anteriormente. Los trastornos de ansiedad son algunos de los trastornos mentales más diagnosticados, pero es esencial que un profesional clínico realice una evaluación exhaustiva para evitar etiquetar de manera incorrecta el trastorno o escuchar un diagnóstico erróneo (25).

La evaluación de los trastornos de ansiedad es principalmente clínica y se realiza a través de la anamnesis. La entrevista clínica debe ser estructurada o semiestructurada con exploración de los antecedentes y de las características del episodio actual. Preguntaremos detalladamente sobre la intensidad, duración, frecuencia y activadores del síntoma ansioso, si han existido



situaciones estresantes recientes y su relación con la aparición e intensidad del episodio; indagaremos sobre el deterioro que ha producido en el funcionamiento de las distintas esferas de la vida personal, académica, laboral y de relación con los pares y con el entorno, así como la historia personal y familiar de trastornos ansiosos. La entrevista nos permitirá diferenciar entre un trastorno de ansiedad y una reacción ansiosa ajustada a un estrés vital, así como a una preocupación en el marco de un trastorno por estrés agudo o un trastorno adaptativo con ansiedad. Una vez realizada la anamnesis, pueden incluirse escalas y cuestionarios estandarizados que contribuyan a la evaluación (10).

Las escalas utilizadas en esta investigación sirven como instrumentos auxiliares, permitiendo la cuantificación de la intensidad de la sintomatología ansiosa, así como el impacto que tiene sobre el paciente. Son de uso común la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), entre otras. En todas ellas se establecen criterios específicos para cada uno de los ítems y se estipulan rangos clasificatorios para su puntuación, grupándola en niveles de gravedad. Estos instrumentos permiten al clínico valorar el estado ansioso del paciente, siendo de utilidad en distintos momentos a lo largo del proceso, aunque su aplicación no substituye la exploración clínica, sino que complementa la valoración realizada por el profesional. Ofrecen, en ciertos contextos, un marco de referencia que facilita el seguimiento evolutivo. Estos instrumentos tienen utilidad en el establecimiento de una aproximación inicial que luego debe ser profundizada mediante la observación detallada y el diálogo con el paciente. (56).



En la evaluación de la ansiedad, el diagnóstico diferencial es importante para excluir trastornos relacionados. La depresión mayor, diversos trastornos de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo son los más relevantes. Otras condiciones médicas como hipertiroidismo o arritmias y la falta de aire pueden confundirse con ansiedad. Dependerá la profundidad de la evaluación clínica en la entrevista exhaustiva, a veces complementada con pruebas de laboratorio. Existe concomitancia en las adicciones, por lo que será necesario el uso de instrumentos como el DSM-IV, ICD-9, entre otros. Las sustancias psicoactivas pueden inducir trastornos relacionados. Un diagnóstico correcto es fundamental para un tratamiento adecuado (35).

Si tiene síntomas físicos que acompañan a su ansiedad (taquicardia, temblores, tumefacciones, falta de aire, molestias digestivas, etc.), es recomendable realizar algunas pruebas médicas para descartar enfermedades orgánicas. Dependiendo del caso, se pueden hacer un análisis de sangre y de orina, un análisis de las hormonas sexuales o estudios de función hepática. En función de los síntomas físicos asociados, pueden requerirse pruebas complementarias, como la función tiroidea, exámenes de nutrición e incluso estudios cardiológicos (electrocardiogramas, ecocardiogramas, Holter de 24 horas) (52).

Al evaluar a una persona con posible trastorno de ansiedad, asegúrese de tener en cuenta su historia y su estado actual. También revise los síntomas de ansiedad y otros diagnósticos psicológicos. Además, existen varios antecedentes públicos y sociales relevantes que se asocian con mejor o peor estado de salud a lo largo de la vida y con un patrón clínico que puede tener



una buena causa. Estos antecedentes personales, entre otros, pueden tener importancia clínica en este caso (21).

2.2.2.6. Tratamiento farmacológico

La farmacoterapia en la ansiedad presenta eficacia para reducir los síntomas cuando repercuten de forma importante en la esfera funcional y/o social del individuo. Se recomienda en trastornos de ansiedad de intensidad moderada a severa o cuando las intervenciones no farmacológicas no consiguen un alivio suficiente. Los fármacos utilizados en el tratamiento farmacológico de la ansiedad son ansiolíticos, que actúan sobre el sistema nervioso central y generan modulaciones en neurotransmisores como el GABA y la serotonina. Se debe tener presente que no son un tratamiento curativo, sino que alivian la sintomatología y, por tanto, en general se aconsejan como complemento de tratamientos psicoterapéuticos en casos de ansiedad pertinaz. La administración debe ser supervisada por un profesional de la salud para monitorizar posibles efectos adversos y la aparición de síndrome de abstinencia y/o dependencia (57).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son considerados el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad. Estos fármacos (sertralina, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, etc.) actúan incrementando la disponibilidad de serotonina en el sistema nervioso central. Su efecto puede tardar entre dos y cuatro semanas en aparecer, por lo que es necesario que los pacientes comprendan el tiempo hasta notar la mejoría de síntomas. En general, tienen un buen perfil de tolerabilidad, aunque algunos de sus efectos adversos son la náuseas, insomnio, disminución de la libido, síndrome de disfunción sexual inducido por los ISRS, aumento de peso



y efectos anticolinérgicos. Al ser un tratamiento con un buen perfil de seguridad y eficacia, son considerados primera línea en ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia y trastornos de ansiedad social (58).

Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina también utilizados son venlafaxina y duloxetina. Estos fármacos, al igual que los ISRS, aumentan la biodisponibilidad de dos neurotransmisores relacionados con la modulación del estado del ánimo. Suelen ser empleados en casos donde el paciente presenta síntomas depresivos y/o en aquellos que no han conseguido respuesta con las monoterapias con ISRS. Su efecto adverso es similar al de los ISRS, aunque en altas dosis pueden inducir hipertensión por lo que la farmacovigilancia es clave en estos casos. Al igual que los ISRS, son una alternativa en primera línea para los síndromes ansiosos que asocian una disforia del estado de ánimo.

Al ser fármacos que producen una acción central depresora, vonta en la reducción de la tensión y de comportamientos relacionados como los espasmos musculares, pero además reducen la actividad del sistema nervioso central en general y provocan sedación o hipnosis. Cuentan también con efecto anticonvulsivante e inducido por las benzodiazepinas o las benzo difican su utilización durante un periodo mayor de tiempo, produciendo dependencia física y o psíquica. Por tanto, debido a su perfil de seguridad, su utilización se limita a corto plazo, a menos que se valore negativamente el riesgo-beneficio. Como medida de primera línea, la intervención farmacológica solo debe valorarse cuando la gravedad es tal que requiere tratamiento farmacológico. Indicaciones: Están indicadas exclusivamente en casos de necesidad por



reducción rápida de síntomas muy relevantes o en casos de insomnio que no mejoran con medidas higiénico- dietéticas. Su uso debería restringirse a crisis de ansiedad, crisis de angustia y trastorno del sueño (4).

Los beta-bloqueantes son medicamentos que no están aprobados específicamente para el tratamiento de la ansiedad, pero se utilizan a menudo en situaciones en las que la ansiedad provoca síntomas físicos, como la taquicardia o el temblor. Propanolol, atenolol, sotalol, entre otros. Efecto: beta-adrenérgicos, lo que reduce los síntomas físicos de la respuesta de lucha o huida que a veces acompaña a la ansiedad. Producen una entrega centrada en el objetivo del tratamiento restaurador de regreso a la semilogaritmo en actividades estresantes. Exámenes, entrevistas laborales, situaciones autoritarias o sociales, audiencias, etc. En estos casos, los efectos generales secundarios de la abstinencia o el sedante no definen el estado ansioso, y los beta-bloqueantes pueden tener un papel útil. Sin embargo, el uso se reconoce como antidemoniación de pensamiento por lo que no son recomendables para los trastornos generales de la ansiedad (11).

Su uso fuera de indicación para el tratamiento de la ansiedad fármacos no inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y norepinefrina, antagonistas de la serotonina 5-HT₂ o gabaérgicos utilizan como alternativas en el tratamiento de la ansiedad adherencia farmacológica resistencia al tratamiento en los trastornos de ansiedad fármacos no inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y norepinefrina, antagonistas de la serotonina 5-HT₂ o gabaérgicos utilizan como alternativas en el tratamiento de la ansiedad adherencia farmacológica resistencia al tratamiento en los trastornos de ansiedad. Efecto: medicamentos como agonistas adrenérgicos



alfa 2, estabilizadores humorales como antidepresivos triptófano, trinas. Están indicados para determinadas situaciones en los trastornos de ansiedad poco habituales usados como fármacos tanatéticos, fármacos de uso poco frecuente e intervención rescatada en farmacología clínica. Antipsicóticos atípicos Quetiapina, olanzapina (59).

2.2.2.7. Psicoterapia

La Psicoterapia es uno de los tratamientos más eficaces a la hora de abordar la ansiedad, ya que su principal objetivo es encontrar y resolver las causas subyacentes del problema, además de dotar al paciente con herramientas y estrategias para hacer frente a sus síntomas. En este sentido, la terapia al ser en la raíz del problema, tendrá efectos duraderos en el tiempo, mientras que el tratamiento farmacológico y/o la automedicación puede ser en cierto modo una solución rápida en el día a día, aunque probablemente brinde una solución temporal a los síntomas, sin llegar a cambiar la concepción que la persona desarrolla sobre los hechos que los generan. Exitosa resulta en este sentido la terapias orientadas a contribuir a la revalorización de objetos de la voluntad en la aplicación de sus métodos y técnicas comportamentales. Existen diferentes tipos de terapias que han demostrado que son eficaces a la hora de abordar la ansiedad, cada uno con particularidades y enfoques diferentes dependiendo del tipo de trastorno y de las características personales del paciente, así como del perfil clínico en el que se presente. Es importante evaluar el tipo de terapia que mejor se adapta a cada caso de forma individual y a la naturaleza del trastorno (38).

La terapia cognitivo conductual es la más utilizada en el tratamiento de la ansiedad por sus grandes beneficios demostrados empíricamente, y su



enfoque base para la terapia se desarrolla en torno a la recolección, registro, y posterior evaluación consciente al respecto del pensamiento negativo por el paciente. La TCC consiste en analizar el funcionamiento mantenedor que tiene en el desarrollo de síntomas ansiosos o en el evitativo, por otro lado, de la evitación que les brinda los refuerzos para seguir utilizando dicho pensamiento irracional. Su objetivo es el desafío a pensamientos negativos a través de técnicas como la reestructuración cognitiva, la revalorización del término fóbico y la exposición en vivo a situaciones que generen la evitación, reducción en el tiempo de exposición a situaciones temidas, resolución de poner a juicio sus pensamientos, así como técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, desplazamiento emocional, enfrentamiento gradual, respiración abdominal, relajación rítmica, progresiva, etc. Esta aplicación de técnicas centradas en el objetivo del paciente tiene un tiempo estimado de efectividad en el orden de 8 meses. Existen pruebas concluyentes que afirman la eficacia de la TCC a la hora de tratar la ansiedad generalizada, trastorno por pánico, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, entre otros (19).

La terapia de exposición se utiliza también en el TOC y se reconoce como efectiva en el tratamiento de otros trastornos similares, como la ansiedad por evitación, las fobias y suscitará algún avance en el tratamiento. Consiste en exponer al paciente de forma controlada a los objetos, situaciones, pensamientos o a la incertidumbre que si provocan fobia, y que él mismo evita. Recuerda a la habituación. Al estar reproducida la escena de estos elementos en material discreto o discreto, la exposición fóbica frente a las imágenes y la imaginativa guiada para el uso de fantasías frente a los elementos, en realidad virtual, son otros ejemplos. Esto por sí solo no es suficiente para despreciar la



respuesta de miedo por lo que la disminución de la intensidad se va produciendo con el tiempo gracias a la exposición interna o escaneado a esas escenas, y para el entorno externo, al menos se pide siempre que se evite comportamientos de evitación. Por otro lado, se estiman pruebas apoyando su eficacia en la disminución tanto de los comportamientos evitativos como del malestar frente a las situaciones temidas (60).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un tipo de psicoterapia que tiene sus raíces y que sostenía que los síntomas de ansiedad no eran el problema sino la lucha que entablaba la persona en su interior. Con esta premisa, recuperando y adaptando conceptos de la terapéutica Contextual, ACT invita al paciente en la consulta a no evitar la experiencia interna disfuncional, sino a funcionar de forma más flexible y comprometida a pesar de su presencia en la vida del paciente. En este sentido, mediante el entrenamiento en habilidades de atención plena y diferentes ejercicios centrados en los valores, la ACT fomenta la salud psicológica, la claridad y el poder personal en lugar de la ausencia de experiencias internas disfuncionales. Los resultados que aportaban los distintos meta-análisis sobre ACT mostraron ser consistentes y significativos en muestras de pacientes con trastornos relacionados con la ansiedad, algunos que ya habían recibido tratamiento previo y otros que no. Así, la ACT propone el objetivo de vivir una vida plena en función de los valores personales, a pesar de la presencia inevitable de la ansiedad en el día a día del paciente, actuando igual que otros tratamientos en la contención o erradicación de la sintomatología ansiosista desadaptativa del paciente (55).



En el ámbito de la psicoterapia tradicional, la terapia psicodinámica tiene su enfoque centrado en la comprensión y resolución de conflictos intrapsíquicos relacionados con emociones y relaciones interpersonales, explorando los eventos psíquicos producidos que el paciente no haya tenido consciencia ni control en su producción e influencia en su presente, a diferencia de la TCC o el modelo conductual, que no evita abordar de manera orientada sus eventos psíquicos, aunque estos sirvan como herramientas más directas para afrontar el aquí y ahora del presente del paciente en la lucha interna por control y dominio. Desde esta perspectiva, se trabajaría en la relación terapéutica sobre estos conflictos y mecanismos de defensa, y la influencia de relaciones tempranas, en el desarrollo de patrones emocionales y de comportamiento repetitivos poner de manifiesto un empobrecido sentido de seguridad en uno mismo y miedo a lo nuevo y a ser desposeído de los propios esquemas mentales (61). Pero para la evaluación del enfoque psicodinámico han sido centrados en el objetivo del conocimiento restaurador de sí mismos desde sus relaciones interpersonales, lo que me reduciría la aproximación cuantitativa a su eficacia. Aún así, la terapia psicodinámica ha mostrado ser efectiva en población con trastornos de ansiedad relacionado con traumas, deficiencia en las relaciones interpersonales y conflictos intrapersonales. Entonces, la psicoterapia psicodinámica se considera adecuada para personas con conflictos internos no resueltos, que sean propensas a la rumia y a la reactivación emocional, que busquen un conocimiento más profundo (62).
Aparte de los tratamientos personalizados a modo individualizado, la terapia de grupo ha mostrado ser si no un complemento, al menos potente y eficiente en el tratamiento de la sintomatología. Al compartir el proceso de tratamiento



con otros pacientes en la misma situación, se generan oportunidades para el fomento de la empatía y conexión social desafiante a la soledad. La identificación y el apoyo mutuo entre pacientes que comparten ciertos síntomas perturbadores o por sus exclusivas rarezas clínicas potencian el cambio (7).

2.2.2.8. Tratamientos alternativos

Las intervenciones no convencionales para la ansiedad han suscitado cierto interés en los últimos años, en virtud de su enfoque holístico. En este contexto, mientras que los tratamientos psicológicos como la terapia cognitiva conductual y los medicamentos como los ansiolíticos tradicionales siguen siendo el tratamiento estándar para los trastornos de ansiedad, o incluso algunos suplementos dietéticos que muestran eficacia o evidencias promisorios en la reducción de la ansiedad en algunos casos, las intervenciones no convencionales son un área de interés como tratamiento para reducir la ansiedad, especialmente en personas que no respondieron lo suficiente a los tratamientos utilizados hasta el momento. Las técnicas no convencionales buscan hacer que cuerpo y mente trabajen en armonía, promoviendo el bienestar físico y emocional a través de prácticas naturales y enfoques complementarios y alternativas (63).

Entre los tratamientos alternativos para la ansiedad que cuentan con un respaldo científico se encuentran la meditación y el mindfulness. Ambas prácticas promueven la concentración y regulación de la respiración en el presente. Por otro lado, las investigaciones sugieren que tales prácticas reducen la hiperventilación y, por lo tanto, los niveles del sistema nervioso simpático predicen la disminución de la ansiedad a largo plazo al disminuir la rumiación y los efectos positivos de la regulación emocional. Muchos estudios



se centran en MBPM, en particular, específicamente el programa de MBSR o Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena. Esta modalidad ha sido validada por meta-análisis como efectiva en el tratamiento de la ansiedad (64). Un tratamiento alternativo para la ansiedad con creciente interés es la fitoterapia. Diversas plantas han sido utilizadas a lo largo de la historia debido a sus efectos relajantes y ansiolíticos y, en la actualidad, algunas de ellas han suscitado el interés de la comunidad científica. Entre ellas, la ashwagandha, la valeriana, la manzanilla y el hipérico son las más comunes. La ashwagandha es una planta adaptógena conocida por sus propiedades para reducir los niveles de cortisol. Tiene efectos ansiolíticos y reduce el estrés, además de mejorar la calidad del sueño, por lo que puede ser útil para las personas que no duermes bien a causa de la ansiedad. También hay evidencia científica que respalda la acción sedante de la valeriana por reducción de catecolaminas y en casos de insomnio. La manzanilla por su parte ofrece efectos prometedores en la ansiedad leve a moderada y tiene propiedades antiinflamatorias. Al ser un medicamento basado en plantas, es necesario consultar a un médico antes de su uso, ya que puede interferir con medicamentos y tratamientos, aunque no tiene interacciones bien documentadas. Aún así, se debe tener precaución si la persona está bajo tratamiento de anticoagulantes, en el caso de personas diabéticas o con hipoglicemia. Además, es necesario evitar la dosis de 1 g de manzanilla si se tiene alergia a los antiinflamatorios. No existe suficiente evidencia sobre otros efectos negativos para su uso en mujeres embarazadas, pero es conveniente extremar la cautela (65).

La actividad física es el tratamiento alternativo más popular para la ansiedad. El ejercicio aeróbico, como correr, nadar o andar en bicicleta, estimula la



producción de endorfinas y serotonina, lo que genera un estado de ánimo positivo. Al mismo tiempo, la práctica de yoga y tai-chi combina ejercicio físico, control de la respiración y meditación, lo que permite hacer un tratamiento más integrador, al influir en las estructuras cerebrales que regulan tanto el sistema nervioso central como el sistema nervioso autónomo y las tensiones psicológicas. Estos tratamientos han demostrado ser beneficiosos para reducir los trastornos de ansiedad, según los estudios realizados (13).

La musicoterapia se presenta como otro tratamiento alternativo en el que se evalúa la sintomatología de ansiedad, además de ser un tratamiento actualmente muy demanda. Escuchar música con un tempo bajo e intervalos armónicos induce un estado de relajación, así como una disminución de la tensión y la ansiedad. Con la musicoterapia guiada, la persona receptora puede estar en un espacio sonoro compartido donde un terapeuta utiliza diferentes sonidos para conseguir un estado de calma. Esta musicoterapia ha sido utilizada en diferentes ámbitos clínicos, en trastornos de la ansiedad y otras alteraciones psicopatológicas (66).

La acupuntura es otra técnica empleada en la medicina tradicional china. Consiste en estimular puntos específicos del cuerpo mediante la inserción de agujas en la piel con el fin de potenciar el equilibrio del flujo de energía espiritual y, en consecuencia, las funciones del sistema nervioso. En trabajos previos, los tratamientos con acupuntura han demostrado ser efectivos como complemento en el tratamiento de la ansiedad al influir sobre el sistema nervioso autónomo central, liberando neurotransmisores serotoninérgicos (37).

2.2.2.9. Prevención de la ansiedad

Las estrategias de prevención incluyen:



Fomento del bienestar emocional en entornos educativos y laborales: El desarrollo del bienestar emocional en el contexto escolar y laboral puede considerarse como la promoción de un clima escolar/emocional en el que se fomente la comunicación, el respeto y la empatía. En este sentido, resultará fundamental que en la educación escolar se incluya la EOE, de modo que se logren dotar a los alumnos de herramientas psicológicas para hacer frente al estrés y a las presiones académicas. Por otro lado, en el contexto laboral se deberá promover un desarrollo organizacional que favorezca la conciliación laboral y personal, así como espacios donde poder disfrutar de momentos de relax; la oferta de apoyo psicológico, contribuir a la disminución de los niveles de ansiedad derivados del estrés laboral; un aumento de la flexibilidad laboral, para facilitar las conciliaciones de la vida laboral y familiar; aumento de días destinados a vacaciones y/o jornadas no laborales, por las mismas razones; y el impulso de trabajos en equipo, que resultan ser menos automáticos y rutinarios (67).

Intervenciones tempranas en poblaciones de alto riesgo: Como se ha comentado, otro de los enfoques preventivos que han mostrado resultados esperanzadores se basa en la detección de individuos en riesgo y en la aplicación de intervenciones oportunamente, de modo tal de reducir la incidencia de trastornos no tratados. La prevención en el campo de los trastornos de ansiedad se encuentra impulsada principalmente por investigaciones al respecto que se sustentan en desarrollos teóricos sólidos que permiten conocer el funcionamiento de diversos factores que podrían predisponer desarrollar síntomas ansiosos o el trastorno completo. Así, se consideran de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad, los individuos



con una historia familiar documentada de trastornos de ansiedad, los individuos que presentan una personalidad altamente negativa, así como aquellos que se encuentran sometidos a fuentes de estrés ambiental potentes (como pertenencia a comunidades de alto riesgo o exposición a grandes catástrofes); individuos en edad infantil con eventos adversos en su vida; aquellos individuos que presentan características de personalidad ansiosas; y jóvenes que presentan elevadas conexiones biológicas del sistema de defensas (68).

Promoción de estilos de vida saludables y manejo del estrés: Fomentar el conocimiento personal y la adopción de estilos de vida saludables para hacer frente a situaciones de estrés en este sentido, pueden reducir los niveles de ansiedad. El ejercicio físico regular y continuo ha mostrado tener efectos positivos para reducir niveles de ansiedad, probablemente relacionados con la facilitación del desarrollo de neurotransmisores relacionados con los estados de bienestar. El adecuado y equilibrado régimen alimenticio; la adecuada y equilibrada toma de horas de sueño (69).

2.2.2.10. Dimensiones

2.2.2.10.1. Dimensión fisiológica de la ansiedad

La dimensión fisiológica de la ansiedad alude a las respuestas corporales que se activan ante situaciones percibidas como amenazantes o estresantes. Incluye manifestaciones como taquicardia, sudoración, tensión muscular, sensación de opresión torácica, molestias gastrointestinales o dificultad para conciliar el sueño. Estas respuestas somáticas son resultado de la activación del sistema nervioso autónomo y pueden aparecer incluso cuando el peligro no es real, afectando el bienestar y el funcionamiento cotidiano del estudiante (68).



2.2.2.10.2. Dimensión cognitiva de la ansiedad

La dimensión cognitiva de la ansiedad se refiere a los procesos mentales asociados a la preocupación anticipatoria y a los pensamientos negativos persistentes frente a situaciones académicas, sociales o personales. Se caracteriza por la tendencia a anticipar resultados catastróficos, la rumiación, la duda constante sobre el propio desempeño y la sobreestimación del riesgo o del fracaso. Este patrón de pensamiento distorsiona la percepción de la realidad, incrementa la sensación de amenaza y contribuye a mantener o intensificar los síntomas ansiosos (68).

2.2.2.10.3. Dimensión conductual de la ansiedad

La dimensión conductual de la ansiedad comprende los comportamientos observables que surgen como respuesta al malestar ansioso, especialmente las conductas de evitación y escape. Incluye acciones como evitar exponerse a evaluaciones, hablar en público, participar en clase, relacionarse con otros compañeros o enfrentarse a tareas que generan temor. También abarca la inquietud motora, la dificultad para permanecer quieto y la tendencia a posponer actividades por miedo al error. Estos patrones conductuales, aunque reducen el malestar a corto plazo, refuerzan la ansiedad a mediano y largo plazo (68).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Ansiedad

Referido en ocasiones como trastorno de angustia, es una emoción o un estado mental de un individuo que se caracteriza por la desproporcionada preocupación ante situaciones o noticias cuyo riesgo es imaginario (p.ej. "por si pasa algo malo") o con un riesgo real y desplazado en el tiempo (p.ej. riesgos



de un viaje que se prevén para dentro de una semana y que no tienen por qué producirse). Puede estar acompañada de síntomas emocionales (p.ej. incapacidad para controlar los pensamientos, sensación (de rigidez mental, temores. (70).

2.3.2. Depresión

En términos generales, la depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo. Se refiere a un momento que puede asignar tensiones o problemas internos y capitalistas en general. Manifiesta de diferentes maneras: disminución del placer(, del interés o simplemente de la capacidad de adaptación a las situaciones. (14).

2.3.3. Escala PHQ-9

El PHQ-9 es un cuestionario autoadministrado que se utiliza para detectar trastornos depresivos y evaluar la gravedad de la depresión. El cuestionario consta de 9 ítems que se centra en la presencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3, y la puntuación total se utiliza para clasificar la gravedad de la depresión como leve, moderada o grave. (71).

2.3.4. Escala GAD-7

El GAD-7 es un instrumento de evaluación utilizado para medir la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada. Está compuesto por 7 ítems que indagan sobre la frecuencia con la que el autor se ha sentido particularmente ansioso, nervioso o inquieto en las últimas dos semanas. Cada ítem se responde utilizando una escala de frecuencia y tiene una puntuación que varía de 0 a 21. En función de la puntuación total, el GAD-7 clasifica el trastorno de evolución



como leve, moderado o severo. Se han realizado aplicaciones y validaciones del GAD-7. (72).

2.3.5. Comorbilidad ansiedad-depresión

Se refiere a la manifestación simultánea de trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, principalmente el trastorno depresivo mayor, en el mismo individuo. Ambas condiciones pueden compartir mecanismos neurobiológicos, neuroendocrinos y patrones de disfunción cognitiva (1).

2.3.6. Factores de riesgo para la depresión y ansiedad

Abusos sustanciales, bradicardia anormal durante el sueño, brotes de ansiedad, budismo, ciclotimia, comorbilidad, trastornos del desarrollo neurolingüístico, historial familiar, incidentes estresantes, contexto demográfico, enfermedades médicas crónicas, factores psicosociales, vida sedentaria (73).

2.3.7. Impacto en la calidad de vida

Ambas tienen, como comorbilidad, un impacto muy fuerte, además, en resumen, mala calidad de vida, años de vida con discapacidad por comorbilidad significativa entre trastornos alérgicos, bronquitis crónica EPOC, hipertiroidismo o hipoactividad y ansiedad o depresión. La comorbilidad psiquiátrica se asocia con menor calidad de vida en Latinoamérica (22).

2.3.8. Tratamiento de la depresión y ansiedad

Toma en consideración manejo farmacológico de primera línea: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tratamiento psicoterapéutico, combinaciones, manejo sintomatológico severo, tratamiento profiláctico en reinfecciones (9).



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es cuantitativo ya que se busca aplicar la medición de variables para esclarecer la relación entre dos variables mediante el uso de pruebas de contraste de hipótesis.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo básico, ya que busca un conocimiento más profundo de los aspectos fundamentales de los fenómenos y hechos. Tiene un enfoque correlacional, dado que se establece una relación entre dos variables, y es de corte transversal porque se realizó la recolección de datos en un único momento.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó el diseño no experimental porque en este estudio no se manipularán deliberadamente las variables independientes, sino que se observarán tal como ocurren en su contexto natural (74).



3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

Se reclutó a estudiantes de secundaria pertenecientes al colegio Gran Unidad Escolar "Las Mercedes" de Juliaca durante el año 2025 que cursen de 1° a 5° año de secundaria. El total de la población fue de 150.

3.4.2. Muestra

Se tomó al total de la población ($n=150$), por lo que fue un estudio censal y no se precisó calcular el tamaño de la muestra por ese motivo.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en secundaria.
- Estudiantes con asistencia regular a clases.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes no matriculados en secundaria.
- Estudiantes con asistencia irregular a clases.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

La muestra que se determino es de 150 estudiantes.

3.5. ÁMBITO DE ESTUDIO Y TEMPORALIDAD

El presente trabajo investigativo de rigor científico y académico tuvo acontecimiento en el colegio GUE "Las Mercedes", el cual está adscrito a la UGEL San Román de la DRE Puno. El referido colegio imparte la educación de forma presencial en el nivel secundario. Contando con un horario de

actividades de lunes a viernes o sábados y domingos; como en turno mañana y tarde. El estudio se hizo durante todo el mes de abril del año 2025.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnicas

Variable 1: Encuesta

Variable 2: Encuesta

Encuesta: Es una técnica ampliamente utilizada en investigaciones en salud mental para obtener datos autoinformados sobre síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes.

3.6.2. Instrumentos

Variable 1: Cuestionario.

Variable 2: Cuestionario.

Cuestionario: Documento estructurado que recoge información sobre variables sociodemográficas y clínicas relevantes para el análisis de la asociación entre depresión y ansiedad. Contiene preguntas estandarizadas de la PHQ-9 y el GAD-7, diseñadas para evaluar la severidad de los síntomas depresivos y ansiosos en los participantes.

3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para la organización de la información recolectada, se utilizó Microsoft Excel, donde se realizó la depuración, codificación y validación de las variables. Luego, se exportaron los datos a STATA para el procesamiento y análisis estadístico de los mismos. La depuración consistió en identificar información incoherente, filas sin datos o datos repetidos. Para la codificación se asignaron valores numéricos, verificando que todos los datos se encuentren para



proceder con la validación. En esta etapa revisamos los valores máximos, mínimos, cuantiles, frecuencias y valores perdidos de las variables. Así mismo, se generó la base de datos en Excel para proceder con el análisis y tabulación en STATA, como herramienta para el procesamiento estadístico.

El análisis descriptivo se realizó empleando medidas de tendencia central como la media, mediana y la moda; así mismo, empleando medidas de dispersión como la desviación estándar y el rango intercuartil. Con ello se presentó y resumió la información obtenida de las variables. Para su representación, se generaron tablas de frecuencias y gráficos cuya elaboración fue realizada en el(la) sostenedor(a) STATA.

Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado, que permitió determinar si existía asociación entre las variables estudiadas, dado que ambas son de tipo nominal. Se utilizó un nivel de significación del 5 % ($p < 0.05$), siendo el 95% de confianza la que se utilizó para aceptar o rechazar la hipótesis estadística. Este análisis se realizó únicamente en las variables con información completa.

Para la discusión de los resultados obtenidos, se procedió con la respectiva interpretación de los datos, vinculando los resultados con el marco teórico y otros estudios previos, dando así una interpretación fundamentada. Esta aplicación metodológica permitió un análisis comportamental riguroso, acorde a la estructura metodológica utilizada y que optimiza la validez y fiabilidad, minimizando desviaciones y errores durante el proceso.



3.8. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

3.8.1. Validación

Ambos instrumentos, PHQ-9 y GAD-7, han sido previamente validados en estudios de validación diagnóstica. El PHQ-9 tuvo un alfa de Cronbach de 0.87 y un coeficiente de Spearman de un 0.77 (75). Mientras que el GAD-7 tuvo un alfa de Cronbach de 0.86 y un coeficiente Spearman-Brown de 0.82 (76).

3.8.1. Confiabilidad

Variable 1: El instrumento para medir depresión, el PHQ-9 tuvo un alfa de Cronbach de 0.87 y un coeficiente de Spearman de un 0.77.

Variable 2: El instrumento para medir ansiedad, el GAD-7 tuvo un alfa de Cronbach de 0.86 y un coeficiente Spearman-Brown de 0.82.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación, análisis e interpretación de datos

Tabla 1

Asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025

Depresión	Ansiedad					
	Sin ansiedad		Con ansiedad		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin depresión	42	28.00	8	5.33	50	33.33
Con depresión	24	16.00	76	50.67	100	66.67
Total	66	44.00	84	56.00	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 48.7013

Pvalor=0.0001

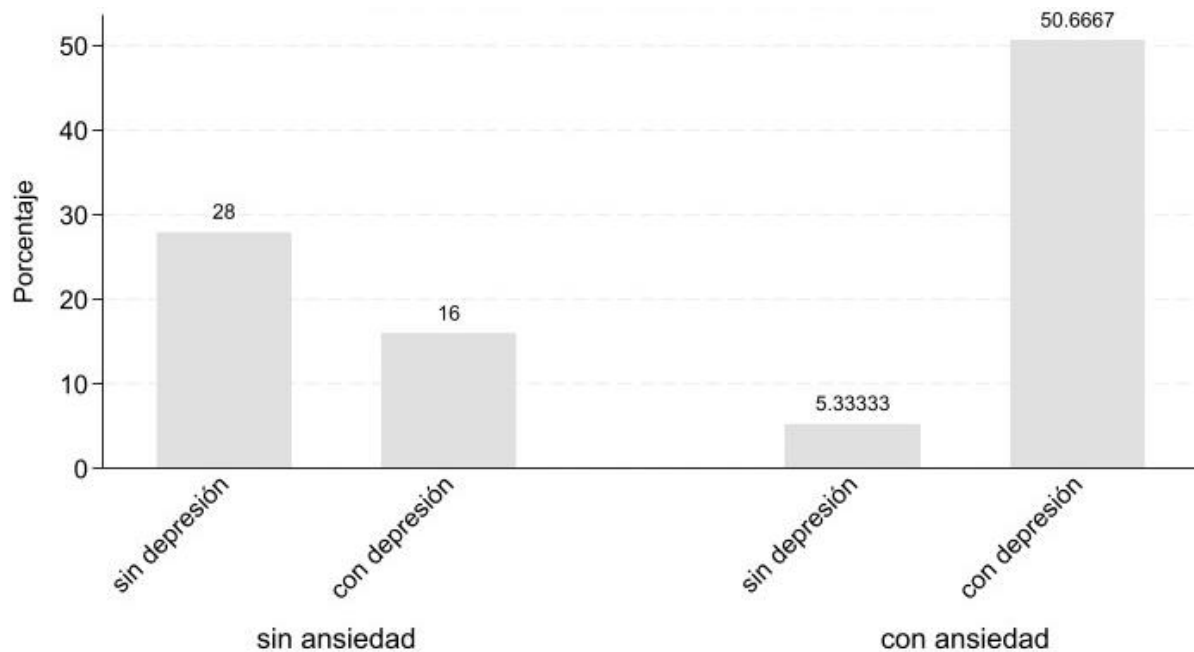
Es estadísticamente significativo

Xtabulado= 3.8414588

GI=1

Figura 1

Asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



La tabla 1: Asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, muestra que el 66,7% de los participantes presentaron síntomas depresivos, mientras que el 33,3% no presentó síntomas de depresión. A su vez, el 56% presentó síntomas de ansiedad y el 44% no los presentó. Del grupo que no presentó síntomas depresivos, el 63,6% no presentó ansiedad, mientras que solo el 9,5% sí presentó ansiedad. En cambio, del grupo con síntomas depresivos, el 90,5% también presentó ansiedad, mientras que el 36,4% no la presentó. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un valor de significancia $p < 0,05$.

La prueba de chi-cuadrado mostró un valor calculado de $X^2=48,70$, con $gl=1$, siendo este superior al valor crítico tabulado de $X^2_{tab}=3,841$, y con un $p=0,000$, lo cual indica una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los síntomas ansiosos. Los resultados obtenidos evidencian una fuerte asociación entre

depresión y ansiedad en la población evaluada. Se observa que el 90,5% de los participantes con síntomas depresivos también presentaron ansiedad, lo que resalta la coexistencia frecuente de estos trastornos en contextos clínicos y comunitarios. Este hallazgo es consistente con lo reportado en estudios previos, donde se menciona que la comorbilidad entre depresión y ansiedad puede superar el 70% en muestras similares. Asimismo, en comparación con otros estudios (12), quienes encontraron que en el 78% de los casos se utilizaba adecuadamente el modelo PAE y el 65% redactaba de forma correcta, en este estudio se observa que el 90,5% de los casos con síntomas depresivos también expresaban sintomatología ansiosa, lo que podría reflejar no solo una alta carga emocional, sino también posibles dificultades en la elaboración adecuada de planes de atención o intervenciones específicas si no se detectan ambas condiciones.

Tabla 2

Asociación entre edad y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025

Mercedes - Juliaca 2025

Edad	Ansiedad					
	Sin ansiedad		Con ansiedad		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
13 a 15 años	44	29.33	57	38.00	101	67.33
16 a 17 años	22	14.67	27	18.00	49	32.67
Total	66	44.00	84	56.00	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 0.0238

Pvalor=0.877

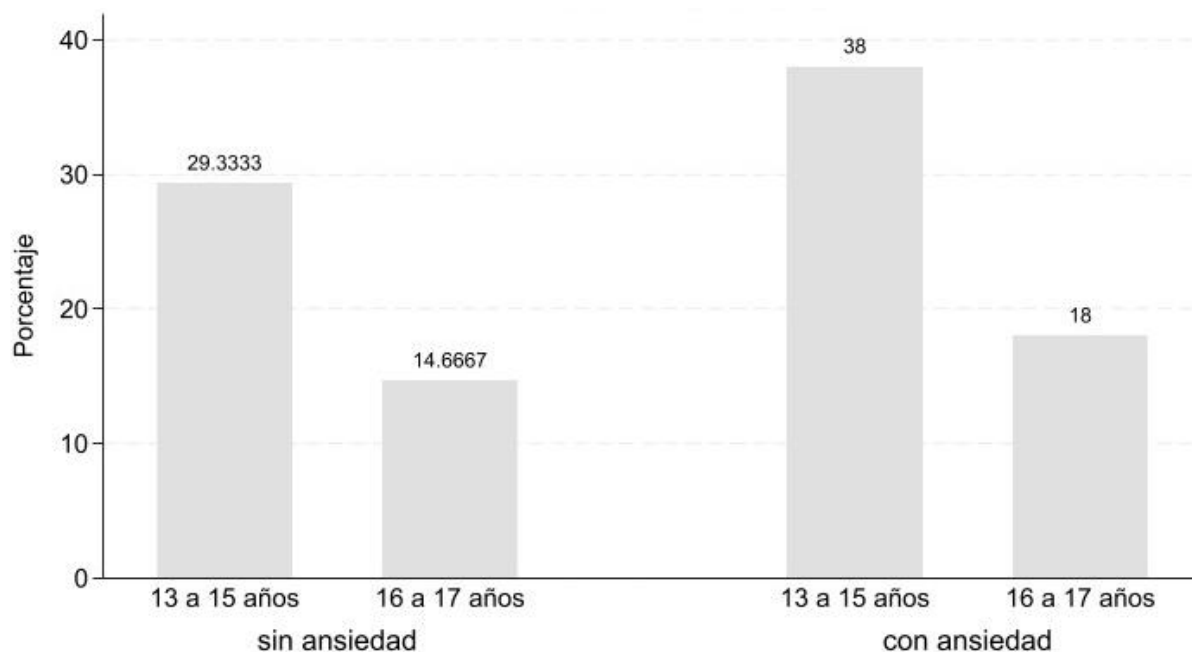
No es estadísticamente significativo

Xtabulado= 3.8414588

GI=1

Figura 2

Asociación entre edad y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



La tabla 2: Asociación entre edad y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, muestra que el 67,3% de los participantes tenían entre 13 a 15 años, y el 32,7% entre 16 a 17 años. Dentro del grupo de adolescentes que no presentaron ansiedad, el 66,7% tenía entre 13 a 15 años, y el 33,3% entre 16 a 17 años. De manera similar, en el grupo con ansiedad, el 67,9% tenía entre 13 a 15 años, y el 32,1% entre 16 a 17 años. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$), obteniéndose un valor calculado de $X^2 = 0,0238$, con



$gI=1$, siendo este inferior al valor crítico tabulado de $X^2_{tab}=3,841$, y un $p=0,877$, lo cual indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de ansiedad en la muestra estudiada.

Los resultados obtenidos indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y los síntomas de ansiedad en la población adolescente evaluada. Tanto en el grupo sin ansiedad como en el grupo con ansiedad, la distribución por edad fue proporcionalmente similar, con predominio de los adolescentes de 13 a 15 años en ambos casos.

Este hallazgo sugiere que, en esta muestra específica, la presencia de síntomas ansiosos no está influida por el grupo etario dentro del rango adolescente, lo cual podría deberse a que ambos subgrupos (13–15 y 16–17 años) comparten contextos educativos, sociales y familiares similares, lo que homogeneiza la exposición a factores estresantes. A diferencia del análisis previo, donde se evidenció una asociación significativa entre depresión y ansiedad, en esta variable no se observan diferencias sustanciales. Esto contrasta con algunos estudios (13) que reportan mayor prevalencia de ansiedad en adolescentes mayores debido a la cercanía con la transición hacia la vida adulta y la presión académica.



Tabla 3

Asociación entre sexo y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025

Mercedes - Juliaca 2025

Sexo	Ansiedad					
	Sin ansiedad		Con ansiedad		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	31	20.67	52	34.67	83	55.33
Masculino	35	23.33	32	21.33	67	44.67
Total	66	44.00	84	56.00	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 3.3356

Pvalor=0.068

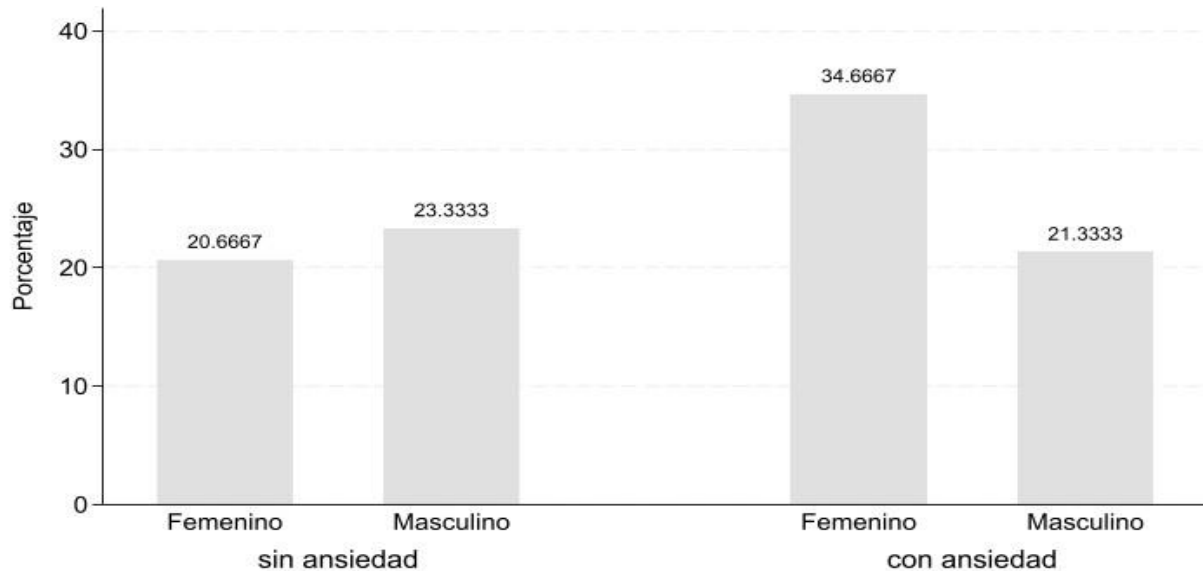
No es estadísticamente significativo

Xtabulado= 3.8414588

Gl=1

Figura 3

Asociación entre sexo y síntomas de ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, muestra que del total de participantes, el 55,3% fueron mujeres y el 44,7% hombres. Entre quienes no presentaron ansiedad, el 47,0% fueron mujeres y el 53,0% hombres. Por el contrario, entre quienes presentaron ansiedad, el 61,9% fueron mujeres y el 38,1% hombres. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$), obteniéndose un valor calculado de $X^2 = 3,34$, con $gl = 1$, el cual resulta ligeramente inferior al valor crítico tabulado de $X^2_{tab} = 3,841$, con un $p = 0,068$. Esto indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de síntomas ansiosos en esta muestra, aunque el valor p está cercano al umbral de significancia.

Los resultados sugieren una tendencia a mayor frecuencia de ansiedad en mujeres, aunque sin alcanzar significancia estadística. El 61,9% de las mujeres presentó ansiedad frente al 38,1% de los hombres. Esta diferencia no fue suficiente para establecer una asociación significativa, pero el valor $p = 0,068$ se aproxima al



criterio de corte ($p < 0,05$), lo cual indica que podría existir una relación que no ha sido detectada por el tamaño muestral o por otros factores no controlados.

Estudios previos (65) han reportado consistentemente que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad, influenciados por múltiples factores biopsicosociales como la socialización de género, mayor exposición a violencia o desigualdades, así como diferencias neurobiológicas. Sin embargo, los resultados del presente estudio no permiten confirmar esta hipótesis de manera concluyente. Es posible que, con una muestra más amplia o un análisis estratificado por otros factores (como nivel socioeconómico, contexto familiar o rendimiento académico), se pueda evidenciar una relación más clara.



Tabla 4

Asociación entre anhedonia y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025

Anhedonia	Depresión					
	Sin depresión		Con depresión		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin anhedonia	50	33.33	64	42.67	114	76.00
Con anhedonia	0	0.00	36	24.00	36	24.00
Total	50	33.33	100	66.67	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 23.6842

Pvalor=0.0001

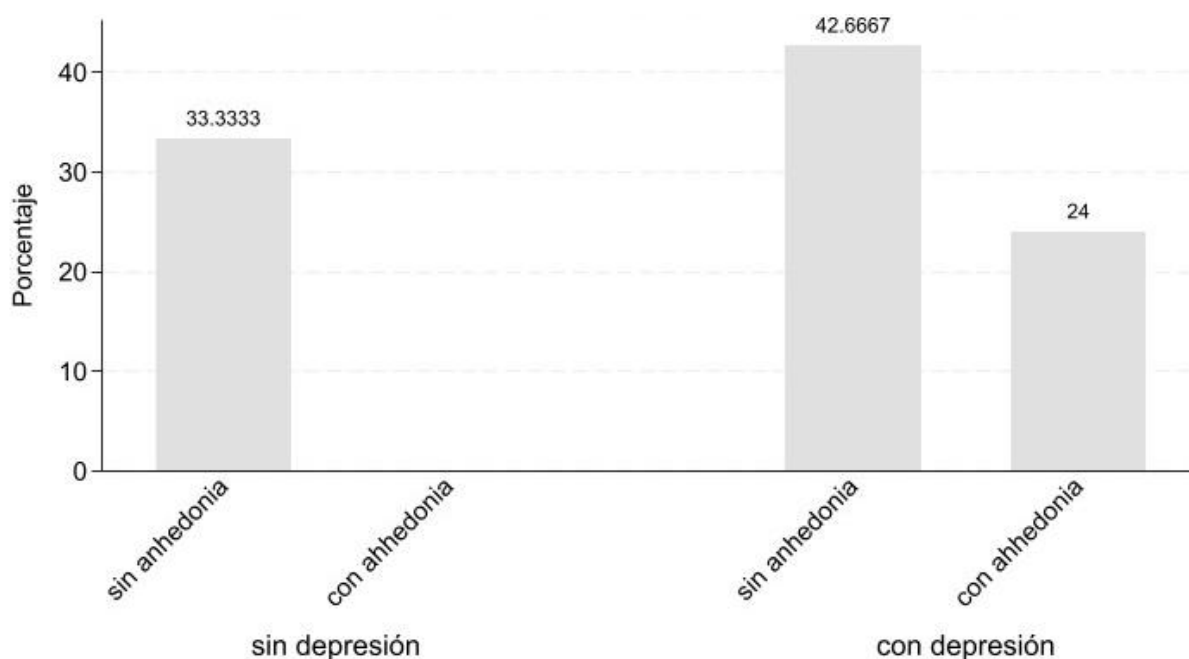
Es estadísticamente significativo

Xtabulado= 3.8414588

GI=1

Figura 4

Asociación entre anhedonia y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



La tabla 4: Asociación entre anhedonia y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, revela que el 76,0% de los participantes no presentaron anhedonia, mientras que el 24,0% sí refirieron dicho síntoma. Entre quienes no presentaron síntomas depresivos, el 100% no tuvo anhedonia. En cambio, en el grupo con síntomas depresivos, el 64,0% no presentó anhedonia y el 36,0% sí la manifestó. Al aplicar la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$), se obtuvo un valor de $X^2 = 23,68$, con $gl = 1$, que supera ampliamente el valor crítico tabulado de $X^2_{tab} = 3,841$, con un $p = 0,000$, indicando que existe una



asociación estadísticamente significativa entre la presencia de anhedonia y los síntomas depresivos en los adolescentes evaluados.

Los resultados muestran una asociación significativa entre la anhedonia y la presencia de síntomas depresivos, lo cual es esperable desde el punto de vista clínico, dado que la anhedonia constituye uno de los criterios nucleares del diagnóstico de depresión según los manuales DSM y CIE. En esta muestra, ningún participante sin depresión reportó anhedonia, mientras que esta estuvo presente en más de un tercio de quienes presentaban síntomas depresivos. Este hallazgo confirma la validez clínica del ítem como indicador clave del estado emocional depresivo en adolescentes. Además, refuerza la utilidad del PHQ-9 como instrumento de tamizaje en contextos escolares y comunitarios para identificar casos que requieren evaluación más profunda y posible intervención psicológica o psiquiátrica. En consonancia con investigaciones previas (15), la anhedonia aparece como un síntoma especialmente relevante en la detección temprana de la depresión, tanto por su relación con la disfunción motivacional como por su impacto en la calidad de vida.



Tabla 5

Asociación entre presencia de fatiga y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca

Fatiga	Depresión					
	Sin depresión		Con depresión		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin fatiga	49	32.67	52	34.67	101	67.33
Con fatiga	1	0.67	48	32.00	49	32.67
Total	50	33.33	100	66.67	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 32.0671

Pvalor=0.0001

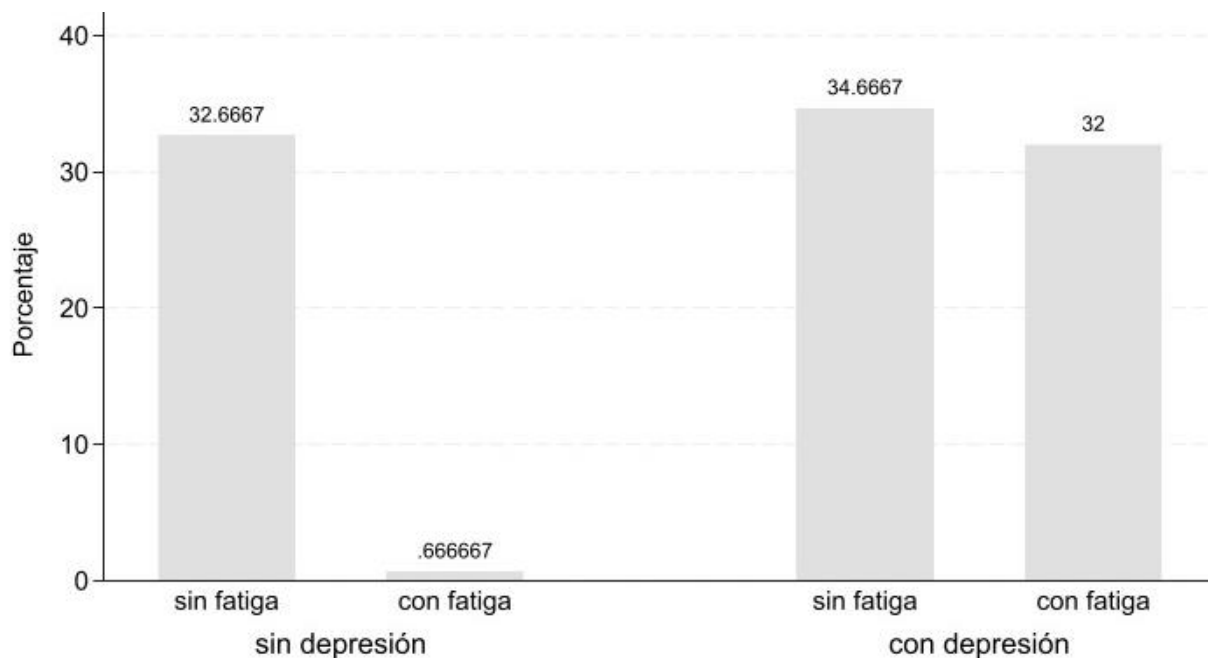
Es estadísticamente significativo

Xtabulado= 3.8414588

GI=1

Figura 5

Asociación entre presencia de fatiga y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



La tabla 5: Asociación entre presencia de fatiga y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, muestra que el 67,3% de los participantes no reportaron fatiga, mientras que el 32,7% sí refirieron dicho síntoma. Entre quienes no presentaron síntomas depresivos, el 98,0% no reportó fatiga y solo el 2,0% sí. En contraste, en el grupo con síntomas depresivos, el 52,0% no presentó fatiga y el 48,0% sí manifestó dicho malestar. Al aplicar la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$), se obtuvo un valor de $X^2 = 32,07$, con $gl = 1$, muy superior al valor crítico de $X^2_{tab} = 3,841$, y con un $p = 0,000$, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de fatiga y los síntomas depresivos.

El análisis evidenció una relación significativa entre la fatiga y los síntomas depresivos, siendo la fatiga un síntoma marcadamente más frecuente en el grupo con depresión (48,0%) frente al grupo sin depresión (2,0%). Esta diferencia resulta clínicamente relevante, ya que la fatiga crónica o persistente es uno de los síntomas cardinales de la depresión mayor, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. La presencia de fatiga no solo afecta el bienestar físico, sino también el rendimiento académico, las interacciones sociales y la capacidad para disfrutar de actividades cotidianas. Su identificación precoz en contextos escolares puede servir como indicador de riesgo para trastornos depresivos, y por tanto, debe considerarse al momento de realizar tamizajes o entrevistas clínicas. Diversos estudios (16) han evidenciado que la fatiga puede preceder o coexistir con otros síntomas depresivos, y su inclusión en herramientas como el PHQ-9 mejora la sensibilidad diagnóstica del instrumento.

Tabla 6

Asociación entre presencia de dificultad cognitiva y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025

Dificultad cognitiva	Depresión					
	Sin depresión		Con depresión		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin fatiga	49	32.67	50	33.33	99	66.00
Con fatiga	1	0.67	50	33.33	51	34.00
Total	50	33.33	100	66.67	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 34.2246

Pvalor=0.0001

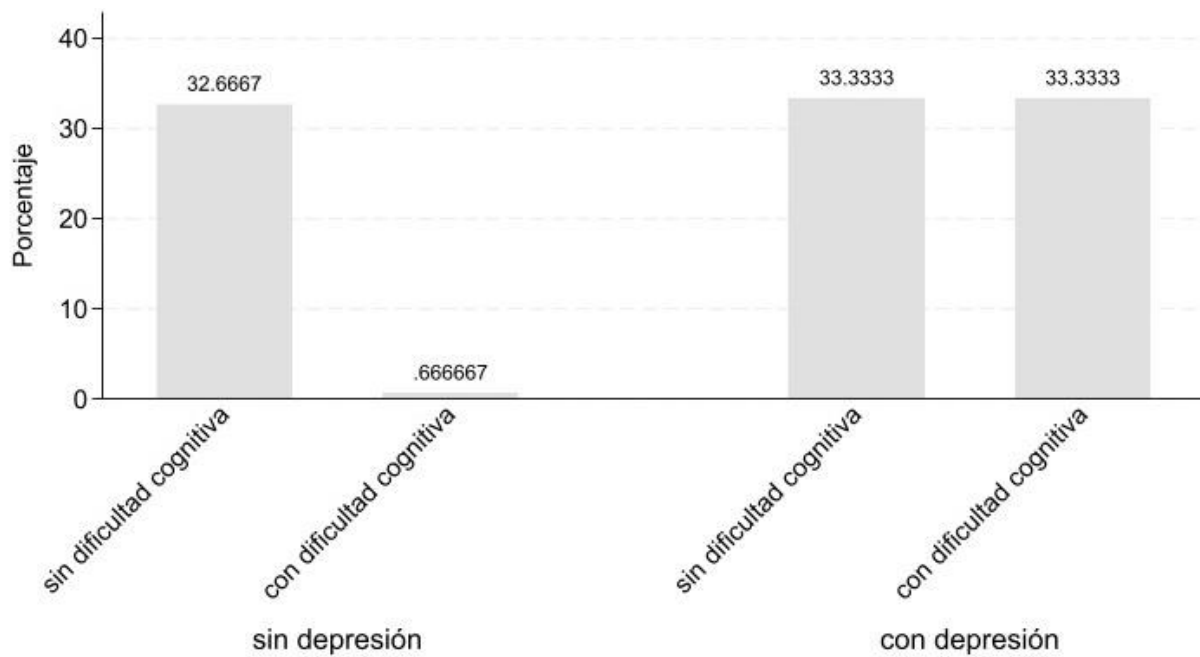
Es estadísticamente significativo

Xtabulado= 3.8414588

GI=1

Figura 6

Asociación entre presencia de dificultad cognitiva y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



La tabla 6 Asociación entre presencia de dificultad cognitiva y síntomas depresivos en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, muestra que el 66,0% de los participantes no refirieron dificultad cognitiva, mientras que el 34,0% sí manifestaron este síntoma. En el grupo sin síntomas depresivos, el 98,0% no



presentó dificultad cognitiva, y solo el 2,0% sí. Por otro lado, en el grupo con síntomas depresivos, el 50,0% refirió dificultad cognitiva y el otro 50,0% no. La prueba de chi-cuadrado, realizada con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$), arrojó un valor de $X^2 = 34,22$ con $gl = 1$, lo cual supera el valor tabulado de $X^2_{tab} = 3,841$, y con un $p = 0,000$, se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de dificultad cognitiva y los síntomas depresivos. La dificultad cognitiva, caracterizada por problemas de concentración o lentitud en el pensamiento, mostró una asociación significativa con los síntomas depresivos en la población adolescente evaluada.

Este hallazgo tiene especial relevancia, ya que afecta directamente el rendimiento escolar, la autoestima y la funcionalidad cotidiana del adolescente. El 50% de los estudiantes con síntomas depresivos reportaron dificultad cognitiva, en contraste con solo el 2% en el grupo sin síntomas depresivos, lo que respalda la hipótesis de que los problemas atencionales y de memoria forman parte del cuadro clínico depresivo en esta población. Este síntoma puede pasar inadvertido o ser atribuido erróneamente a falta de motivación o esfuerzo, cuando en realidad podría ser una manifestación directa del trastorno afectivo.

Estudios previos (17) también han evidenciado que las funciones ejecutivas, incluidas la atención sostenida, la toma de decisiones y la memoria de trabajo, se ven alteradas en adolescentes con depresión, y su afectación puede persistir incluso después de la remisión sintomática.

Tabla 7

Asociación entre los días que presentaron ansiedad y la presencia de depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025

Días de ansiedad	Depresión					
	Sin depresión		Con depresión		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Nada	36	24.00	25	16.67	61	40.67
Varios días	14	9.33	39	26.00	53	35.33
Mas de la mitad de los días	0	0.00	21	14.00	21	14.00
Casi todos los días	0	0.00	15	10.00	15	10.00
Total	50	33.33	100	66.67	150	100.00

Fuente: Cuestionario

Xcalculado= 37.2481

Xtabulado= 7.8147279

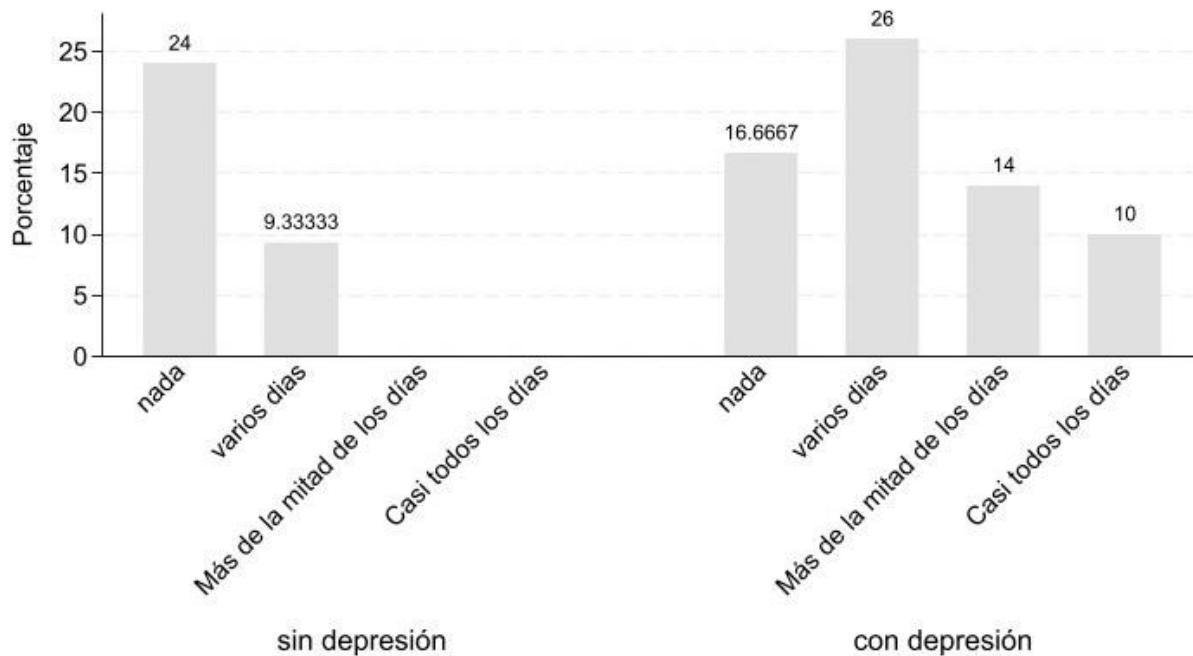
GI=3

Pvalor=0.0001

Es estadísticamente significativo

Figura 7

Asociación entre los días que presentaron sintomatología depresiva y la presencia de depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025



La tabla 7: Asociación entre los días que presentaron sintomatología depresiva y la presencia de depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025, muestra que el 40,7% de los participantes refirió no haber experimentado síntomas depresivos durante los últimos 14 días, el 35,3% indicó haberlos tenido durante varios días, el 14,0% manifestó síntomas más de la mitad de los días y el 10,0% los presentó casi todos los días. En el grupo sin síntomas depresivos, el 72,0% reportó ningún día con sintomatología depresiva, mientras que el 28,0% tuvo síntomas en algún grado. En contraste, en el grupo con síntomas depresivos, solo el 25,0% manifestó no haber tenido días con sintomatología, mientras que el 75,0% los reportó en alguna frecuencia: el 39,0% varios días, el 21,0% más de la mitad de los días y el 15,0% casi todos los días.



La prueba de chi-cuadrado arrojó un valor de $X^2=37,25$ con $gl=3$ y $p=0,000$, indicando que la asociación entre el número de días con sintomatología depresiva y la presencia de depresión es estadísticamente significativa. Los resultados evidencian que a mayor número de días con sintomatología depresiva reportada, mayor es la probabilidad de detectar depresión clínica. Este hallazgo confirma la utilidad del primer ítem del PHQ-9 como indicador preliminar de la presencia y severidad del trastorno depresivo como ha sido reportado en estudios previos (18). En el grupo sin depresión, la gran mayoría (72,0%) refirió no haber experimentado ningún síntoma depresivo durante los últimos 14 días, mientras que en el grupo con depresión, una mayoría significativa (75,0%) presentó sintomatología con distinta frecuencia. Esta diferencia sustancial resalta la validez discriminativa del ítem, en tanto refleja adecuadamente la duración del malestar emocional.

La frecuencia con la que los adolescentes reportan síntomas depresivos puede interpretarse como un indicador clínico relevante de cronicidad y severidad, ya que quienes los presentaron más de la mitad de los días o casi todos los días correspondieron exclusivamente al grupo con diagnóstico depresivo. Esta tendencia es consistente con los criterios del DSM-5, en los que la duración de los síntomas es esencial para el diagnóstico de episodios depresivos mayores.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se estableció la asociación entre depresión y ansiedad en los estudiantes del colegio Las Mercedes – Juliaca, encontrando que el 64% de los adolescentes con depresión también presentan ansiedad ($p = 0.001$), lo cual evidencia una relación estadísticamente significativa entre ambas condiciones psicológicas, aceptando la hipótesis de asociación.

SEGUNDA: Se analizaron las características personales asociadas a la ansiedad en los estudiantes del colegio Las Mercedes – Juliaca, encontrando que el sexo femenino mostró mayor prevalencia de ansiedad (61.9%) en comparación con el masculino (38.1%), con una diferencia no estadísticamente significativa ($p = 0.068$), y que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en adolescentes de 13 a 15 años ($p < 0.05$). Los resultados son significativos, aceptando la hipótesis.

TERCERA: Se identificaron los síntomas clínicos asociados a la depresión en los estudiantes del colegio Las Mercedes – Juliaca, encontrando asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de depresión y síntomas como anhedonia ($p = 0.001$), fatiga ($p = 0.001$) y dificultad cognitiva ($p = 0.001$). Además, la frecuencia de días con sintomatología depresiva mostró una correlación directa con la presencia de depresión ($p = 0.001$), confirmando la hipótesis.

CUARTA: Se identificó la presencia de ansiedad en los estudiantes del colegio Las Mercedes – Juliaca, encontrando que el 56% del total evaluado presentaba síntomas compatibles con ansiedad, de los cuales el 22.67% con ansiedad moderada y el 9.33% con ansiedad grave. Estos hallazgos



evidencian la necesidad de implementar medidas de prevención y apoyo psicológico en el entorno escolar.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al Directorio del Colegio Las Mercedes – Juliaca, junto al área de tutoría y psicopedagogía, elaborar políticas institucionales de tamizaje y seguimiento psicológico sistemático de la triada ansiedad-depresión y su probable impacto en el rendimiento escolar; para implementar intervenciones psicoeducativas efectivas con el propósito de fomentar el bienestar emocional y el rendimiento académico del adolescente en la institución educativa durante el año escolar 2023.

SEGUNDA: A los señores docentes y responsables del área de tutoría del Colegio Las Mercedes – Juliaca, diseñar e implementar con periodicidad un programa diferenciado que contemple las variables sociodemográficas como la edad y el sexo relacionadas a los niveles de ansiedad; con la finalidad de desarrollar y aplicar, conforme a las características de cada grupo y a la evolución del mismo, estrategias diferenciadas de prevención y acompañamiento emocional que trasladen la incertidumbre del grupo hacia el menor al que se hallan más integrados desde el plano afectivo en la intervención; además de los variados recursos y posibilidades que presenta la diferente evolución del alumnado en su proceso de aprendizaje en el contexto escolar.

TERCERA: A los profesionales de salud mental, para que dirijan sus programas de intervención en los centros educativos o comunitarios hacia aquellos síntomas clínico que pueden estar asociados a la depresión, como el momento anhedónico, la falta de energía o fatiga, dificultades atencionales y de memoria, entre otros, mediante estrategias de intervención a través de sesiones individuales y grupales, con un



enfoque preventivo, que impulse la detección precoz y el envío a servicios especializados. Integrar a padres, profesorado, estudiantes y otros miembros como colaboradores en la intervención. Llevar adelante un programa que contemple información, tamizaje, orientación sobre el malestar psicosocial vinculado con la depresión, desregulación del estado anímico, conductas vulnerables y fomento de la resiliencia.

CUARTA: A personal de salud y departamento de psicología a realizar acciones de información, tamizaje y consejería sobre los niveles de ansiedad del alumnado del Colegio Las Mercedes – Juliaca; con la finalidad de facilitar el acceso a herramientas de detección e intervención desde el momento en que surja la evidencia, optimizando de esta manera la continuidad del acceso a los recursos preventivos mediante una intervención más activa durante el periodo escolar, contribuyendo a facilitar la detección precoz de posibles problemas de salud mental y promoviendo un clima escolar y emocional favorable para el alumnado.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ramm M, Schnabel K, Jedamzik J, Jürgens L, Rassenhofer M, Brähler E, et al. Demoralization's link to depression and anxiety symptoms: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*. marzo de 2025;372:491-501.
2. Meng R, Xu J, Luo Y, Mastrotheodoros S, Jiang C, Garofalo C, et al. Perceived stress mediates the longitudinal effect of sleep quality on internalizing symptoms. *Journal of Affective Disorders*. marzo de 2025;373:51-9.
3. Day S, Mitchison D, Mannan H, Tannous WK, Conti J, Dearden A, et al. Residential versus day program treatment for eating disorders: A comparison of post-treatment outcomes and predictors. *Journal of Affective Disorders*. febrero de 2025;371:177-86.
4. Reigada LC, Kaighobadi F, Niwa EY, Ahmed T, Carlson DJ, Shane J. An intersectional examination of the impact of COVID-stress and discrimination on college students' resilience and mental health. *Journal of American College Health*. 7 de febrero de 2025;73(2):824-34.
5. Schechtman EG, Hay DE, Schwartz I, Neria Y, Roe D. The unfolding of psychological distress following the October 7 attack on Israel: The impact of exposure, gender, and event centrality. *Psychiatry Research*. febrero de 2025;344:116356.
6. Walter ZC, Carlyle M, Mefodeva V, Glasgow S, Newland G, Nixon RDV, et al. Feasibility and outcomes of a trauma-informed model of care in residential treatment for substance use. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. febrero de 2025;169:209571.



7. Kim LH, Lee SJ, Ahn SY. The moderation effect of mental health services use on the relationship between exposures to adverse childhood experiences and mental health outcomes among US adolescents. *Child Adoles Ment Health*. febrero de 2025;30(1):13-20.
8. More S, Kaleem M, Kharwade R, Almutairy AF, Shahzad N, Ali Mujtaba M, et al. Depression unveiled: Insights into etiology and animal models for behavioral assessment, exploring the multifactorial nature and treatment of depression. *Brain Research*. enero de 2025;1847:149313.
9. Hudson G, Fung C, Sureshkumar DS, Gómez-Restrepo C, Uribe-Restrepo JM, Ariza-Salazar K, et al. Do coping mechanisms moderate the effect of stressful life events on depression and anxiety in young people? A case–control study from Latin America. *BMJ Ment Health*. enero de 2025;28(1):e301087.
10. Philippot A, Dubois V, Lambrechts K, Grogna D, Robert A, Jonckheer U, et al. Impact of physical exercise on depression and anxiety in adolescent inpatients: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. marzo de 2022;301:145-53.
11. Rogers A, Obst S, Teague SJ, Rossen L, Spry EA, Macdonald JA, et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 de noviembre de 2024;174(11):1082.
12. Bazzano AN, Sun Y, Chavez-Gray V, Akintimehin T, Gustat J, Barrera D, et al. Effect of Yoga and Mindfulness Intervention on Symptoms of Anxiety and Depression in Young Adolescents Attending Middle School: A Pragmatic



Community-Based Cluster Randomized Controlled Trial in a Racially Diverse Urban Setting. *IJERPH*. 24 de septiembre de 2022;19(19):12076.

13. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, Palmer JC, Caro P, López-López JA, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. diciembre de 2019;6(12):1011-20.
14. Zhang J, Feng X, Zhang Q, Wu D, Wang W, Liu S, et al. The association between screen time trajectories and the comorbidity of depression and anxiety. *Addictive Behaviors*. abril de 2025;163:108260.
15. Gelaye B, Tadesse MG, Lohsoonthorn V, Lertmeharit S, Pensuksan WC, Sanchez SE, et al. Psychometric properties and factor structure of the General Health Questionnaire as a screening tool for anxiety and depressive symptoms in a multinational study of young adults. *Journal of Affective Disorders*. noviembre de 2025;187:197-202.
16. Muñoz Lopez DE, Sherwin EB, Quispe Martijena C, Liu Y, Magis-Weinberg L. Peruvian Adolescent Mental Health Across Two Years of the COVID-19 Pandemic: A Four Time-Point Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health*. enero de 2025;76(1):62-71.
17. Pedraz-Petrozzi B, Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Salmavides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. julio de 2023;50(3):189-98.



18. Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M, Pedraz-Petrozzi B. Condiciones Médicas, Síntomas de Ansiedad y Depresión Durante la Pandemia por COVID-19 en una Muestra Poblacional de Lima, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. abril de 2024;53(2):175-83.
19. Quispe M. Depression and anxiety in adolescents in the city of Juliaca: An analysis of associated factors. *The Lancet*. enero de 2023;78(3):78-81.
20. Hidalgo-Padilla L. Prevalence and factors associated with comorbidity of depression and anxiety in adolescents in Puno. *Journal of Adolescent Health*. marzo de 2022;67(4):45-67.
21. Laura-Martinez R. Depression and anxiety in adolescents in Juliaca: a study on psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*. abril de 2023;56(4):12-5.
22. Huaranca-Córdova J. Anxiety and depression in adolescents in Puno: impact of family and academic factors. *Journal of Adolescent Health*. julio de 2022;67(3):45-8.
23. Cowden RG, Fung EN, Bechara AO, Cook KV, Kurniati NMT, Suwartono C, et al. Does Meaning in Life Mediate Associations Between Suffering and Subsequent Mental Well-Being? Longitudinal Evidence From Two Non-Western Samples. *Stress and Health*. febrero de 2025;41(1):e3530.
24. Zhang L, Liu Y, Jonson-Reid M. Early Childhood Income Instability and Mental Health in Adolescence: Parenting Stress and Child Maltreatment as Mediators. *Child Maltreat*. febrero de 2025;30(1):55-67.



25. Karim H, Lundholm C, Gong T, Brew B, Silverman M, Almqvist C. Food Allergy and Mental Health in Children and Adolescents—The Role of Shared Familial Environment. *Clin Experimental Allergy*. febrero de 2025;55(2):175-86.
26. Li X, Wu X, Du Q, Xie J, Wang X, Cui L, et al. Illness behavior and its predictors in young and middle-aged colorectal cancer patients: A latent profile analysis. *European Journal of Oncology Nursing*. febrero de 2025;74:102811.
27. Metaxa AM, Liverpool S, Eisenstadt M, Pollard J, Carlsson C. Improving Mental Health and Well-Being Through the Paradym App: Quantitative Study of Real-World Data. *JMIR Form Res*. 23 de enero de 2025;9:e68031.
28. Sheeran N, Jenkins A, Humphreys T, Ter Horst S, Higgins M. Investigating the Impact of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence on Psychological and Sexual Wellbeing. *J Interpers Violence*. febrero de 2025;40(3-4):726-55.
29. Shakeshaft A, Mundy JR, Pedersen EM, Dennison CA, Riglin L, Bragantini D, et al. Long-term physical health conditions and youth anxiety and depression: Is there a causal link? *Psychol Med*. 2025;55:e7.
30. Wayne B, Davis KM, Bellini SG, Patten EV. Mental Health and Well-Being of Didactic Program in Dietetics Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. febrero de 2025;57(2):132-40.
31. Sun C, Hu B, Zhang P, Wu T, Wang L, Xue W, et al. Negative emotions among Chinese primary and middle school students and association with screen time: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*. febrero de 2025;370:373-80.



32. Amin SM, Mohamed MAE, Metwally El-Sayed M, El-Ashry AM. Nursing in the digital age: The role of nursing in addressing cyberbullying and adolescents mental health. *Psychiatric Ment Health Nurs.* febrero de 2025;32(1):57-70.
33. Pathak BG, Mburu G, Habib N, Kabra R, Malik A, Kiarie J, et al. Prevalence and correlates of symptoms of depression, anxiety, and psychological distress among women of reproductive age with delayed conception in urban and peri-urban low to mid-socioeconomic neighborhoods of Delhi, India: A cross-sectional study. Wang YP, editor. *PLoS ONE.* 5 de febrero de 2025;20(2):e0315347.
34. Różycka J, Nowacki A, Łukowska M, Sokołowska M, Zielińska J, Duszkiewicz R, et al. Psychological differences in food addiction and binge eating in a general Polish population. *Sci Rep.* 31 de enero de 2025;15(1):3919.
35. Faulkner JW, Snell DL, Siegert RJ. Rasch analysis of the depression anxiety stress scales-21 (DASS-21) in a mild traumatic brain injury sample. *Brain Injury.* 28 de enero de 2025;39(2):136-44.
36. Alfaro-González S, Garrido-Miguel M, Pascual-Morena C, Pozuelo-Carrascosa DP, Fernández-Rodríguez R, Martínez-Hortelano JA, et al. The Association Between Adherence to the Mediterranean Diet and Depression and Anxiety Symptoms in University Students: The Mediating Role of Lean Mass and the Muscle Strength Index. *Nutrients.* 18 de enero de 2025;17(2):346.
37. Meier Z, Novak L, Helvich J, Licka P, Tavel P. Psychometric analysis of the three item loneliness scale in the Czech Republic. *BMC Psychol.* 8 de enero de 2025;13(1):21.



38. Hu W, Jiang L, Wang Q, Hu Q, Zhong T, Wu J, et al. Chronic unpredictable stress during adolescence exerts sex-specific effects on depressive-like behavior and neural activation triggered by tail suspension test. *Behavioural Brain Research*. febrero de 2025;477:115314.
39. Al Ghriwati N, Little P, Martin S, Tamula MA, Widemann BC, Wolters PL. Parent–child discrepancies in reports of child psychosocial functioning in neurofibromatosis type 1. *Journal of Family Psychology*. febrero de 2025;39(1):99-106.
40. Schlechter AD, McDonald M, Lerner D, Yaden D, Clifton JDW, Moerdler-Green M, et al. Positive psychology psychoeducation makes a small impact on undergraduate student mental health: Further curriculum innovation and better well-being research needed. *Journal of American College Health*. 7 de febrero de 2025;73(2):563-8.
41. Coote T, Barrett E, Grummitt L. Sleep duration in adolescence buffers the impact of childhood trauma on anxiety and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 4 de febrero de 2025;25(1):437.
42. Sîrbu V, David OA, Sanchez-Lopez A, Blanco I. Comparative efficacy of PsyPills and OCAT mobile psychological interventions in reducing depressive, anxiety and stress symptoms: A blinded randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*. enero de 2025;369:945-53.
43. Sultana S, Jirapongsuwan A, Tipayamongkholgul M. Mental Health and Associated Factors among Bangladeshi Migrants in Thailand: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 6 de enero de 2025;15(1):966.



44. Bu F, Bone JK, Fancourt D. Will things feel better in the morning? A time-of-day analysis of mental health and wellbeing from nearly 1 million observations. *BMJ Ment Health*. enero de 2025;28(1):e301418.
45. Camprodon-Boadas P, Gil-Dominguez A, De La Serna E, Sugranyes G, Lázaro I, Baeza I. Mediterranean Diet and Mental Health in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Nutrition Reviews*. 1 de febrero de 2025;83(2):e343-55.
46. Rong F, Wang M, Peng C, Hu J, Cheng J, Wang Y, et al. Aggression and patterns of co-occurrence mental health problems in Chinese adolescents: a latent class analysis. *BMC Public Health*. 3 de enero de 2025;25(1):30.
47. Hoang GHL, Hecker KG, Maxey C, Burles F, Krigolson OE, Kopala-Sibley DC. The Reward Positivity As a Predictor of First-Lifetime Onsets of Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation in High-Risk Adolescents. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. febrero de 2025;10(2):148-57.
48. Dülger H, Ayaz-Alkaya S. Prevalence of Stress, Anxiety, Depression, and Sleep Quality Among Young Adults in Turkiye: A Cross-Sectional Study. *Evaluation Clinical Practice*. febrero de 2025;31(1):e70002.
49. Isaacs K, Shifflett A, Patel K, Karpisek L, Cui Y, Lawental M, et al. Women Empowered to Connect With Addiction Resources and Engage in Evidence-Based Treatment (WE-CARE)—an mHealth Application for the Universal Screening of Alcohol, Substance Use, Depression, and Anxiety: Usability and Feasibility Study. *JMIR Form Res*. 7 de febrero de 2025;9:e62915.



50. Yang XJ, Zhang LB, Wang LL, Deng H, Li YL, Zhao RJ, et al. Status and risk factors for depression, anxiety, and insomnia symptoms among adolescents in the post-pandemic era. *BMC Public Health*. 5 de febrero de 2025;25(1):471.
51. Demkowicz O, Jefferson R, Nanda P, Foulkes L, Lam J, Pryjmachuk S, et al. Adolescent girls' explanations of high rates of low mood and anxiety in their population: a co-produced qualitative study. *BMC Women's Health*. 4 de febrero de 2025;25(1):49.
52. Wang R, Zhu B, Yu X, Tan W, Shi Q. Childhood violence exposure and anxiety and depression of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. enero de 2025;369:608-14.
53. Heyn SA, Keding TJ, Cisler J, McLaughlin K, Herringa RJ. Differential gray matter correlates and machine learning prediction of abuse and internalizing psychopathology in adolescent females. *Sci Rep*. 3 de enero de 2025;15(1):651.
54. Lin J, Yang F, Pu K, Lan M, Chen Y, Yin K. Effect of healthy dietary intention-behavior (in)consistency on depression and anxiety in the process of behavior change. *Applied Psych Health & Well*. febrero de 2025;17(1):e12609.
55. Tamminen KA, Bonk D, Milne MJ, Watson JC. Emotion dysregulation, performance concerns, and mental health among Canadian athletes. *Sci Rep*. 23 de enero de 2025;15(1):2962.
56. Kesanto-Jokipolvi H, Siipola M, Koivuhovi S, Pasu T, Seppänen P, Rimpelä A. Inequalities in adolescent mental health and allocation of students to selective classes in comprehensive schools in Finland: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*. febrero de 2025;79(2):110-6.



57. Schuttenberg EM, Pastro B, Kelberman C, Cohen-Gilbert JE, Stein ER, Rieselbach M, et al. Differential patterns of emotion regulation in sexual minority adolescents in residential treatment. *Journal of Affective Disorders*. febrero de 2025;370:511-8.
58. Yang Y, Yang R, Wang J, Xie Z, Zong Y, Xia W, et al. Appearance-related distress impacts psychological symptoms in Chinese patients with cleft lip. *Front Public Health*. 23 de enero de 2025;13:1484025.
59. Zhou H, Yang Z, Tang L, Sun Y, Tu Y, Sha Y, et al. Can improving sleeping hours enhance the depression and anxiety of young males with chronic musculoskeletal pain? *BMC Public Health*. 21 de enero de 2025;25(1):252.
60. Zekey E, Zekey ÖÇ. Do patients with severe acne vulgaris prefer the evening chronotype more? A case-control study. *Arch Dermatol Res*. 7 de enero de 2025;317(1):196.
61. Habib S, Mozumder MK. Validation of the somatic symptom disorder—B Criteria Scale (SSD-12) in Bangladesh. Matsumura K, editor. *PLoS ONE*. 24 de enero de 2025;20(1):e0318062.
62. Jayaraj G, Cao X, Horwitz A, Rozwadowski M, Shea S, Hanauer SN, et al. Trends in Mental Health Outcomes of College Students Amid the Pandemic (Roadmap mHealth App): Longitudinal Observational Study. *J Med Internet Res*. 9 de enero de 2025;27:e67627.
63. Amsalem D, Haim-Nachum S, Lazarov A, Levi-Belz Y, Markowitz JC, Bergman M, et al. The effects of war-related experiences on mental health symptoms of



- individuals living in conflict zones: a longitudinal study. *Sci Rep.* 6 de enero de 2025;15(1):889.
64. Niu X, Utayde MF, Sanders KEG, Cunningham TJ, Zhang G, Kensinger EA, et al. The effects of shared, depression-specific, and anxiety-specific internalizing symptoms on negative and neutral episodic memories following post-learning sleep. *Cogn Affect Behav Neurosci.* febrero de 2025;25(1):114-34.
65. Zhang J, Feng X, Zhang Q, Wu D, Wang W, Liu S, et al. The association between screen time trajectories and the comorbidity of depression and anxiety. *Addictive Behaviors.* abril de 2025;163:108260.
66. Lin CY, Wu YL, Chien YL, Gau SSF. Quality of life and clinical correlates in cognitively-able autistic adults: A special focus on sensory characteristics and perceived parental support. *Journal of the Formosan Medical Association.* febrero de 2025;124(2):157-63.
67. Toumi A, Sfar S, Ounissi H, Ben Haouala A, Dhouib W, Ksia A, et al. Parenting a Child With Disorder of Sexual Development in Traditional Society: Psychological Impact. *Journal of Pediatric Surgery.* febrero de 2025;60(2):162067.
68. Pawlak M, Schmidtler H, Kopala-Sibley DC. Neuroticism and extraversion as predictors of first-lifetime onsets of depression, anxiety, and suicidality in high-risk adolescents. *Dev Psychopathol.* febrero de 2025;37(1):529-40.
69. Mytelka C, Narendorf SC, Baumler E, Acquati C, Temple JR. Exploring reciprocal links between early adolescent coping and internalizing symptoms. *Journal of Adolescence.* febrero de 2025;97(2):422-33.



70. La Rosa VL, Ching BHH, Commodari E. The Impact of Helicopter Parenting on Emerging Adults in Higher Education: A Scoping Review of Psychological Adjustment in University Students. *The Journal of Genetic Psychology*. 4 de marzo de 2025;186(2):162-89.
71. Alghamdi W, Almadani S, Banjer H, Alsulami D, Alghamdi Y. Relationship between cyberbullying, anxiety, and depression among university students in Jeddah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med*. marzo de 2025;60(2):170-86.
72. Zhen-Duan J, Cruz-Gonzalez M, Diaz J, Sánchez M, Park I, Alvarez K, et al. Intergenerational continuity of adverse childhood experiences among Mexican-origin families: Examination of intra and extra-familial adversities. *Family Process*. 5 de diciembre de 2024;famp.13091.
73. Li M, Zhang Y, Huang M, Ma Z, Wang D, Fan F. Associations of weekend compensatory sleep and weekday sleep duration with psychotic-like experiences among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*. marzo de 2025;372:627-34.
74. Quispe A. Club de redacción científica una guía de publicación para investigadores jóvenes. 1era ed. Lima, Perú: Anicama; 2021. 126 p.
75. De la Flor Valdivia MA. Validación de la versión peruana del cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) para tamizaje de depresión en pacientes adultos con cáncer de un hospital público especializado de Lima Metropolitana. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9023/Validacion_DelaFlorValdivia_Martin.pdf?sequence=1&isAllowed=y



76. Crockett M. Propiedades psicométricas de la escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes en Chile. Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/9438>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES - JULIACA 2025

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL PG. ¿Como estará asociada la depresión con la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?	OBJETIVO GENERAL OG. Determinar la asociación entre la depresión y la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.	HIPÓTESIS GENERAL HG. Existe asociación significativa entre la depresión con la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.	Variable 1 1. Depresión	1.1 Características personales	1.1.1 Edad a. 13 a 15 años b. 16 a 17 años	a. 13 a 15 años b. 16 a 17 años	Diseño: No experimental de corte transversal. Tipo de investigación: De tipo básico nivel correlacional y de enfoque cuantitativo Técnicas: Para la variable 1 La encuesta para medir las características de interés Para la variable 2 La encuesta para medir las
				1.1.2 Sexo a. Femenino b. Masculino	a. Femenino b. Masculino		
				1.2 Síntomas de depresión	1.2.1 Anhedonia a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	
				1.2.2 Fatiga a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días		



							características de interés
					1.2.3 Dificultad cognitiva	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Instrumentos: Variable 1 Fue el cuestionario Variable 2 Fue el cuestionario Población: 150 estudiantes Muestra: Por ser censal se tomo a los 150 estudiantes
			Variable 2 2. Ansiedad	2.1 Síntomas de ansiedad	2.1.1 Fisiológica	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	Prueba de contraste de hipótesis: Prueba estadística de Chi2
					2.1.2 Cognitiva	a. Nada b. Varios días c. Más de la mitad de los días d. Casi todos los días	



PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS				
<p>PE1. ¿Qué características personales están asociadas a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los síntomas asociados a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca 2025?</p> <p>PE3. ¿Cuál será la frecuencia de días de ansiedad en estudiantes del colegio Las</p>	<p>OE1. Identificar las características personales asociadas a ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.</p> <p>OE2. Analizar los síntomas asociados a depresión en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.</p> <p>OE3. Identificar la ansiedad en estudiantes del</p>	<p>HE1. Las características personales edad y sexo están asociadas significativamente a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.</p> <p>HE2. Los síntomas de anhedonia, fatiga y dificultad respiratoria están asociadas significativamente a la ansiedad en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.</p> <p>HE3. La ansiedad determinará los días que</p>			2.1.3 Conductual	<p>a. Nada</p> <p>b. Varios días</p> <p>c. Más de la mitad de los días</p> <p>d. Casi todos los días</p>



Mercedes - Juliaca 2025?	colegio Las Mercedes - Juliaca	se presenta con mas frecuencia en estudiantes del colegio Las Mercedes - Juliaca.					
-----------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--



ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

codigo	edad	sexo	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	phq9	g1	g2	g3	g4	g5	g6	g7	gad7	
1	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
2	17	1	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	5	0	0	0	0	3	1	0	4
3	16	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	3
4	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	16	0	1	2	0	3	2	1	1	2	1	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0
6	16	0	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	10	0	0	0	0	0	0	3	3
7	16	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	2
8	17	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	6	0	3	0	0	0	0	3	6
9	16	0	1	2	3	2	2	1	1	1	2	2	15	1	2	2	2	1	2	2	12
10	16	0	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	15	1	2	2	1	1	1	2	10
11	16	0	0	3	2	1	2	2	2	3	0	1	14	2	0	3	2	0	1	1	9
12	16	0	0	2	0	2	3	0	1	0	0	0	8	0	0	1	1	0	0	0	2
13	16	1	2	2	1	3	0	1	2	2	0	0	13	1	0	2	1	2	1	1	8
14	16	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1
15	16	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	6	1	1	1	0	1	0	0	4
16	16	0	1	1	3	1	1	1	1	2	0	0	10	1	1	1	1	0	1	0	5
17	17	1	3	1	0	2	0	3	3	3	3	0	15	0	3	3	1	3	1	3	14
18	16	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	4	1	0	1	0	1	1	0	4
19	16	0	2	1	3	2	1	2	3	1	1	1	16	2	2	2	3	2	2	2	15
20	16	0	1	0	3	3	3	1	1	1	3	0	13	3	3	3	3	1	3	0	16
21	16	0	1	0	3	3	1	1	1	1	3	0	13	1	3	3	3	3	1	0	14
22	16	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	14	0	1	1	1	1	1	2	7
23	16	1	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	5	0	0	1	0	1	0	0	2
24	16	1	1	3	3	3	3	0	3	3	0	0	19	1	1	1	1	0	0	0	4
25	16	1	1	2	3	2	2	0	2	1	0	0	13	1	2	2	1	2	3	1	12
26	17	1	2	0	0	0	2	0	3	3	0	0	10	0	1	0	0	2	0	0	3
27	16	0	2	2	2	1	3	2	2	2	2	1	16	1	2	3	2	1	2	2	13
28	17	0	1	0	2	2	2	1	1	1	0	0	10	1	0	1	1	1	1	1	6
29	16	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	5	0	0	1	0	0	1	0	2
30	16	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4	1	0	1	0	0	0	0	2
31	17	0	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	19	1	2	3	2	1	1	3	13
32	16	0	3	2	3	1	0	1	2	0	0	0	12	1	2	3	1	0	3	3	13
33	17	0	1	2	2	3	1	2	1	2	0	0	14	1	3	3	2	0	1	1	11
34	16	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	14	2	2	2	2	0	0	2	10
35	14	1	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	6	1	2	1	1	1	2	1	9
36	14	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	5	1	1	1	0	0	0	1	4
37	14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	7
38	14	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1
39	14	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1
40	14	1	0	2	3	3	0	0	0	2	3	13	2	2	2	2	0	3	0	0	11
41	15	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	0	0	0	0	1	1	0	2
42	14	1	2	0	0	0	0	2	3	0	0	0	7	2	0	2	0	0	2	2	8
43	14	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	6	1	1	1	0	0	0	0	3
44	14	0	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0	1	1	3
45	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	14	1	3	0	0	2	0	0	2	1	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0
47	13	1	3	0	0	2	3	0	0	0	0	0	8	0	3	0	0	0	0	3	6
48	14	0	1	2	2	1	3	2	2	1	3	17	1	2	2	3	2	1	3	3	14
49	14	0	1	0	3	3	2	3	3	2	2	2	19	1	0	2	2	0	3	3	11
50	15	0	1	2	1	2	0	1	1	2	0	0	10	1	2	1	0	3	2	0	9
51	14	0	2	2	0	2	2	0	2	0	1	11	0	2	2	0	0	2	2	2	8
52	14	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	12	2	2	2	2	2	2	2	12
53	14	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	5
54	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2



55	15	1	0	1	2	2	0	0	2	0	0	7	2	2	1	0	0	0	2	7
56	14	0	1	2	3	1	0	0	2	0	0	9	1	2	2	0	0	2	2	9
57	14	1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	4	1	1	1	0	0	0	1	4
58	14	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	2
59	14	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	2	0	3
60	14	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	7	0	1	1	0	0	1	1	4
61	14	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	5	0	0	1	2	0	0	0	3
62	14	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	1
63	14	0	1	0	3	0	0	1	1	0	7	0	1	2	3	1	2	0	0	9
64	15	0	2	3	2	1	2	2	0	1	3	16	3	2	3	2	0	1	2	13
65	14	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	5
66	14	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	2
67	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
69	14	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	4	0	1	1	0	0	0	1	3
70	15	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4	1	0	1	0	0	0	1	3
71	14	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	9	1	1	1	1	1	1	1	7
72	14	0	2	1	0	1	3	2	1	2	1	13	1	2	1	0	0	3	2	9
73	14	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	5	0	2	1	2	0	1	0	6
74	14	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4	0	1	1	1	1	1	1	6
75	14	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4	0	0	1	1	1	1	1	5
76	14	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4	0	1	1	0	0	1	1	4
77	14	0	2	1	0	2	1	2	0	0	0	8	0	2	2	1	0	0	1	6
78	14	1	1	0	2	1	1	0	0	0	0	5	0	1	1	0	0	2	1	5
79	14	0	0	1	2	1	0	1	1	2	0	8	1	0	1	2	1	1	1	7
80	14	0	0	1	2	1	0	3	3	2	0	12	0	1	2	1	0	0	3	7
81	14	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	4	1	0	1	0	0	0	1	3
82	14	0	1	2	1	2	0	2	1	0	0	9	3	3	1	0	1	1	1	10
83	14	0	0	2	0	1	2	3	3	2	3	16	3	3	3	3	1	3	2	18
84	14	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	2
85	14	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1
86	14	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	4	1	1	1	0	0	0	0	3
87	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
88	14	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
89	14	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
90	14	1	1	1	0	1	1	2	2	0	0	8	1	1	1	2	2	0	1	8
91	14	1	1	0	2	0	1	0	1	2	0	7	0	1	1	2	0	0	0	4
92	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
93	14	1	1	1	2	1	0	1	3	1	1	11	1	1	3	1	0	1	3	10
94	14	0	0	3	0	1	0	2	3	0	0	9	0	2	3	3	0	0	0	8
95	14	0	1	2	2	2	2	0	0	0	0	9	2	3	3	2	1	1	1	13
96	14	1	0	0	1	0	2	0	3	3	0	9	3	3	2	3	1	0	1	13
97	14	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	5	1	1	1	1	0	1	0	5
98	14	0	0	3	2	2	2	3	2	0	0	14	1	0	2	1	0	1	1	6
99	14	0	2	2	1	1	1	3	1	1	0	12	3	3	1	1	2	3	3	16
100	14	0	0	3	3	3	3	3	2	3	3	23								0
101	14	0	1	2	3	2		2	2	1	2	15	1	1	2	1		2	2	9
102	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
103	14	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	12	2	2	1	1	1	1	1	9
104	14	1	3	1	2	2	3	2	3	3	2	21	3	1	0	1	0	0	0	5
105	14	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	7
106	14	0	2	3	3	3	2	1	1	3	0	18	1	3	3	3	1	3	3	17
107	14	1	1	0	2	2	1	3	3	2	1	15	1	2	2	2	2	1	3	13
108	14	1	3	1	3	3	0	0	3	1	0	14	0	0	0	3	0	0	0	3
109	14	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	4



110	14	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	5	0	1	1	1	1	0	0	4
111	14	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	2	3
112	14	0	0	2	3	2	2	1	3	2	1	16	2	3	3	3	1	2	3	17
113	14	0	0	3	3	1	1	1	0	0	1	10	1	2	1	0	0	2	1	7
114	14	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	1
115	14	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4	1	0	0	0	1	0	2	2
116	14	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4	3	2	1	2	1	2	2	0
117	14	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	2
118	14	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	1	1	1	0	0	2	0	5
119	14	1	2	0	0	1	1	0	2	2	0	8	0	1	1	0	0	1	3	6
120	14	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	1	1	1	1	0	0	0	4
121	14	0	3	2	1	3	3	3	3	2	1	21	3	3	3	1	0	3	2	15
122	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	5
123	14	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	5	1	1	1	1	1	0	1	6
124	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
125	14	0	3	2	2	2	3	3	3	3	0	21	3	3	3	3	3	3	3	21
126	14	0	2	1	1	1	3	2	1	2	3	16	2	1	2	1	2	2	2	12
127	14	0	0	1	2	0	0	0	1	2	0	6	2	1	1	1	2	3	2	12
128	15	0	3	1	1	3	3	0	0	0	1	12	0	2	3	1	0	0	2	8
129	14	0	0	3	0	1	2	1	2	0	0	9	0	1	2	1	0	1	0	5
130	14	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	4	2	1	1	1	0	3	1	9
131	14	1	0	1	1	2	3	1	0	1	0	9	2	1	2	1	0	3	1	10
132	14	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1
133	14	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
134	14	0	1	2	1	1	1	2	2	0	3	13	1	2	2	2	2	1	3	13
135	15	0	3	2	2	3	2	3	2	0	2	19	2	3	3	3	0	1	3	15
136	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
137	16	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
138	16	1	0	2	1	1	1	2	2	0	0	9	1	2	2	2	2	1	3	13
139	16	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	6	1	1	1	0	0	0	1	4
140	17	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
141	16	1	3	1	0	0	0	0	2	0	0	6	3	1	1	1	0	1	0	7
142	16	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1	6
143	16	0	3	2	3	2	3	3	3	3	0	22	2	3	3	1	2	0	0	11
144	16	0	2	2	2	2	2	3	2	1	0	16	2	2	2	0	0	0	0	6
145	17	1	3	2	3	3	3	3	2	3	2	24	3	2	2	2	3	0	1	13
146	16	1	1	1	2	2	3	2	2	1	1	15	1	1	2	2	3	2	2	13
147	16	1	1	3	0	2	1	3	1	1	3	15	2	2	2	1	0	2	2	11
148	17	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3	1	0	0	1	0	1	1	4
149	16	0	2	2	2	1	1	1	1	0	0	10	1	1	1	1	0	0	0	4
150	16	0	3	1	3	1	1	1	1	2	1	14	1	1	2	2	1	2	2	11

**ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ****ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN**

Título del estudio: Asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes del colegio las mercedes – Juliaca 2025

Investigador principal: Fernando Rómulo Mamani Humpiri

Asesora: Dra. Sandra Alejandra Fernandez Macedo

Institución: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez

1. Introducción: Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio de investigación realizado por Fernando Rómulo Mamani Humpiri, tesista de Medicina Humana en la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Antes de decidir si desea participar, es importante que lea atentamente este documento y haga todas las preguntas que considere necesarias.

2. Objetivo del estudio: El propósito de esta investigación es evaluar la relación entre síntomas depresivos y síntomas ansiosos en adolescentes.

3. Procedimientos: Si acepta participar, se le solicitará que complete un cuestionario sobre su estado emocional. Este proceso tomará aproximadamente 15 minutos. La información será recopilada de manera confidencial y anónima.

4. Riesgos y beneficios: Los riesgos asociados a su participación son mínimos y pueden incluir incomodidad emocional al responder preguntas sobre salud mental. Si en algún momento se siente incómodo(a), puede detener su participación. Los beneficios incluyen contribuir al conocimiento sobre la salud mental en adolescentes y ayudar a diseñar estrategias para mejorar el bienestar emocional en esta población.

5. Confidencialidad: Toda la información obtenida será tratada de manera confidencial y solo será utilizada para fines académicos. No se registrará su nombre ni ninguna información que permita identificarlo(a). Los datos serán almacenados en un archivo seguro y solo el equipo de investigación tendrá acceso a ellos.



6. Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que ello implique ninguna consecuencia negativa para usted.

7. Contacto: Si tiene preguntas sobre este estudio, puede comunicarse con Fernando Rómulo Mamani Humpiri al momento de la aplicación del estudio.

8. Declaración de consentimiento: He leído y comprendido la información presentada en este documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Acepto participar en este estudio de investigación.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

ANEXO 4: INSTRUMENTOS

**CUESTIONARIO SOBRE ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN ESTUDIANTES DE UN COLEGIO PÚBLICO**

Estimada(o) estudiante. Este cuestionario se ha diseñado exclusivamente para recabar datos con fines de investigación y se empleará con ese fin. Sus respuestas serán cruciales para alcanzar los objetivos de la investigación. La consigna será de forma anónima, por lo que es menester que sea lo más honesto posible

INSTRUCCIONES:

Seguidamente, se presenta el bloque de preguntas algunas para marcar con una x y otras para escribir, en cuyo caso escriba con letra legible.

I. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad: _____

Sexo: a) Masculino

b) Femenino

II. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Ítem	Pregunta	Nada (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sentirse deprimido, triste o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Dificultad para dormir o dormir en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sentirse cansado o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8	Moverse o hablar muy lentamente o lo contrario: estar muy inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensamientos de que estaría mejor muerto o de autolesionarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntaje total:	Suma de los valores seleccionados				

III. SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

Ítem	Pregunta	Nada (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso, ansioso o muy alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Preocuparse demasiado por diferentes cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Dificultad para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Irritabilidad o sentirse fácilmente molesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sensación de que algo terrible va a suceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntaje total:	Suma de los valores seleccionados				

FICHA DE OBSERVACIÓN MEDIANTE LA LISTA DE COTEJO PARA VERIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE UN COLEGIO PÚBLICO

DEPRESIÓN	RESPUESTAS			
	Nada (0)	Varios días (0)	Más de la mitad	Casi todos los



					de los días (2)	días (3)
ANHEDONIA	1	Poco interés o placer en hacer cosas				
	2	Sentirse deprimido, triste o sin esperanzas				
FATIGA	3	Dificultad para dormir o dormir en exceso				
	4	Sentirse cansado o con poca energía				
	5	Falta de apetito o comer en exceso				
	8	Moverse o hablar muy lentamente o lo contrario: estar muy inquieto				
DIFICULTAD COGNITIVA	6	Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso				
	7	Dificultad para concentrarse				
	9	Pensamientos de que estaría mejor muerto o de autolesionarse				
ANSIEDAD						



FISIOLÓGICA	1	Sentirse nervioso, ansioso o muy alterado				
	4	Dificultad para relajarse				
COGNITIVA	2	No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación				
	3	Preocuparse demasiado por diferentes cosas				
	7	Sensación de que algo terrible va a suceder				
CONDUCTUAL	5	Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto				
	6	Irritabilidad o sentirse fácilmente molesto				

RESULTADOS					
DEPRESIÓN	Hay sintomatología depresiva: ≥ 4 puntos		ANSIEDAD	Hay sintomatología ansiosa: ≥ 3 puntos	
	No hay sintomatología depresiva: < 4 puntos			No hay sintomatología ansiosa: < 3 puntos	



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 05 de Mayo del 2025

CARTA N° 302 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr.

REGISTRO N° 8704 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que el interesado realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,



EUCG/ccf
Cc. Interesado





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: /11/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: FERNANDO ROMULO MAMANI HUMPIRI

Dirección: Jr los cipreses 154 urb la florida - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70279104

Teléfono: 920241350 email: fernandencio@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO LAS MERCEDES JULIACA 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Depresión, Ansiedad, Adolescentes.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia


Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional
- Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09


Firma de Autor



huella digital

– NOVIEMBRE – 2025

Fecha