



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Tesis

Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del
distrito de Cercado de Lima, 2024

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología**

Presentado por:

Autora: Soldevilla Flores, Fabiola Yaritza


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0522-9418>

Asesor: Dr. Reyes Callahuacho, David Tito

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7424-9261>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Fabiola Yaritza Soldevilla Flores egresado de la Facultad de Ciencias de la salud y Escuela Académica Profesional de Psicología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, 2024” Asesorado por el docente: David Tito Reyes Callahuacho DNI 08130324 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7424-9261> tiene un índice de similitud de 19 diecinueve % con código oid:14912:406075631 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.




.....
 Firma de autor 1
 Fabiola Yaritza Soldevilla Flores
 DNI: 47675874



.....
 Firma
 David Tito Reyes Callahuacho
 DNI: 08130324

Lima, 21 de octubre de 2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

Se tomaron en cuenta otros filtros como:

- Texto correspondiente a portada, índice y títulos de primer nivel, pues corresponden al formato propio de la Escuela para presentación de las tesis.
- Palabras de uso común como constructos psicológicos, nombres de instrumentos de medición y nombres de tipo, nivel, diseño y estadísticos, pues son elementos obligatorios a indicar para todas las tesis.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia que siempre confío en mí.

Agradecimiento

Agradezco primero a Dios por las oportunidades que me ha ofrecido, a mis padres que han sido pilares muy importantes en mi vida, mis hermanos que me apoyan incondicionalmente, mi abuela Juana con sus palabras de aliento y mi tío Rubén por ser como un segundo padre para mí.

Índice general

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problema específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica	5
1.4.3 Práctica	5
1.5 Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases Teóricas	11
2.3 Formulación de hipótesis	19
2.3.1. Hipótesis general	19

2.3.2. Hipótesis específicas	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1 Método de la investigación	20
3.2 Enfoque de la investigación	20
3.3 Tipo de investigación	20
3.4 Diseño de la investigación	21
3.5. Población, muestra y muestreo	21
3.6. Variables y operacionalización	24
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.7.1 Técnica	26
3.7.2 Descripción de instrumentos	26
3.7.3 Validación	27
3.7.4 Confiabilidad	28
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	29
3.9. Aspectos éticos	29
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	30
4.1 Resultados	30
4.1.1 Análisis descriptivos de resultados	30
4.1.2 Prueba de hipótesis	32
4.1.3 Discusión de resultados	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1 Conclusiones	38
5.2 Recomendaciones	38
REFERENCIAS	40

Índice de tablas

Tabla 1	Población	22
Tabla 2	Muestra	23
Tabla 3	Matriz de operacionalización de variables	25
Tabla 4	Interpretación de los resultados del BAI	27
Tabla 5	Interpretación de los resultados del BDI-II	28
Tabla 6	Distribución de la edad de los participantes	31
Tabla 7	Distribución del sexo de los participantes	31
Tabla 8	Distribución de la variable ansiedad y dimensiones	32
Tabla 9	Distribución de la variable depresión y dimensiones	32
Tabla 10	Prueba de ajuste de normalidad para las variables de estudio y dimensiones	33
Tabla 11	Correlación entre ansiedad y depresión en adultos	33
Tabla 12	Correlación entre ansiedad y somático-motivacional en adultos	34
Tabla 13	Correlación entre ansiedad y cognitivo en adultos	35

Resumen

En este estudio se presentó el objetivo de evaluar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. Para tal motivo, se delimitó un diseño no experimental, nivel correlacional, corte transversal, enfoque cuantitativo; para tales fines se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck-II, a un grupo de 341 adultos varones (44%) y mujeres (56%), con edades entre 18 y 64 años que pertenecen a un centro residencial del Cercado de Lima. A partir del análisis estadístico se encontró que la ansiedad y depresión se correlacionaron significativamente en intensidad alta y positiva ($\rho=0.88$, $p<0.05$), esto se replicó al evaluar la relación entre la ansiedad y las dimensiones somático-motivacional ($\rho=0.81$; $p<0.05$) y cognitivo ($\rho=0.82$; $p<0.05$). Se concluyó que, si la depresión en estos residentes aumenta, los niveles de ansiedad también lo harán de forma proporcional.

Palabras clave: ansiedad, depresión, adultos, cercado, relación.

Abstract

In this study, the objective of evaluating the relationship between anxiety and depression in adult residents of a residential condominium in the Cercado district of Lima was presented. For this reason, a non-experimental design, correlational level, cross-sectional, quantitative approach was defined; For this purpose, the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II were applied to a group of 341 adult males (44%) and females (56%), aged between 18 and 64 years who belonged to a residential center of Cercado de Lima. From the statistical analysis it was found that anxiety and depression were significantly correlated in high and positive intensity ($\rho=0.88$; $p<0.05$), this was replicated when evaluating the relationship between anxiety and the somatic-motivational dimensions ($\rho=0.81$; $p<0.05$) and cognitive ($\rho=0.82$; $p<0.05$). It was concluded that, if depression in these residents increases, anxiety levels will also increase proportionally.

Keywords: anxiety, depression, adults, fencing, relationship.

INTRODUCCIÓN

La depresión en adultos peruanos se ha convertido en un problema de salud pública significativo, dado que factores como la pobreza, el desempleo, la violencia y el acceso limitado a servicios de salud mental contribuyen a la alta prevalencia de esta enfermedad (Borja et al., 2019). Además, el estigma asociado a los trastornos mentales impide que muchas personas busquen la ayuda necesaria, agravando aún más la situación (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Es esencial desarrollar políticas públicas y programas de intervención eficaces para abordar esta creciente problemática y mejorar el bienestar de los peruanos afectados por la depresión.

El primer capítulo se dedicó a introducir y formular el problema, abordando los objetivos del estudio, explicando la motivación detrás de su realización y señalando las limitaciones presentes.

En el segundo capítulo, se analizaron los antecedentes tanto a nivel nacional como internacional, se presentaron los fundamentos teóricos que sustentan la investigación y se formularon las hipótesis correspondientes.

El tercer capítulo se enfocó en la metodología de la investigación, detallando aspectos como el enfoque, diseño, tipo y nivel del estudio, proporcionando información sobre la población estudiada, la selección de la muestra y la descripción del proceso de selección. También se explicaron los instrumentos utilizados junto con sus características psicométricas.

En el cuarto capítulo, se presentaron los resultados obtenidos, incluyendo datos descriptivos e inferenciales para evaluar las hipótesis planteadas, seguidos de una discusión correspondiente de dichos resultados.

Finalmente, el quinto capítulo consistió en presentar las conclusiones del estudio, acompañadas de recomendaciones pertinentes basadas en los hallazgos obtenidos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La depresión representa un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo debido a la gran prevalencia de esta condición en especial en la población adulta (Pérez et al., 2017). Tal como refiere, la Organización mundial de la Salud ([OMS], 2023) al indicar que aproximadamente 400 millones de adultos en todo el mundo sufren algún tipo de depresión caracterizado por una profunda tristeza; además indica que existe una predominancia de la mujer (6%) sobre el grupo de los varones (4%). Por su parte, la Organización mundial de la Salud ([OMS], 2017) manifiesta que cerca de 322 millones de personas en el mundo han reportado problemas de depresión, con una predominancia de la región de Asia (27%), seguido de la región del pacífico (21%), en menor medida Europa reporta un 12%, mientras que los países del continente americano el 15%.

Por otro lado, en Estados Unidos, la tasa de depresión fue del 7,1 % de la población adulta total; además, varios estudios han indicado un aumento en la prevalencia de la depresión mayor en diversas poblaciones durante el último siglo (Sequeira *et al.*, 2022). Asimismo, en el informe “La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas” realizado por la OMS y OPS (2018) en conjunto, se evidenció que en países como Paraguay (9.4%), Brasil (9.3%), Perú (8.6%) y Ecuador (8.3%) los niveles de depresión superaron la brecha de acción por parte del sistema de salud; si bien en regiones como Argentina (9.4%), Bolivia (9.4%), Uruguay (9.4%) y Venezuela (9.4%), los casos de depresión son menores, este se sigue considerando un problema de salud pública. Pomares et al. (2021) por su parte, en su estudio realizado con adultos en Cuba, encontró

que el 76% evidenció un nivel de depresión moderado y el 14% presentó un nivel severo. Por su parte, Ayala et al. (2021) hizo lo mismo en Paraguay, evidenciándose que más del 60% de los adultos presentaron síntomas severos de depresión.

En el Perú, el Ministerio de Salud del ([MINSAL], 2020) indica que la prevalencia de la depresión en la población adulta de Lima, es del 12 y 18 %, lo que contrasta con regiones como la sierra y selva donde presentaron prevalencias de 16.2% y 21.4% respectivamente. Además, en el Diario “El Peruano” (2023) se reportó que, durante el año 2022, se registraron más de 1 millón de casos tratados de trastornos mentales, de los cuales el 19.21% fue relacionados a la depresión, tristeza y ansiedad. Por su parte, el Ministerio de Salud (2023) reportó que la depresión ocupó el top 10 de enfermedades de salud pública, mientras que Tacna, San Martín, Lima y Moquegua fueron las regiones con mayores tasas, del 4.1%, 4%, 3.6% y 3.5% respectivamente. Asimismo, Torres y Torres (2023) en su estudio llevado a cabo en 4147 adultos, encontrando que el 13.1% presentó síntomas de depresión y el 78% presentó un riesgo de desarrollar este problema, con una prevalencia de las mujeres (16%) sobre los varones (10.7%). Además, León (2021) evaluó la depresión en adultos limeños, hallando que el 42.3% desarrolló niveles moderados de depresión y el 18.3% síntomas severos.

La relación entre la ansiedad y la depresión es compleja y significativa, con interacciones a nivel psicológico, social y de salud, ya que ambos trastornos comparten síntomas y a menudo coexisten en las mismas personas (Chacón *et al.*, 2021). A nivel psicológico, la ansiedad puede llevar a sentimientos de desesperanza y desvalorización propios de la depresión, y la depresión puede generar preocupaciones y temores constantes asociados con la ansiedad, creando un ciclo negativo que agrava ambos trastornos (Santamaria, 2022).

Esta información cobra relevancia porque también existe alta prevalencia de

ansiedad en los adultos. Bajo esta línea, Medina (2022) encontró que, de un grupo de 100 adultos en Ecuador, el 71% evidenció un nivel de ansiedad alto, seguido del 19% que lo presentaron en niveles moderados. De igual manera, Huitrón et al. (2022) en México, halló que, de un grupo de 170 adultos, el 35.3% evidenció un nivel de ansiedad moderado-alto, caracterizándose por síntomas de preocupación intensa, impulsividad y angustia. En el ámbito nacional, Huarcaya et. al (2022), llevó a cabo un estudio para evaluar la prevalencia de múltiples problemas mentales en adultos peruanos, encontrando que el 24.8% evidenció ansiedad moderado y el 6.1% un nivel elevado de ansiedad. Asimismo, en la investigación de Moya (2022) encuestaron a adultos en la ciudad de Lima, hallando que 20.5% demostró un grado moderado-severo de ansiedad y el 7.2% un nivel severo de dicho problema.

Si el incremento de la depresión y ansiedad en los adultos continúa sin una intervención efectiva, se presentarán diferentes consecuencias. En el ámbito laboral, se observaría una disminución significativa en la productividad, aumentando el ausentismo laboral, esto podría llevar a una menor competitividad en el mercado global. A nivel social, el incremento de estas afecciones podría aumentar la carga sobre el sistema de salud, elevando los costos y reduciendo la disponibilidad de recursos para otras áreas críticas. Además, el impacto en la calidad de vida podría ser devastador, con un posible aumento en las tasas de suicidio, rupturas familiares, y una mayor incidencia de problemas de abuso de sustancias.

Por lo tanto, este estudio adquiere relevancia e importancia, ya que buscó investigar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos buscando mejorar el panorama de esta problemática, tomando como base lo mencionado previamente.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024?

1.2.2 Problema específicos

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024?
3. ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024?
4. ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Evaluar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024

1.3.2 Objetivos específicos

1. Conocer el nivel de ansiedad en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024.
2. Conocer el nivel de depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024.
3. Evaluar la relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la

depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024.

4. Evaluar la relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Este estudio se fundamentó en una investigación exhaustiva y revisión detallada de los conceptos científicos relevantes, con el propósito de ampliar la comprensión sobre las variables, así como de investigaciones anteriores que brinden un marco científico apropiado. En este contexto, se han considerado la Teoría de ansiedad de Ellis y la Teoría cognitiva de la depresión de Beck. De este modo, se buscó validar la aplicabilidad de estos modelos teóricos y asegurar que expliquen de manera precisa las variables bajo estudio.

1.4.2 Metodológica

En este estudio se utilizaron instrumentos adaptados a la realidad peruana y que cuentan con validez y confiabilidad óptimas para su uso, estos fueron: el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck adaptados por Nima (2023) y Barreda (2019) respectivamente. Estos instrumentos fueron seleccionados debido a su facilidad de aplicación y rápida ejecución, lo que permite obtener resultados en un corto periodo de tiempo. Además, estuvieron validados específicamente para la población indicada y cuentan con baremos apropiados para su interpretación.

1.4.3 Práctica

Comprender la relación entre la ansiedad y depresión en adultos puede ser clave para promover la salud mental y desarrollar intervenciones preventivas efectivas. Este

estudio contribuye al campo científico y a la sociedad al proporcionar de una investigación confiable y actualizada acerca del estado mental de la población adulta, es así que a partir de esto se podrán diseñar programas de prevención de la formación de la ansiedad y depresión; así como talleres de intervención enfocados en disminuir los síntomas de estos problemas.

1.5 Limitaciones de la investigación

Las principales limitaciones estuvieron enfocados al marco muestral, lo cual fue en un condominio, por lo que los resultados expuestos solo pueden representar la realidad de este grupo. Otra limitación, fue el acceso a la muestra, lo cual representa un esfuerzo dado que los residentes se mostraron reticentes a completar los cuestionarios, por lo que fue necesario una etapa previa de concientización con respecto a los fines del mismo. Asimismo, se debe tomar en cuenta que las medidas provienen de instrumentos tipo autoinforme, donde las unidades de la muestra responden en base a una opinión o percepción personal, aunque se cuidó que estos instrumentos cuenten con las razonables propiedades psicométricas para su uso.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Internacionales

Macas et al. (2023) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la relación entre el estrés, ansiedad y depresión en adultos de Ecuador. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 384 adultos del centro poblado Santo Domingo de los Colorados, a quienes se les encuestó con la Escala de ansiedad, depresión y estrés (DASS-21). En función a ello, se halló que el 3.1% demostró signos claros de depresión y el 14.8% hizo lo propio respecto a la ansiedad; además, se encontró que la ansiedad se correlaciona significativamente de intensidad baja y positiva con la depresión ($\rho=0.24$; $p<0.01$) y el estrés ($\rho=0.18$; $p<0.05$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de estrés y depresión.

Carrillo et al. (2022) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la relación entre la soledad, ansiedad y depresión en adultos de México. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 157 adultos que laboran en un centro asistencial, a quienes se les encuestó con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y la Escala de soledad de UCLA. En función a ello, se halló que el 27% demostró signos claros de depresión y el 4.7% hizo lo propio respecto a la ansiedad; además, se encontró que la ansiedad y depresión se correlacionan significativamente de intensidad baja y positiva ($\rho=0.16$; $p<0.01$); asimismo, la soledad se correlacionó significativamente con la ansiedad ($\rho=0.39$;

$p < 0.01$) y depresión ($\rho = 0.33$; $p < 0.01$);. Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Ayala et al. (2021) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la relación entre la inteligencia emocional, ansiedad y depresión en adultos de 18 a 31 años en Paraguay. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 276 adultos de un centro estudiantil en Asunción, a quienes se les encuestó con el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), el Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) y el Cuestionario de inteligencia emocional (TMMS-24). En función a ello, se halló que el 18.1% evidenció un nivel moderado de depresión y el 12.3% un grado severo de ansiedad; además, se encontró que la ansiedad y depresión se correlacionan significativamente de intensidad moderada y positiva ($\rho = 0.60$; $p < 0.01$); en este sentido, también se encontró que la ansiedad se correlacionó con la dimensión somático-motivacional ($\rho = 0.55$; $p < 0.01$) y con la dimensión cognitivo ($\rho = 0.59$; $p < 0.01$). Por otro lado, se encontró que la inteligencia emocional se correlacionó con la ansiedad ($\rho = -0.24$; $p < 0.01$) y depresión ($\rho = -0.26$; $p < 0.01$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Vinaccia y Ortega (2020) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos de Colombia. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 6224 adultos de un centro estudiantil, a quienes se les encuestó con la Escala PROMIS de ansiedad y la Escala PROMIS de depresión. En función a ello, se halló que el 27.8% demostró signos claros de depresión y el 14% hizo lo propio respecto a la ansiedad; además, se encontró que la ansiedad y depresión se correlacionan significativamente ($\rho = 0.54$; $p < 0.01$) de intensidad moderada y positiva. Se concluyó

que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Duran et al. (2020) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la relación entre la función cognitiva, dependencia funcional, ansiedad y depresión en adultos de México. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 98 adultos de un centro médico, a quienes se les encuestó con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el Test de Evaluación Cognitiva de Montreal y el Índice de Barthel. En función a ello, se halló que el 26.5% demostró signos claros de depresión y el 13.3% hizo lo propio respecto a la ansiedad; además, se encontró que la ansiedad y depresión se correlacionan significativamente de intensidad moderada y positiva ($\rho=0.41$; $p<0.01$); asimismo, la dependencia funcional se correlacionó con la depresión ($\rho=-0.41$; $p<0.01$), ansiedad ($\rho=-0.25$; $p<0.01$) y función cognitiva ($\rho=0.31$; $p<0.01$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Nacionales

Estrada (2023) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la depresión, ansiedad y estrés en adultos estudiantes en Lima. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 261 adultos de la ciudad capital, a quienes se les encuestó con la Escala de depresión de Zung. En función a ello, se halló que el 66% demostró signos claros de depresión y el 28% hizo lo propio respecto a la ansiedad; por otro lado, no se encontró relación significativa entre la ansiedad y depresión ($p>0.05$), caso similar ocurrió entre el estrés y la ansiedad ($p>0.05$) y depresión ($p>0.05$). Esto derivó en la conclusión que una elevada ansiedad en los adultos no representa necesariamente un incremento de la depresión.

Leiva et al. (2022) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar

la depresión y ansiedad en jóvenes estudiantes en Lima. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 110 adultos que estudian en una universidad privada de Lima, a quienes se les encuestó con el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck. En función a ello, se halló que el 13.6% demostró signos claros de depresión y el 32.7% hizo lo propio respecto a la ansiedad; por otro lado, no se encontró relación significativa entre la ansiedad y depresión ($p>0.05$); además, se encontró que la ansiedad no se correlacionó con la dimensión somático-motivacional ($p>0.05$) y con la dimensión cognitivo ($p>0.05$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Saavedra y Astuquipan (2022) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la depresión y ansiedad en adultos pacientes de un centro médico en Lima. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 200 adultos de 18 años a más en la ciudad de Lima, a quienes se les encuestó con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). En función a ello, se halló que el 49% demostró signos claros de depresión y el 19% hizo lo propio respecto a la ansiedad; por otro lado, se encontró relación significativa entre la ansiedad y depresión positiva y débil ($\rho=0.18$; $p<0.05$); asimismo, se encontró que la ansiedad se correlacionó con la dimensión somático ($\rho=0.22$; $p<0.05$) y con la dimensión cognoscitivo ($\rho=0.31$; $p<0.05$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Luyo y Oyos (2022) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la depresión, estrés y ansiedad en adultos pobladores en la provincia del Callao. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 124 adultos, a quienes se les encuestó con la Escala de Depresión,

Ansiedad y Estrés (DASS-21). En función a ello, se halló que el 27.1% demostró signos claros de depresión y el 25.7% hizo lo propio respecto a la ansiedad; por otro lado, se encontró relación significativa entre la ansiedad y depresión moderada y débil ($\rho=0.44$; $p<0.05$); además, el estrés se correlacionó significativamente con la ansiedad ($\rho=0.28$; $p<0.05$) y depresión ($\rho=0.31$; $p<0.05$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

Silva y Luque (2022) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la depresión, satisfacción familiar y ansiedad en adultos de la ciudad de Lima. Para ello, se eligió un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y correlacional; determinando una muestra de 556 adultos de 18 a 65 años, a quienes se les encuestó con el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), el Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la Escala de Satisfacción Familiar (FSS). En función a ello, se halló que la ansiedad se relacionó significativamente con la depresión en intensidad moderada y débil ($\rho=0.38$; $p<0.01$) y con la satisfacción familiar ($\rho=0.16$; $p<0.01$). Se concluyó que si los adultos presentan un nivel elevado de ansiedad se incrementará proporcionalmente su nivel de depresión.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Ansiedad

Definición

Según Beck (1976), la ansiedad se centra en un estado emocional caracterizado por sentimientos de aprensión, tensión y preocupación, acompañados por síntomas cognitivos como pensamientos recurrentes sobre peligros potenciales y dificultades para concentrarse. Por su parte, Spielberg (1966) señala que la ansiedad se experimenta como malestar subjetivo acompañado de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y sensación de opresión en el pecho, asociados con la preocupación por eventos futuros. En

tanto que Clark (1986) indica que es un estado emocional negativo surge de la percepción de amenazas inminentes o la incapacidad para prever y controlar el futuro. Asimismo, Friedman y Rosenbaum (1987) refiere que la ansiedad es una capacidad adaptativa que permite preparar al individuo para enfrentar situaciones estresantes, niveles excesivos de ansiedad pueden interferir con el funcionamiento diario y generar malestar significativo

Por su parte, Barlow (2004) indica que es una respuesta emocional y fisiológica que se manifiesta con síntomas como inquietud, agitación, dificultad para concentrarse y tensión muscular en situaciones consideradas amenazantes o estresantes. Además, Kessler *et al.* (2005) manifiestan que la ansiedad es un grupo de sentimientos de aprensión, preocupación y miedo, junto con síntomas físicos como taquicardia, sudoración, temblores y dificultad para relajarse, caracterizan la experiencia de ansiedad. Finalmente, La American Psychological Association [APA] indica que la ansiedad se define como una compleja emoción que involucra sentimientos de tensión, preocupación y nerviosismo ante la anticipación de eventos futuros percibidos como amenazantes o desafiantes (2020).

Modelos teóricos

Teoría de la ansiedad de Ellis

Esta teoría desarrollada por Albert Ellis (1962), es parte fundamental de la terapia racional emotiva conductual (TREC) o terapia racional emotiva conductual (TREC). Ellis propuso que nuestros pensamientos irracionales y desadaptativos son la principal causa de la ansiedad y otras formas de malestar emocional. Esta teoría se basa en la premisa de que no son los eventos externos en sí mismos los que nos causan ansiedad, sino nuestras interpretaciones subjetivas y nuestras creencias irracionales sobre esos eventos.

Albert Ellis identificó una serie de creencias irracionales comunes que contribuyen a la ansiedad y otros problemas emocionales. Estas creencias incluyen:

1. **Demandas absolutas:** Pensamientos rígidos sobre cómo deben ser las cosas, como "Debo ser perfecto en todo", "La gente siempre debe tratarme con respeto".
2. **Catastrofización:** Tendencia a imaginar lo peor que podría pasar en situaciones difíciles o inciertas.
3. **Inferencia emocional:** Sacar conclusiones precipitadas basadas en emociones negativas, sin evidencia objetiva.
4. **Etiquetado global:** Autocalificarse o calificar a otros en términos absolutos, como "Soy un fracaso total", "Esa persona es horrible".
5. **Pensamiento polarizado:** Ver las cosas en términos extremos de blanco o negro, sin matices intermedios.

Ellis desarrolló un enfoque terapéutico para ayudar a las personas a identificar y cuestionar estas creencias irracionales. Su terapia se centra en el cambio cognitivo, ayudando a los clientes a reevaluar sus pensamientos y adoptar creencias más realistas y adaptativas. Este proceso se conoce como disputa racional, donde los terapeutas desafían activamente las creencias irracionales de los clientes a través de discusiones lógicas y ejercicios prácticos. El objetivo de la terapia basada en la teoría de la ansiedad de Ellis es reducir la ansiedad y mejorar el bienestar emocional al cambiar la forma en que las personas piensan sobre sí mismas, sobre los demás y sobre el mundo en general.

Teoría del Desbalance de Neurotransmisores de David Nutt (1998)

La teoría del desbalance de neurotransmisores propuesta por David Nutt en 1998 sugiere que los trastornos de ansiedad pueden ser el resultado de desequilibrios en ciertos neurotransmisores del cerebro. Los neurotransmisores son sustancias químicas que permiten la comunicación entre las neuronas. Esta teoría se centra en tres neurotransmisores principales: el ácido gamma-aminobutírico (GABA), la serotonina y la noradrenalina. Cada uno de estos neurotransmisores desempeña un papel crucial en la

regulación del estado de ánimo, la respuesta al estrés y la ansiedad.

1. **Ácido gamma-aminobutírico (GABA):** El GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central. Su función principal es reducir la excitabilidad neuronal y, por tanto, regular el tono emocional. Niveles bajos de GABA pueden llevar a una hiperactividad neuronal, lo que se traduce en una mayor susceptibilidad a la ansiedad. Muchas intervenciones farmacológicas para la ansiedad, como las benzodiazepinas, actúan potenciando la acción del GABA.
2. **Serotonina:** La serotonina es un neurotransmisor que modula diversas funciones cerebrales, incluyendo el estado de ánimo, el apetito, el sueño y la cognición. Un déficit en los niveles de serotonina o en la función serotoninérgica puede estar asociado con síntomas de ansiedad y depresión. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son medicamentos comúnmente utilizados para tratar la ansiedad al aumentar la disponibilidad de serotonina en el cerebro.
3. **Noradrenalina:** La noradrenalina es un neurotransmisor involucrado en la respuesta de "lucha o huida", y desempeña un papel en la regulación de la atención, la vigilancia y la respuesta al estrés. Una hiperactividad del sistema noradrenérgico puede contribuir a los síntomas de ansiedad, como la hiperalerta y la hipervigilancia. Los fármacos que modulan la actividad noradrenérgica, como ciertos antidepresivos, también pueden ser efectivos en el tratamiento de la ansiedad.

Es así que un desequilibrio en estos sistemas neurotransmisores puede llevar a una disfunción en la regulación emocional y en la respuesta al estrés, resultando en trastornos de ansiedad. Por ejemplo:

1. **Desequilibrio GABAérgico:** Un déficit en la transmisión GABAérgica puede

resultar en una disminución de la inhibición neuronal, llevando a una mayor excitabilidad y predisposición a la ansiedad.

2. **Desequilibrio Serotoninérgico:** La reducción en la función serotoninérgica puede afectar la regulación del estado de ánimo y la respuesta al estrés, aumentando la vulnerabilidad a la ansiedad.
3. **Desequilibrio Noradrenérgico:** Un aumento en la actividad noradrenérgica puede intensificar la respuesta al estrés y la hipervigilancia, exacerbando los síntomas de ansiedad.

Dimensiones

Para motivos de este estudio, se eligió el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) adaptado en Perú por Nima (2023), en esta validación se presentaron las siguientes dimensiones:

1. **Subjetivo:** se refiere a la experiencia subjetiva de la ansiedad, es decir, cómo la persona percibe y describe sus propios sentimientos de ansiedad. Incluye la evaluación subjetiva de preocupación, nerviosismo, inquietud o sensaciones de malestar emocional.
2. **Neurofisiológico:** se relaciona con los cambios y respuestas fisiológicas que ocurren en el cuerpo como resultado de la ansiedad. Esto puede incluir incremento en la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular, respiración rápida o superficial, entre otros. Estos cambios son parte de la respuesta del cuerpo al estrés y la activación del sistema nervioso autónomo.
3. **Pánico:** es una forma aguda e intensa de ansiedad que se manifiesta con síntomas físicos y emocionales intensos y repentinos. Los síntomas pueden incluir palpitaciones, dificultad para respirar, mareos, sensación de muerte inminente, entre otros. Los ataques de pánico pueden ocurrir de manera inesperada y pueden

ser muy perturbadores para quienes los experimentan.

4. **Autonómico:** se refiere a las respuestas automáticas del sistema nervioso autónomo frente a la ansiedad. El sistema autónomo regula funciones corporales como el ritmo cardíaco, la respiración, la sudoración y la digestión. Durante episodios de ansiedad, este sistema puede activarse en exceso, resultando en síntomas físicos como los mencionados anteriormente en las neurofisiológicas.

2.2.2. Depresión

Definición

En un principio, Beck (1967) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo que implica una sensación persistente de tristeza, desesperanza y baja autoestima, acompañada por una pérdida de interés en actividades placenteras y una visión negativa del futuro. Al respecto, Murray y Lopez (1996) la describen como un trastorno mental que causa un estado de ánimo persistente de tristeza y pérdida de interés en las actividades cotidianas, junto con síntomas como cambios en el sueño, apetito y energía, y a menudo se acompaña de sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas. Por su parte, Hasler (2010) la define como un trastorno psiquiátrico que se presenta con una combinación de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos, incluyendo tristeza, sentimientos de desesperanza, pensamientos negativos persistentes y alteraciones físicas como insomnio o agotamiento. De acuerdo con Kupfer y colaboradores (2012), la depresión es un trastorno mental común caracterizado por síntomas como la tristeza persistente, la disminución del interés en actividades placenteras, cambios en el peso o el apetito, problemas de sueño, fatiga y dificultades cognitivas.

Por otro lado, según Hirschfeld (2012), la depresión se caracteriza por una serie de síntomas emocionales y físicos que afectan la capacidad de la persona para funcionar

de manera óptima en su vida diaria, y puede variar en gravedad desde leve hasta grave. En esta línea, la American Psychiatric Association (2013) indica que es una alteración del estado de ánimo caracterizado por síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, alteraciones del sueño, baja energía y sentimientos de inutilidad o culpa excesiva. Finalmente, Fried y Nesse (2015) la describen como un síndrome clínico que involucra un estado de ánimo deprimido, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y una variedad de síntomas cognitivos, comportamentales y somáticos que causan un deterioro significativo en el funcionamiento diario.

Teoría cognitiva de depresión de Beck

La Teoría de la Depresión de Aaron T. Beck (1967) es una teoría psicológica perteneciente a la corriente cognitiva de la psicología que propone que la depresión se desarrolla a partir de un patrón de pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Esta teoría ha sido fundamental en el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión, que es una de las intervenciones psicológicas más efectivas para tratar este trastorno. La Teoría de la Depresión de Beck se basa en los siguientes principios:

1. **Triada cognitiva:** Beck propuso que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas, del mundo y del futuro. Esta "triada cognitiva" se manifiesta a través de pensamientos automáticos negativos que perpetúan y amplifican la experiencia depresiva.
2. **Esquemas cognitivos negativos:** Los individuos con depresión tienen esquemas cognitivos (creencias centrales sobre sí mismos y su entorno) distorsionados y negativos, que influyen en la forma en que interpretan eventos y experiencias. Estos esquemas son aprendidos y pueden ser modificados a través de la terapia.

3. **Pensamientos automáticos:** Beck identificó los "pensamientos automáticos" como pensamientos negativos y automáticos que surgen de los esquemas cognitivos negativos. Estos pensamientos pueden ser irracionales y suelen ser inmediatos y difíciles de controlar.
4. **Errores cognitivos:** Beck identificó una serie de errores cognitivos comunes en las personas deprimidas, como la sobregeneralización (sacar conclusiones negativas a partir de una sola experiencia negativa), la personalización (atribuirse la culpa de eventos externos), y la polarización (ver las cosas en términos extremos, todo o nada).

Beck sostiene que la depresión se perpetúa a través de un ciclo de pensamientos automáticos negativos, esquemas cognitivos negativos arraigados y errores cognitivos, que mantienen y refuerzan los síntomas depresivos. En este sentido, la Terapia Cognitiva de la Depresión se centra en identificar y modificar estos patrones cognitivos disfuncionales para aliviar los síntomas depresivos y promover un pensamiento más realista y adaptativo.

Dimensiones

Se ha escogió el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) adaptado en Perú por Barreda (2019), en esta validación se presentaron las siguientes dimensiones:

1. **Somático-motivacional:** Esta dimensión se refiere a los síntomas físicos y motivacionales experimentados por una persona que sufre de depresión. Incluye una variedad de síntomas somáticos (relacionados con el cuerpo) como fatiga, dolores de cabeza, problemas digestivos, alteraciones del sueño y disminución del apetito. Además, implica una falta de motivación generalizada, pérdida de interés en actividades placenteras (anhedonia), y una sensación de lentitud o falta de energía para realizar tareas cotidianas. Esta dimensión destaca cómo la depresión

puede afectar no solo el estado de ánimo y la cognición, sino también el funcionamiento físico y la motivación para participar en la vida diaria.

2. **Cognitiva:** La dimensión cognitiva de la depresión se refiere a los síntomas relacionados con los procesos mentales y cognitivos. Incluye pensamientos negativos persistentes, baja autoestima, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, y una visión pesimista del futuro. Las personas con depresión a menudo experimentan una rumiación constante sobre problemas pasados o presentes, lo que contribuye a una percepción distorsionada de sí mismos y del mundo que los rodea. Esta dimensión resalta cómo la depresión afecta la manera en que una persona piensa, interpreta y procesa la información, lo que a su vez influye en su bienestar emocional y su capacidad para funcionar en la vida diaria.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

Existe relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024.

Existe relación entre la ansiedad y la dimensión cognitiva de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El presente estudio presentó un método hipotético – deductivo, este es un enfoque de investigación científica que implica la formulación de hipótesis específicas basadas en teorías existentes y luego la deducción de predicciones específicas a partir de esas hipótesis, las cuales son luego sometidas a pruebas empíricas para confirmar o refutar (Popper, 2014).

3.2 Enfoque de la investigación

Se eligió el enfoque cuantitativo, el cual se refiere a un enfoque de investigación que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para describir fenómenos, probar hipótesis y establecer relaciones causales entre variables (Creswell, 2014). Este fue el enfoque elegido ya que se emplearon métodos de recolección y análisis de datos basados en lo cuantitativo y estadístico.

3.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación del estudio fue básica pura, el cual se refiere al nivel de investigación que busca comprender y explicar fenómenos fundamentales, sin aplicar necesariamente los resultados a problemas específicos de la vida real (Leedy y Ormrod, 2015). Se eligió este tipo, dado que en esta investigación solo se buscó contribuir a la literatura científica mas no realizar algún cambio o aplicación práctica.

Asimismo, según el nivel de investigación fue correlacional, ya que tiene como objetivo determinar la relación de una o más variables mas no su implicancia entre sí (Hernández et al., 2014), este nivel se ha elegido dado que se buscó evaluar la relación entre la ansiedad y depresión en los adultos de un centro residencial.

3.4 Diseño de la investigación

La presente investigación fue de diseño no experimental, dado que este tipo de investigaciones se caracterizan por no manipular o alterar de ninguna manera las variables, sino que tan solo se refleja el estado de estas en un momento determinado (Hernández et al., 2014). En este sentido, el corte fue transversal, ya que este tipo de diseño de investigación recopila datos en un solo punto en el tiempo, lo que permite observar fenómenos y relaciones entre variables en un momento específico (Popper, 2014).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Se refiere al conjunto completo de elementos que comparten una característica común y son de interés para el estudio (Gravetter y Forzano, 2018). La población en esta investigación estuvo compuesta de 3000 adultos de un condominio residencial del Cercado de Lima, mismos que estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1

Población

Torre	N
A	132
B	128
C	145
D	156
E	159
F	143
G	133
H	145
I	148
J	138
K	153
L	149
M	152
N	139
O	142
P	131
Q	134
R	144
S	146

T	143
U	140
Total	3000

Muestra

Es un subconjunto representativo de la población que se selecciona para participar en un estudio, con el propósito de hacer inferencias sobre la población más amplia (Trochim, 2006). Para obtener la muestra se hizo uso de la fórmula para población finita que se presenta a continuación:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N - 1) + Z^2pq}$$

$$n=341$$

Es así que, la muestra estuvo compuesta de 341 adultos de un centro residencial del Cercado de Lima, mismos que están distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2

Muestra

Torre	n
A	15
B	15
C	16
D	18
E	18
F	16
G	15
H	16
I	17
J	16
K	17
L	17
M	17
N	16
O	16
P	15
Q	15
R	16
S	17
T	16
U	17
Total	341

Muestreo

En esta investigación se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, el cual es aquel tipo de muestreo en el que todos los participantes tienen la misma probabilidad de ser escogidos (Huairé, 2019). Para ello se seleccionó a los residentes por cada torre que viven en el condominio y se usó una fórmula para poder llegar a la muestra. Con la ayuda del programa de Excel 2019 se pudo separar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Tener entre 18 y 64 años
- Adultos varones o mujeres
- Ser residente activo de un centro residencial (propietarios)
- Aceptar ser parte de la investigación

Criterios de exclusión:

- Ser menor de edad o tener más de 64 años
- Arrendar un departamento de dicho centro residencial a otra persona
- Rehusar ser parte de la investigación

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 3

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa
Ansiedad	Según Beck (1976), la ansiedad se centra en un estado emocional caracterizado por sentimientos de aprensión, tensión y preocupación, acompañados por síntomas cognitivos como pensamientos recurrentes sobre peligros potenciales y dificultades para concentrarse	La ansiedad se medirá mediante el Inventario de depresión de Beck – BAI (1988) adaptado por Nima (2023)	Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para calmarse - Temor a situaciones negativas - Sensación de inseguridad - Lleno de temor o pavor - Mareos 	Ordinal	Mínima: 0 a 5 Leve: 6 a 11 Moderada: 12 a 17 Grave: 18 a 24
			Neurofisiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Inquietud - Temblor motriz - Debilidad muscular - Sensación de latidos acelerados del corazón 		Mínima: 0 a 4 Leve: 5 a 10 Moderada: 11 a 16 Grave: 17 a 21
			Pánico	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento rápido de la frecuencia cardíaca - Problemas para respirar 		Mínima: 0 a 2 Leve: 3 a 4 Moderada: 5 a 6 Grave: 7 a 9
			Autonómico	<ul style="list-style-type: none"> - Ruborización - Sudoración - Sensación de calor 		Mínima: 0 a 2 Leve: 3 a 4 Moderada: 5 a 6 Grave: 7 a 9

Depresión	<p>Beck (1967) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo que implica una sensación persistente de tristeza, desesperanza y baja autoestima, acompañada por una pérdida de interés en actividades placenteras y una visión negativa del futuro</p>	<p>La depresión se medirá mediante el Inventario de depresión de Beck (2009), adaptado en Perú por Barreda (2019)</p>	<p>Somático-motivacional</p> <p>Cognitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga y agotamiento - Cambios en el sueño y apetito - Problemas fisiológicos - Sentimientos de culpa - Dificultad de concentración - Autolesiones 	Ordinal	<p>Leve: 0 a 9 Mínimo: 10 a 19 Moderado: 20 a 29 Severo: 30 a 39</p> <p>Leve: 0 a 5 Mínimo: 6 a 12 Moderado: 13 a 19 Severo: 20 a 24</p>
-----------	---	---	---	---	---------	---

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Se empleó la técnica de la encuesta, la cual es un método de recolección de datos en el que se hacen preguntas estandarizadas a un grupo de personas para obtener información sobre sus actitudes, opiniones, comportamientos u otras características (Neuman, 2014).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado por Aaron Beck y Robert Steer en 1988, fue adaptado para el contexto peruano por Helem Nima Berru en 2023 para su uso en evaluaciones individuales o colectivas, con una duración aproximada de 25 minutos y destinado a personas de 18 años en adelante. Este instrumento tiene como objetivo calcular el grado de ansiedad y su severidad. El BAI consta de 21 reactivos dividido en 4 dimensiones: subjetivo (4, 5, 8, 9, 10, 14 y 16), neurofisiológico (3, 6, 12, 13, 17, 18 y 19), pánico (7, 11 y 15) y autonómico (2, 20 y 21) con respuestas de tipo escala Likert, donde los participantes eligen entre respuestas que van desde "nada" (0) hasta "severamente " (3). En la tabla siguiente se presentan los puntajes de corrección:

Tabla 4

Interpretación de los resultados del BAI

Dimensión / Variable	Mínimo	Leve	Moderado	Severo
Subjetivo	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 24
Neurofisiológico	0 a 4	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Pánico	0 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9
Autonómico	0 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9
Ansiedad	0 a 7	8 a 15	16 a 25	26 a 63

Nota: Nima (2023)

Inventario de Depresión de Beck-II

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), desarrollado por Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown en 2009, fue adaptado para el contexto peruano por Dennys Barreda en 2019 para su uso en evaluaciones individuales o colectivas, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos y destinado a personas de 13 años en adelante. Este instrumento tiene como objetivo calcular el nivel de depresión en adolescentes y adultos al especificar los síntomas descritos en los manuales diagnósticos de la depresión, ajustando los ítems según la perspectiva de pronóstico de la depresión según el DSM-V. El BDI-II consta de 21 reactivos dividido en 2 dimensiones: somático-motivacional (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 21) y cognitivo (9, 12, 13, 19) con respuestas de tipo escala Likert, donde los participantes eligen entre respuestas que van desde "No me siento así" (0) hasta "me siento así que no puedo soportarlo" (3), excepto para los ítems 16 y 18 que presentan hasta 7 alternativas de respuesta. En la tabla siguiente se presentan los puntajes de corrección:

Tabla 5

Interpretación de los resultados del BDI-II

Dimensión / Variable	Mínimo	Leve	Moderado	Severo
Somático-motivacional	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39
Cognitivo	0 a 5	6 a 12	13 a 19	20 a 24
Sintomatología Depresiva	0 a 14	15 a 29	30 a 45	46 a 63

Nota: Barreda (2019)

3.7.3 Validación

Inventario de Ansiedad de Beck

Se inició evaluando la validez de contenido del instrumento, determinada por expertos (5) a través del coeficiente v de Aiken, el cual arrojó un valor de 1 para todos los reactivos habiéndose realizado correcciones lingüísticas, indicando que el instrumento

es válido. Además, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio, en el que se evaluaron los índices de ajuste para 2 modelos: uno de 21 ítems y otro de 20 ítems; se determinó que el modelo de 21 reactivos distribuidos en 4 factores presentó mejores índices (CFI =0.89; TLI = 0.87, SRMR=0.05, RMSEA=0.08); además, se evidenciaron cargas factoriales que oscilaron entre 0.53 y 0.88. De esta manera, se confirmó que el instrumento presenta índices de validez apropiados (Nima, 2023).

Inventario de Depresión de Beck-II

Se inició evaluando la validez de contenido del instrumento, determinada por expertos a través del coeficiente v de Aiken, el cual arrojó un valor de 0.99, indicando que el instrumento es válido. Además, se llevó a cabo un análisis factorial utilizando el método de componentes principales, donde se obtuvo un valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.95 y una prueba de esfericidad de Bartlett con un resultado menor a .001, lo que confirma la idoneidad para realizar el análisis factorial. Este análisis reveló un modelo de 21 ítems que explican el 48.46% de la varianza, identificando dos factores: cognitivo-afectivo y somático (Barreda, 2019).

3.7.4 Confiabilidad

Inventario de Ansiedad de Beck

Se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante la medición de su consistencia interna utilizando el coeficiente de McDonald, el cual arrojó un valor de omega de 0.94 para la escala total y para las dimensiones: subjetivo ($\Omega=0.89$), neurofisiológico ($\Omega=0.84$), pánico ($\Omega=0.83$) y autonómico ($\Omega=0.85$). Este resultado indica que el instrumento es confiable (Nima, 2023).

Inventario de Depresión de Beck-II

Se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante la medición de su consistencia interna utilizando el coeficiente de Cronbach, el cual arrojó un valor de alfa

igual a 0.93. Este resultado indica que el instrumento es confiable (Barreda, 2019).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se inició realizando las coordinaciones correspondientes con el presidente de la junta de propietarios del condominio residencial. Luego de obtener el permiso, los datos fueron recopilados mediante pruebas impresas utilizando los instrumentos previamente aprobados. Se ingresó al condominio, aprovechando la reunión de propietarios realizada por cada torre residencial y se evaluó durante los últimos 30 minutos de dicha reunión. Así se les proporcionaron las indicaciones necesarias para completar los cuestionarios y se les informó adecuadamente sobre el propósito, objetivo, duración y finalidad del estudio, comentando acerca de la confidencialidad de los datos recopilados. Posteriormente, la información recolectada fue ingresada en el programa Excel, cerciorándose que estuvieran llenadas debidamente y completas; posteriormente, los datos fueron introducidos en el software estadístico SPSS para su análisis.

Respecto al análisis estadístico, se crearon tablas de frecuencia y porcentajes para abordar la estadística descriptiva. Luego, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de la distribución de los datos ($n > 50$), evidencia una ausencia de esta. Por ello, se empleó estadística no paramétrica mediante la prueba de Spearman.

3.9. Aspectos éticos

Se tuvieron en consideración los principios éticos presentes en la Declaración de Helsinki: el principio de autonomía, dado que los participantes tuvieron la potestad en todo momento de ser o no parte de la investigación y pudieron retirarse si así lo consideraron adecuado; el principio de justicia, ya que todos los participantes fueron tratados de la misma forma en igualdad de condiciones; el principio de beneficencia, dado que en todo momento se buscó beneficiar y contribuir a los participantes; y el principio de no maleficencia, ya que se impidió cualquier daño a los participantes.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivos de resultados

Tabla 6

Distribución de la edad de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
18 a 29 años	113	33.1 %
30 a 49 años	159	46.6 %
50 a 64 años	69	20.2 %
Total	341	100 %

Según lo que se observa en la tabla 6, el grupo de edad predominante fue el de 30 a 49 años con el 46.6% (159), seguido del grupo de 18 a 29 años que representa el 33.1% (113); en menor medida se encuentra el grupo de 50 a 64 años con el 20.2% (69).

Tabla 7

Distribución del sexo de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Femenino	191	56.0 %
Masculino	150	44.0 %
Total	341	100 %

Según lo que se observa en la tabla 7, predominó el grupo de adultos mujeres con el 56% (191), seguido del 44% que son adultos varones.

Tabla 8

Distribución de la variable ansiedad y dimensiones

Variable	Leve		Mínimo		Moderado		Severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Subjetivo	208	61	24	7	108	31.7	1	0.3
Neurofisiológico	111	32.6	5	1.5	221	64.8	4	1.2
Pánico	127	37.2	53	15.5	115	33.7	46	13.5
Autonómico	118	34.6	64	18.8	116	34	43	12.6
Ansiedad	0	0	0	0	54	15.8	287	84.2

Según lo que se observa en la tabla 8, el nivel leve predominó en las dimensiones: subjetivo (61%), pánico (37.2%) y autonómico (34.6%); por otro lado, en la dimensión neurofisiológico lideró el nivel moderado (64.8%); finalmente, el 84.2% demostró un nivel severo de ansiedad, seguido del 15.8% que evidenció un nivel moderado.

Tabla 9

Distribución de la variable depresión y dimensiones

Variable	Leve		Mínimo		Moderado		Severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Somático-motivacional	38	11.1	0	0	236	69.2	67	19.6
Cognitivo	0	0	0	0	205	60.1	136	39.9
Depresión	0	0	0	0	116	34	225	66

Según lo que se observa en la tabla 9, el nivel moderado predominó en la dimensión cognitivo con el 60.1% (205), seguido del 39.9% (136) que manifestó síntomas cognitivos severos. Por otro lado, en la dimensión somático-motivacional predominó el nivel moderado con el 69.2% (236). Finalmente, el 66% (225) demostró un nivel severo de depresión, seguido del nivel moderado con el 34% (116).

Tabla 10

Prueba de ajuste de normalidad para las variables de estudio y dimensiones

Variables	K-S	Sig.
Ansiedad	.056	.011
Somático-Motivacional	.075	.000
Cognitivo	.101	.000
Depresión	.071	.000

Según lo que se observa en la tabla 10, la prueba de normalidad de Kolmogorov-

Smirnov ($n > 50$) revela que todas las variables examinadas no siguen una distribución normal debido a que el nivel de significancia es inferior a 0.05. En consecuencia, se utilizarán análisis estadísticos no paramétricos, en particular la prueba de correlación de Spearman, para el estudio de las variables.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general:

H1: Existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

H0: No existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

Tabla 11

Correlación entre ansiedad y depresión en adultos

		Depresión
Ansiedad	Rho	0.88
	Sig.	0.00

Según lo que se observa en la tabla 11, la ansiedad y depresión se correlacionaron de manera muy significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.88$; $p < 0.05$), es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. De modo que, si la depresión presente en dichos residentes se incrementa, también lo hará de manera proporcional los niveles de ansiedad.

Hipótesis específica 1:

H1: Existe relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

H0: No existe relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional en adultos

residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

Tabla 12

Correlación entre ansiedad y somático-motivacional en adultos

		Somático-motivacional
Ansiedad	Rho	0.81
	Sig.	0.03

Según lo que se observa en la tabla 12, la ansiedad y la dimensión somático-motivacional se correlacionaron de manera muy significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.81$; $p<0.05$), es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. De modo que, si los síntomas de depresión propias de la esfera somática-motivacional presente en dichos residentes se incrementa, también lo hará de manera proporcional los niveles de ansiedad.

Hipótesis específica 2:

H1: Existe relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

Ho: No existe relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, Lima – 2024.

Tabla 13

Correlación entre ansiedad y cognitivo en adultos

		Cognitivo
Ansiedad	Rho	0.82
	Sig.	0.00

Según lo que se observa en la tabla 13, la ansiedad y la dimensión cognitivo se correlacionaron de manera muy significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.82$;

$p < 0.05$), es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. De modo que, si los síntomas de depresión propias de la esfera cognitiva presente en dichos residentes se incrementan, también lo hará de manera proporcional los niveles de ansiedad.

4.1.3 Discusión de resultados

Después de reunir los datos, llevar a cabo el análisis estadístico y su correspondiente interpretación, se presenta la siguiente discusión:

En relación a la hipótesis general, la cual fue existe relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima; se halló que la ansiedad y depresión se correlacionaron de manera muy significativa en intensidad alta y positiva ($\rho = 0.88$; $p < 0.05$); lo que se traduce en que, si la depresión presente en dichos residentes se incrementa, también lo hará de manera proporcional los niveles de ansiedad.

Este hallazgo se alinea con lo encontrado en la investigación de Macas et al. (2023), al encontrar que, en un grupo de 384 adultos de un poblado en Ecuador, la ansiedad se correlacionó significativamente con la depresión ($\rho = 0.24$; $p < 0.01$), aunque la intensidad fue menor; del mismo modo, coincidió con lo hallado por Vinaccia y Ortega (2020), en su investigación realizada en 6224 adultos en Colombia, al demostrar que la ansiedad y depresión se correlacionan significativamente ($\rho = 0.54$; $p < 0.01$) de intensidad moderada y positiva. Por el contrario, se opone con lo que halló Estrada (2023), dado que no encontró una relación significativa entre la ansiedad y depresión en 261 adultos en Lima ($p > 0.05$); de igual modo, se ha contrapuesto con el resultado de Leiva et al. (2022), dado que dichos autores no encontraron una relación significativa entre dichas variables ($p > 0.05$).

A partir de lo anterior, se pueden indicar que, si la depresión en los residentes aumenta, los niveles de ansiedad también lo harán de manera proporcional, lo que tendrá un impacto significativo en su vida diaria y en su estado mental. La depresión, al profundizarse, puede intensificar sentimientos de desesperanza, falta de interés en actividades diarias y aislamiento social, cuando esto se combina con niveles elevados de ansiedad, los residentes podrían experimentar síntomas físicos como taquicardia, sudoración excesiva y problemas digestivos, así como dificultades para concentrarse y tomar decisiones. Este ciclo de malestar emocional y físico puede llevar a una disminución en la calidad del sueño y afectar su funcionalidad en la vida diaria.

En función a la hipótesis específica 1, la cual fue existe relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima; se halló que la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión se correlacionaron de manera muy significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.81$; $p<0.05$); lo que se traduce en que si los síntomas de depresión propias de la esfera somática-motivacional presente en dichos residentes se incrementa, también lo hará de manera proporcional los niveles de ansiedad.

Este hallazgo se alinea con lo encontrado en la investigación de Ayala et al. (2021), al encontrar que, en un grupo de 276 adultos en Paraguay, la ansiedad se correlacionó significativamente con la dimensión somático-motivacional ($\rho=0.55$; $p<0.01$); del mismo modo, coincidió con lo hallado por Saavedra y Astuquipan (2022), en su investigación realizada en 200 adultos en Lima, al demostrar que la ansiedad y la dimensión somático-motivacional se correlacionan significativamente ($\rho=0.22$; $p<0.05$) de intensidad baja y positiva. Por el contrario, se opone con lo que halló Leiva et al. (2022), dado que dichos autores no encontraron una relación significativa entre dichas variables ($p>0.05$).

A partir de lo anterior, se pueden indicar que, si los síntomas somáticos y motivacionales propios de la depresión como la fatiga, dolores físicos y la pérdida de interés sobre las actividades diarias, en los residentes se incrementan, es probable que los niveles de ansiedad aumenten proporcionalmente, afectando significativamente su vida diaria y estado mental. En el ámbito cotidiano, pueden experimentar una disminución en su capacidad para realizar tareas rutinarias y mantener relaciones interpersonales, ya que el malestar físico y la falta de motivación pueden llevar a la evitación de actividades sociales y laborales. Por otro lado, el aumento de la ansiedad puede manifestarse en preocupaciones constantes, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como en una percepción negativa de su entorno y de sí mismos. Esta espiral ascendente de síntomas puede contribuir a un ciclo vicioso donde el estrés y la ansiedad se retroalimentan, deteriorando aún más la salud física y emocional de los residentes. En última instancia, el impacto acumulativo podría resultar en una calidad de vida considerablemente reducida y en la necesidad de intervención médica y psicológica más intensiva para manejar los síntomas y restaurar un equilibrio funcional.

Finalmente, respecto a la hipótesis específica 2, la cual fue existe relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima; se halló que la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión se correlacionaron de manera muy significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.82$; $p<0.05$); lo que se traduce en que si los síntomas de depresión propias de la esfera cognitiva presente en dichos residentes se incrementa, también lo hará de manera proporcional los niveles de ansiedad.

Este hallazgo se alinea con lo encontrado en la investigación de Ayala et al. (2021), al encontrar que, en un grupo de 276 adultos en Paraguay, la ansiedad se correlacionó significativamente con la dimensión cognitivo ($\rho=0.59$; $p<0.01$); del

mismo modo, coincidió con lo hallado por Saavedra y Astuquipan (2022), en su investigación realizada en 200 adultos en Lima, al demostrar que la ansiedad y la dimensión cognitivo se correlacionan significativamente ($\rho=0.31$; $p<0.05$) de intensidad baja y positiva. Por el contrario, se opone con lo que halló Leiva et al. (2022), dado que dichos autores no encontraron una relación significativa entre dichas variables ($p>0.05$).

En función a esto, se pueden indicar que, si los síntomas cognitivos propios de la depresión como dificultad de concentración, déficit de toma de decisiones, pensamientos negativos y problemas de memoria en los residentes se incrementan, es probable que esto tenga un impacto significativo en su vida diaria y en su estado mental. A medida que los problemas cognitivos aumentan, los residentes podrían enfrentar mayores dificultades para realizar actividades cotidianas, lo que podría llevar a una pérdida de independencia y a un aumento en la necesidad de asistencia; lo que, a su vez, podría generar sentimientos de frustración, impotencia y desesperanza. Del mismo modo, la ansiedad, como respuesta emocional a la percepción de estas dificultades y a la incertidumbre sobre el futuro, aumentaría proporcionalmente y en este sentido los residentes podrían experimentar mayor inquietud, tensión y preocupación constante, afectando su capacidad para relajarse y disfrutar de la vida. Además, la ansiedad elevada podría interferir con el sueño, la alimentación y la socialización, creando un ciclo negativo donde los problemas cognitivos y la ansiedad se refuerzan mutuamente, deteriorando aún más su calidad de vida y bienestar psicológico.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se encontró una correlación significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.88$; $p<0.05$) entre la ansiedad y depresión de los adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. De manera que, si la depresión en estos residentes aumenta, los niveles de ansiedad también lo harán de forma proporcional.
2. Se encontró una correlación significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.81$; $p<0.05$) entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión de los adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. De manera que, si los síntomas de depresión en la esfera somática-motivacional presentes en estos residentes aumentan, los niveles de ansiedad también se incrementarán proporcionalmente.
3. Se encontró una correlación significativa en intensidad alta y positiva ($\rho=0.82$; $p<0.05$) entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión de los adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima. De manera que, si los síntomas de depresión en la esfera somática-motivacional presentes en estos residentes aumentan, los niveles de ansiedad también se incrementarán proporcionalmente.

5.2 Recomendaciones

1. Dirigido al consejo directivo de la junta de propietarios: Introducir programas de mindfulness y meditación en las actividades de cohesión en la residencial para disminuir los síntomas de ansiedad presentes, así como relajar el cuerpo a nivel fisiológico.

2. Dirigido a los adultos residentes: buscar asesoría psicológica profesional para abordar y gestionar el nivel de ansiedad y depresión de manera efectiva, indagando sobre las causas de los síntomas clínicos de dichas patologías. Con esto se busca que los adultos residentes se nutran de conocimientos y prácticas que inhiban el crecimiento de dichos síntomas.
3. Introducir y promover programas de ejercicio físico regular entre los adultos como una estrategia para reducir los síntomas de ansiedad y depresión. Entre las actividades se pueden organizar reuniones para realizar ejercicios físicos grupales como trote, yoga y/o conversación.
4. Promover el uso de actividades de ocio basadas en la naturaleza, como la horticultura y las caminatas en entornos naturales, promoviendo el bienestar emocional a través del contacto con la naturaleza.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2020). Anxiety. In APA dictionary of psychology (2nd ed.). APA. <https://doi.org/10.1037/12059-000>
- Ayala, N., Duré, M. A., Urizar, C. A., Insaurrealde, A., Castaldelli, J. M., Ventrigilio, A., Almirón, J., García, O. E. y Torales, J. C. (2021). Inteligencia emocional asociada a niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de una universidad pública. *An. Fac. Cienc. Méd.*, 54(2), 51-61. <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v54n2/1816-8949-anales-54-02-51.pdf>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del inventario de Beck II (IDB-II). *Revista de Investigación de Psicología*, 22(1), 39-52. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580/14212>
- Beck, A. T. (1967). *Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos..* Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales.* International Universities Press.
- Beck, A., Steer, R. y Brow, G. (2009). Inventario de depresión de Beck II. Paidós.
- Borja, C. A., Ruilova, E. C., Garcia, D. M., Sanchez, S. A., Guevara, K. E. y Morales, A. P. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresion en adolescentes. *Polo del Conocimiento*, 4(2), 165-180. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7164309.pdf>
- Carrillo, A. L., Medina, I. A., Carreño, S., Chaparro, L., Cortéz, L. C. y Medina, J. A.

- (2022). Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. *Aquichan*, 22(3), e2234. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8531138.pdf>
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Clark, D. M. (1986). Una aproximación cognitiva al pánico. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Creswell, J. W. (2014). *Diseño de investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos* (4th ed.). Sage Publications.
- Diario “El Peruano”. (24 de julio de 2023). Salud mental: casos atendidos por Minsa se incrementaron en casi 20 % durante el 2022. <https://elperuano.pe/noticia/210845-salud-mental-casos-atendidos-por-minsa-se-incrementaron-en-casi-20-durante-el-2022>
- Duran, T., Benítez, V. A., Martínez, M. M., Gutiérrez, G., Herrera, J. L. y Salazar, M. E. (2020). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, (61), 267-275. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/422641/297491>
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Lyle Stuart.
- Estrada, C. (2023). Depresión en estudiantes universitarios peruanos durante la pandemia COVID-19. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat*, 61(2), 158-165. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v61n2/0717-9227-rchnp-61-02-0158.pdf>
- Fried, E. I., y Nesse, R. M. (2015). La depresión no es un síndrome constante: una investigación de patrones de síntomas únicos en el estudio STAR*D. *Journal of Affective Disorders*, 172, 96-102. <https://10.1016/j.jad.2014.10.010>

- Friedman, M., y Rosenbaum, J. F. (1987). Desórdenes de ansiedad. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4, 1052-1070.
- Gravetter, F. J. y Forzano, L. B. (2018). *Métodos de investigación para las ciencias del comportamiento* (5th ed.). Cengage Learning.
- Hasler, G. (2010). Fisiopatología de la depresión: ¿Tenemos alguna evidencia sólida de interés para los médicos? *World Psychiatry*, 9(3), 155-161. <https://10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x>
- Hirschfeld, R. M. A. (2012). La comorbilidad de la depresión mayor y los trastornos de ansiedad: reconocimiento y tratamiento en atención primaria. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254. <https://10.4088/pcc.v03n0609>
- Huarcaya, J., Podestá, A. y Rojas, W. (2023). Factores asociados al malestar del personal médico durante la fase inicial de la pandemia COVID-19 en el Perú. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(5), 3473-3482. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00804-2>
- Huitrón, R., García, D. L., Gallejas, Z. A., López, B., Maya, A. y Maldonado, G. (2022). Nivel de adaptación y ansiedad en adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 en Tepetitlán, Hidalgo. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(1), 47-55. <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/403/536>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalencia a lo largo de la vida y distribución por edad de aparición de los trastornos del DSM-IV en la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

- Kupfer, D. J., First, M. B., y Regier, D. A. (Eds.). (2012). *Una agenda de investigación para el DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Leedy, P. D., y Ormrod, J. E. (2015). *Investigación práctica: planificación y diseño*. (11th ed.). Pearson.
- Leiva, M., Indacochea, S., Cano, L. y Medina, M. (2022). Asociación entre ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el año 2021. *Rev. Fac. Med. Hum*, 22(4), 735-742.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n4/2308-0531-rfmh-22-04-735.pdf>
- León, R. P. (2021). *Depresión en adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín – 2021* [Tesis de especialización, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio institucional - Universidad Peruana Los Andes.
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3135/TESIS%20FINANCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 364413_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Luyo, A. E. y Oyos, L. M. (2022). *Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pobladores del distrito de Carmen de La Legua-Reynoso en tiempo de pandemia por COVID19 - Callao, 2022* [Tesis de titulación, Universidad Continental]. Repositorio institucional - Universidad Continental.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12426/2/IV_FCS_502_TE_Luyo_Avila_Oyos_Gutierrez_2022.pdf
- Macas, B. D., Castelo, W. P., González, N., Castro, M. J. y Castro, T. N. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 5(3), 213-221.
<https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
- Medina, D. A. (2022). *La autoestima y su relación con la ansiedad en adultos migrantes* [Tesis de titulación, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio institucional -

Universidad Técnica de Ambato.

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36732/1/Medina%20Garcia%20Daniela%20Alejandra.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (2020). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes. MINSA.

<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (2023). Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. MINSA.

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6598.pdf>

Moya, J., Saciga, W., Cañari, B., Chicoma, K. y Contreras, H. (2022). ¿Vivir con pacientes de COVID-19 en un hospital puede aumentar los niveles de ansiedad?

Un estudio de 31 centros unicéntricos basado en encuestas en Perú. *Electronic Journal of General Medicine*, 19(5), 1-6. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12140>

Murray, C. J. L., y Lopez, A. D. (1996). *La carga mundial de morbilidad: una evaluación integral de la mortalidad y la discapacidad causadas por enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 1990 y proyectadas para 2020*. Harvard University Press.

Neuman, W. L. (2014). *Métodos de investigación social: enfoques cualitativos y cuantitativos* (7th ed.). Pearson.

Nima, H. E. (2023). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en el departamento de Tumbes -2022* [Tesis de titulación, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio institucional - Universidad Nacional de Tumbes.

<https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/64446/TESI>

S%20-%20NIMA%20BERRU.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nutt, D. J. (1998). The psychobiology of stress. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 22-30. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/16037/>

Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). Depresión. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Informe mundial sobre la salud mental. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf

Pérez, E. A., Cervantes, V. M., Hijuelos, N. A., Pineda, J. C. y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*, 28(2), 89-115. <https://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>

Pomares, A. J., Pomares, J. A., Santiesteban, R. E., Regal, V. M. y Vázquez, M. A. (2021). Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 37(2), e1205. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n2/1561-3038-mgi-37-02-e1205.pdf>

Popper, K. (2014). *La lógica del descubrimiento científico*. Routledge.

Saavedra, M. y Astuquipan, H. (2022). Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de

consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana. *Revista Gastroenterologa del Perú*, 42(3), 171-176.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v42n3/1022-5129-rgp-42-03-171.pdf>

Santamaria, R. M. (2022). *La desesperanza en relación con la ansiedad -depresión en adolescentes y jóvenes que se atienden en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado -Hideyo Noguchi 2022* [Tesis de especialización, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio institucional - Universidad Privada Norbert Wiener.

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8407/T061_10364413_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sequeira, A., Blanco, M. y Brenes, J. C. (2022). La depresión mayor en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y psicobiológicos. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 1-24. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v19n2/1659-0201-psm-19-02-00465.pdf>

Silva, D. S. y Luque, Y. A. (2022). Miedo al COVID-19, ansiedad, depresión y satisfacción familiar durante la pandemia COVID-19 en adultos de Lima Metropolitana. *CASUS*, 6(1), 39-47.
<https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/322>

Spielberger, C. D. (1966). *Teoría e investigación sobre la ansiedad*. Academic Press.

Torres, J. C. y Torres, J. D. (2023). Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horiz Med*, 23(3), e2220.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v23n3/1727-558X-hm-23-03-e2220.pdf>

Trochim, W. M. K. (2006). *La base de conocimientos sobre métodos de investigación* (3rd ed.). Atomic Dog Publishing.

Vinaccia, S. y Ortega, A. (2020). Variables asociadas a la ansiedad-depresión en

estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 19, 1-13.

<https://revistas.javeriana.edu.co/files->

[articulos/UPSY/19%20\(2020\)/64762919027/64762919027_visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-)

ANEXOS

Anexos 1. Matriz de consistencia

Título: Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el nivel de ansiedad en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024? ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024? ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024? ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024? 	<p>Objetivo General: Evaluar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel de ansiedad en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024. Evaluar el nivel de depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024. Evaluar la relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024. Evaluar la relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024. 	<p>Hipótesis general: Evaluar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluar la relación entre la ansiedad y la dimensión somático-motivacional de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024. Evaluar la relación entre la ansiedad y la dimensión cognitivo de la depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024. 	<p style="text-align: center;">Ansiedad</p> <p style="text-align: center;">Depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somático-motivacional - Cognitivo 	<p>Tipo: Básica, correlacional</p> <p>Método: hipotético-deductivo</p> <p>Diseño: no experimental transversal</p> <p>Población: 3000 adultos</p> <p>Muestra: 341 adultos</p> <p>Instrumento 1: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)</p> <p>Instrumento 2: Inventario de depresión de Beck II</p>

Anexo 2. Instrumentos de medición

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Adaptado por Nima (2023)

A continuación, se le presentará una serie de enunciado en relación a su estado emocional durante la última semana y en el momento actual. Tiene que saber que no existen respuestas correctas o incorrectas, elija de entre las siguientes opciones la que mejor corresponda para cada una de la lista de síntomas, según la siguiente escala:

0. Nada
1. Levemente
2. Moderadamente
3. Severamente

N°	Ítem	0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor intenso				
3	Debilidad en las piernas				
4	Dificultad para relajarse				
5	Miedo a que pase lo peor				
6	Mareos o vértigos				
7	Aceleración del ritmo cardíaco				
8	Sensación de inseguridad				
9	Con miedo o aterrorizado				
10	Nervioso (a)				
11	Sensación de ahogo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto/tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				

16	Con temor a morir				
17	Asustado				
18	Indigestión o malestar estomacal				
19	Sensación de desvanecimiento o desmayo				
20	Rubor facial o sonrojamiento				
21	Sudoración (no producida por calor)				

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Edad:

Sexo:

Fecha:

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo</p>	<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p>
<p>1. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>
<p>2. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto.</p>	<p>8. Autocríticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.</p>
<p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Llora más de lo que solía hacerlo. 2 Llora por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil</p>
<p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>1 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada</p>	<p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansada o fatigada para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.</p>

21. Perdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 31 de julio de 2024

Investigador(a)
Fabiola Yaritza Soldevilla Flores
Exp. N°: 0004-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “**Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, 2024**” Versión **01** con fecha **31/05/2024**.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión **01** con fecha **31/05/2024**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Fabiola Yaritza Soldevilla Flores.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

Anexo 5: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Fabiola Soldevilla Flores

Título: “Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024”

Propósito del estudio

Se le invita a ser parte de en un estudio llamado: “Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de cercado de Lima, Lima – 2024”, desarrollado por Fabiola Soldevilla Flores bachiller de la Universidad Privada Norbert Wiener con el propósito de determinar la relación entre la ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Instrumento 1: Inventario de ansiedad de Beck
- Instrumento 2: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

La encuesta puede demorar unos 30 minutos. Los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos El participante no estará expuesto a ningún riesgo

Beneficios El participante no recibirá ningún beneficio o compensación económica

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Se almacenará la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este

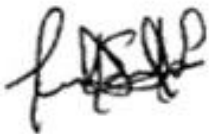
estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la encuesta, podrá retirarse de este en cualquier momento. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con Fabiola Soldevilla Flores al número +51 913 220 673 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.



Fabiola Soldevilla Flores

DNI: 47675874

Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

"Año de la Unidad, la paz y el desarrollo"



Lima, 23 de abril del 2024

SRTA. FABIOLA YARITZA SOLDEVILLA FLORES
EGRESADA DE LA UNIVERSIDAD NOLBERT WINER
Lima

Presente. -

De nuestra consideración:

Reciba un saludo cordial en representación de la Junta General Directiva del Condominio Parque Central CLUB RESIDENCIAL.

Se le confirma, que se le facilita realizar su investigación en nuestro CONDOMINIO PARQUE CENTRAL RESIDENCIAL con el uso de las instalaciones de nuestro condominio.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Ing. Víctor A. Silva Elías
CIP 98963
Presidente Junta General 2024

Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin

Fabiola Soldevilla Tesis final - Fabiola Soldevilla Flores.docx

Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS RESIDENTES DE UN CONDOMINIO RESIDENCIAL DEL DISTRITO DE CERCADO DE LIMA, 2024

para optar el título de Licenciado en Psicología

Presentado por:
AUTOR: SOLDEVILLA FLORES, FABIOLA YARITZA
CODIGO ORCID: 0009-0004-0522-9418

LIMA - PERÚ
2024

Compartir

18% Similitud general

6 Exclusiones por similitud

Nº	Fuente	Similitud
1	repositorio.uwienereu.edu.pe INTERNET	2%
2	uwienereu el 24 de julio de 2024 TRABAJOS PRESENTADOS	2%
3	hdl.handle.net INTERNET	1%
4	repositorio.uuss.edu.pe INTERNET	<1%
5	repositorio.upia.edu.pe INTERNET	<1%
6	uwienereu el 14/08/2024 TRABAJOS PRESENTADOS	<1%
7	Universidad Wiener el 2024-08-16 TRABAJOS PRESENTADOS	<1%
8	repositorio.upsjb.edu.pe INTERNET	<1%
9	Universidad Wiener el 2023-07-05 TRABAJOS PRESENTADOS	<1%
10	uwienereu el 29-03-2024 TRABAJOS PRESENTADOS	<1%

Página 1 de 72

● 19% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 14% Internet database
- 2% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content
- database17% Submitted Works database

TOP SOURCES

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

1	uwiener on 2024-11-04 Submitted works	2%
2	uwiener on 2024-07-24 Submitted works	2%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
4	hdl.handle.net Internet	1%
5	uwiener on 2024-11-08 Submitted works	<1%
6	repositorio.uss.edu.pe Internet	<1%
7	uwiener on 2024-11-08 Submitted works	<1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%