UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO

ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026.

Tesis para optar el grado académico de

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

ALFARO MÓDENA, JOSÉ ARÍSTIDES

Pucallpa, Perú

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO

ANEXO Nº 4

OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRO O DOCTOR

En la Sala de Grados de la Escuela de Posgrado de la UNU, siendo las 13:00 horas, del día 29 de SETIEMBRE del 2026 ante el Jurado de Tesis constituido por :

PRESIDENTE: Dr. RUBEN DARIO MANTILLANO PEREZ.
SECRETARIO: Dr. LINCOLN FRITZ CACHAY REYES
VOCAL: Dr. SOLMIE FRANK CHANG SALDAÑA.

Don(ña) JOSE PRISTIDES ALFON MOGENA, aspirante al Grado de MAESTRO en SALUD PUBLICA, Mención .....o DOCTOR en....., inicia el acto defensa pública con la exposición de la tesis titulada ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026

Concluido el acto de sustentación los miembros del Jurado procedieron a evaluar al sustentante obteniendo el siguiente puntaje, considerando los criterios siguientes:

N°	CRITERIO	RANGO	PUNTAJE
1	Presentación personal	0 - 4	4
2	Dicción y dominio de escenario	0 - 4	4
3	Desarrollo del contenido: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones	0 - 4	3
4	Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente	0 - 4	3
5	Aporte a la maestría o mención y a la comunidad	0 - 4	3
TOTAL			17

Calificación: Puntaje ejemplo: 18/20 17/20
Conclusiones: [Aprobado, Aprobado con distinción, Aprobado con observaciones, Desaprobado] APROBADO
Observaciones: [Si las hubiera].....
Recomendaciones: [Si las hubiera].....

Los miembros del Jurado, firman el presente Acta en señal de conformidad, en Pucallpa, siendo las 14:05 horas del 29 de SETIEMBRE del 2026.

PRESIDENTE SECRETARIO VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TESIS

Nº **V/429-2026**.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que la Tesis titulada:

"**ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PÚBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026**"

Autor(es)	:	**ALFARO MÓDENA, JOSÉ ARÍSTIDES**
Escuela	:	**POSGRADO**
Maestría	:	**SALUD PÚBLICA**
Asesor(a)	:	**Dr. HERNÁNDEZ MENDOZA, VICTOR MISAEL**

Presenta un **porcentaje de similitud de 9%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica: "todo trabajo de investigación no debe superar el 10%". **En tal sentido, se declara, que la TESIS presenta un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 30/07/2026

Dr. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, José Arístides Alfaro Moderna

Autor de la tesis titulada: "Ansiedad y Sintomatología Depresiva en Estudiantes de Pueblos Originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026."

Sustentada el año: 2026.

Asesor(a): Dr. Víctor Misael Hernández Mendoza.

Escuela de Posgrado

Maestría: Salud Pública

Mención:

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ TOTAL ☒

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 09/10/2026.

Email: josealfaromoderna@gmail.com Firma:

Teléfono: 910012106 DNI: 41384327.

DEDICATORIA

A nuestro creador Dios, a mi familia, a los maestros, amigos, y al asesor de esa tesis que guiaron mi aprendizaje durante los años de estudio.

José Arístides.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional, por su prestigiosa escuela de posgrado, que brindaron una maestría de acorde a las exigencias de una educación de calidad.

A las autoridades de la escuela de Posgrado, en especial a los docentes que nos impartieron sus conocimientos y experiencias en los cursos que nos dictaron durante esos tres grandes ciclos con el rigor de una educación de calidad.

A los jóvenes estudiantes bilingües que pusieron de su parte en la realización de las pruebas. A la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe por su colaboración.

A los docentes jurados y asesores que guiaron este proceso de investigación con su conocimiento y apoyo.

A mi apreciado asesor de tesis el Dr. Victor Misael Hernández Mendoza, por su constante apoyo en los diversos procesos del desarrollo del proyecto de tesis y del informe final, así como de los procesos administrativos y académicos que estuvieron bajo su función y responsabilidad.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la ansiedad y la sintomatología depresiva en estudiantes pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026, utilizando un diseño correlacional no experimental y descriptivo con una muestra de 80 estudiantes. Se aplicaron la escala Ansiedad de Hamilton y la escala de Depresión de Beck, estandarizadas para Perú, encontrando que el 38.75% presentaba ansiedad baja, el 32.50% moderada y el 28.75% alta, con niveles altos en ansiedad psíquica y somática en el 31.25% de los casos; en cuanto a la depresión, el 42.50% tuvo un nivel leve, el 28.75% moderado y el 28.75% alto, con elevados niveles en las dimensiones cognitiva-afectiva y somática-vegetativa. Se concluyó que existe una correlación significativa (p-valor menor de 0.05 y un rho aceptable) entre ansiedad y depresión, especialmente entre ansiedad psíquica y depresión cognitivo-afectiva, así como entre ansiedad somática y depresión somática-vegetativa en estos estudiantes.

Palabras claves: Ansiedad psíquica, ansiedad somática, sintomatología depresiva.

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between anxiety and depressive symptomatology in indigenous students of the Bilingual Public Pedagogical Education School, Yarinacocha 2026, using a non-experimental correlational and descriptive design with a sample of 80 students. The Hamilton Anxiety Scale and the Beck Depression Scale, standardized for Peru, were applied, finding that 38.75% had low anxiety, 32.50% moderate anxiety, and 28.75% high anxiety, with high levels of psychic and somatic anxiety in 31.25% of cases; regarding depression, 42.50% had a mild level, 28.75% moderate, and 28.75% high, with elevated levels in the cognitive-affective and somatic-vegetative dimensions. It was concluded that there is a significant correlation (p-value less than 0.05 and an acceptable rho) between anxiety and depression, especially between psychic anxiety and cognitive-affective depression, as well as between somatic anxiety and somatic-vegetative depression in these students.

Keywords: Psychic anxiety, somatic anxiety, depressive symptomatology.

INTRODUCCIÓN

En la ciudad de Pucallpa, una parte significativa de la población estudiantil pertenece a pueblos originarios bilingües, quienes desafíos importantes en torno a la gestión de necesidades básicas en salud, incluidas la salud mental. Encontrando un acceso limitado a servicios de salud mental adecuados. Siendo los indicadores más comunes, los trastornos ansiógenos y depresivos. Este fenómeno se ve exacerbado por un sistema educativo que privilegia el uso del español, en detrimento de las lenguas originarias, lo cual genera dificultades en la adaptación y en la integración social y académica de estos estudiantes.

Las barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas que enfrentan los estudiantes bilingües contribuyen a una mayor vulnerabilidad frente a trastornos emocionales, afectando su bienestar psicológico, rendimiento académico y relaciones interpersonales. A pesar de la creciente evidencia sobre la prevalencia de estos trastornos en las comunidades originarias, existe una falta de programas de salud mental y estrategias educativas que consideren las particularidades culturales y lingüísticas de este grupo.

El contexto social y educativo de los estudiantes bilingües de pueblos originarios requiere un análisis más profundo, que permita identificar los factores que contribuyen al desarrollo de la ansiedad y la depresión. Estos trastornos no solo afectan su desempeño académico, sino que también inciden en su desarrollo emocional y en sus relaciones interpersonales. La falta de apoyo adecuado y adaptado culturalmente a las necesidades de estos jóvenes amplifica los efectos negativos de estas condiciones emocionales.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la ansiedad y la depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa. A través de esta investigación, se busca generar información relevante para el diseño de intervenciones culturales y lingüísticamente adaptadas, que promuevan el bienestar psicológico y la integración social de los estudiantes bilingües en el ámbito educativo.

El presente trabajo de tesis ha sido elaborado siguiendo rigurosamente los lineamientos establecidos por la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Ucayali, los cuales garantizan la calidad académica y metodológica del proceso de investigación. Asimismo, cada etapa de la redacción y presentación de este documento se ha realizado en cumplimiento estricto con las normas de redacción científica propuestas por las normas Vancouver lo que asegura la correcta estructuración, citación y presentación de las fuentes utilizadas. De esta manera, se busca contribuir al desarrollo del conocimiento científico con un trabajo que responde tanto a las exigencias institucionales como a los estándares internacionales de calidad académica.

ÍNDICE GENERAL

Pg.

DEDICATORIA 5

AGRADECIMIENTO 6

RESUMEN 7

ABSTRACT 8

INTRODUCCIÓN 9

ÍNDICE GENERAL 11

INDICE DE TABLAS 13

INDICE DE FIGURAS 14

INDICE DE ANEXOS 15

CAPÍTULO I. 16

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 16

CAPÍTULO II. 22

MARCO TEÓRICO 22

CAPÍTULO III. 44

MARCO METODOLÓGICO 44

CAPÍTULO IV. 49

RESULTADOS 49

CAPÍTULO V. 57

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 57

CONCLUSIONES 61

SUGERENCIAS 63

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

ANEXOS 69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables. 19

Tabla 2. Edad de los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 49

Tabla 3. Niveles de Ansiedad en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 49

Tabla 4. Niveles de Ansiedad Psíquica en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 50

Tabla 5. Niveles de Ansiedad Somática en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 51

Tabla 6. Niveles de Depresión en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 51

Tabla 7. Niveles de Depresión Cognitiva-Afectiva en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 52

Tabla 8. Niveles de Depresión somática-vegetativa en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe. 52

Tabla 9. Resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. 53

Tabla 10. Contraste de la hipótesis principal. 53

Tabla 11. Contraste de la primera hipótesis especifica. 54

Tabla 12. Contraste de la segunda hipótesis especifica. 54

Tabla 13. Ansiedad Psíquica vs Depresión Cognitiva-Afectiva. 54

Tabla 14. Ansiedad Somática vs Depresión Somática-Vegetativa. 55

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de investigación. 44

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Tabla de consistencia de la tesis. 70

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos. 48

Anexo 3. Resolución de aprobación de proyecto. 52

Anexo 4. Resolución de asesor de proyecto. 53

Anexo 5. Autorización de aplicación del proyecto. 54

CAPÍTULO I.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

En los últimos años en las regiones Amazónicas del Perú, específicamente en la Región de Ucayali, muchos jóvenes bilingües de comunidades originarias han presentado altos niveles de ansiedad y depresión. Sumado al poco acceso a atención de salud mental; la presión social, cultural y académica, junto a un sistema educativo que privilegia el español y margina su lengua materna, agravan su malestar y les impiden encontrar apoyo adecuado.

Las dificultades económicas y las barreras del idioma dejan a estos jóvenes de comunidades originarias más expuestos a la ansiedad y la depresión, afectando su bienestar emocional, su rendimiento escolar y aumentando su estrés y alejamiento de la educación.

El aislamiento cultural y social, sumado a la ausencia de programas psicológicos adaptados, mantiene a los estudiantes bilingües en un ciclo de marginación: la ansiedad y la depresión que padecen dañan su rendimiento académico, su desarrollo socioemocional, su integración social y su salud en general.

El estado de la salud mental en Pucallpa requiere intervención urgente, los estudiantes bilingües de pueblos originarios son especialmente vulnerables por barreras culturales y la escasez de recursos, este estudio busca evaluar cómo la ansiedad y la depresión los afectan y cómo se relacionan con factores académicos, sociales y emocionales.

Este estudio examina cómo la ansiedad y la depresión se encuentran interrelacionadas en sus dimensiones características y su impacto en una población de estudiantes bilingües de pueblos originarios, con el fin de generar evidencia que permita diseñar programas de salud mental y educación culturalmente pertinentes y accesibles que mejoren su bienestar e integración.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación entre la ansiedad psíquica y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026?
- ¿Cuál es la relación entre la ansiedad somática y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026?

1.3. Objetivo General y objetivos específicos

1.3.1. Objetivo General.

- Determinar cuál es la relación entre la ansiedad y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026.

1.3.2. **Objetivos Específicos**

- Establecer cuál es la relación entre la ansiedad psíquica y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026.
- Conocer cuál es la relación entre la ansiedad somática y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026.

1.4. **Hipótesis**

1.4.1. **Hipótesis General**

- La ansiedad y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026, se relacionan significativamente.

1.4.2. **Hipótesis Específicas**

- La ansiedad psíquica y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026, se relacionan significativamente.

- La ansiedad somática y la depresión en estudiantes de pueblos originarios de la escuela de educación pedagógica Publica Bilingüe, Yarinacocha 2026, se relacionan significativamente.

1.5. **Variables.**

1.5.1. **Variables 1**

- Ansiedad

1.5.2. **Variables 2**

- Depresión

1.5.3. **Operacionalización de variables.**

Tabla 1. *Matriz de operacionalización de variables.*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala	Nivel
Ansiedad	Psíquica	Tristeza. Pesimismo. Fracaso. Pérdida de Placer. Sentimientos de Culpa. Sentimientos de Castigo, Disconformidad con uno mismo. Autocrítica. Pensamientos o Deseos Suicidas. Llanto. Agitación. Pérdida de Interés. Indecisión. Desvalorización. Pérdida de Energía. Cambios en los Hábitos de Sueño. Irritabilidad. Cambios en el Apetito. Dificultad de Concentración. Cansancio o Fatiga. Pérdida de Interés en el Sexo	Ordinal	Leve Moderada Grave
	Somática			
Depresión	Cognitiva-afectiva	Humor ansioso. Tensión. Miedos. Insomnio. Funciones intelectuales. Humor deprimido. Síntomas somáticos generales. Síntomas somáticos generales. Síntomas cardiovasculares. Síntomas respiratorios. Síntomas gastrointestinales. Síntomas genitourinarios Síntomas del sistema nervioso autónomo. Comportamiento durante la evaluación	Ordinal	Alto Regular Malo
	Somática vegetativa			

1.6. **Justificación e importancia.**

1.6.1. **Justificación Teórica**

Desde el marco teórico, estudiar la ansiedad y la depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios es urgente para cerrar un vacío en la investigación: la mayoría de estudios se enfocan en entornos urbanos o monolingües y no consideran las realidades

culturales y lingüísticas de estos jóvenes, y la falta de programas psicológicos adaptados dificulta diagnósticos y tratamientos efectivos.

1.6.2. Justificación Metodológica

La presente investigación se justificó metodológicamente en la necesidad de emplear un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con el objetivo de analizar la relación entre la ansiedad y la sintomatología depresiva en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe de Yarinacocha. Se seleccionó este enfoque debido a que permitió recopilar y analizar datos objetivos y medibles sobre las variables en estudio, posibilitando así identificar la prevalencia y el grado de relación existente entre la ansiedad y la sintomatología depresiva en este grupo específico de estudiantes. Además, la aplicación de cuestionarios estandarizados y validados, adecuados al contexto cultural de los participantes, garantizó la fiabilidad y validez de la información obtenida. De esta forma, la metodología empleada proporcionó una base sólida para comprender la magnitud del problema y aportar evidencia científica relevante que pueda orientar futuras intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar psicológico de los estudiantes pertenecientes a pueblos originarios.

1.6.3. Justificación Practica

En la práctica, los resultados ofrecerán a profesionales de salud y educación herramientas para identificar y tratar la ansiedad y la depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios, permitiendo intervenciones más efectivas y culturalmente pertinentes que mejoren

su bienestar, su rendimiento escolar, reduzcan la deserción y favorezcan su integración social y educativa.

1.6.4. Importancia

Este proyecto es clave para incorporar a los pueblos originarios en las políticas de salud y educación: aportará evidencia para diseñar programas sensibles a las barreras culturales y lingüísticas y servirá de base para futuras investigaciones. Al enfocarse en los trastornos emocionales de estudiantes bilingües, permitirá ofrecer una atención más personalizada que mejore su salud mental y bienestar.

Esta investigación establece un precedente clave para la salud mental de estudiantes bilingües de pueblos originarios, al identificar riesgos específicos y facilitar la aplicación de estrategias culturalmente adaptadas que mejoren su bienestar emocional y su integración escolar y social.

1.7. **Viabilidad.**

El estudio fue viable, ya que no hay programas post pandemia dirigidos a la ansiedad y depresión en poblaciones bilingües y se cuenta con la autorización de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, por lo que sus resultados serán de interés y beneficio tanto para la institución como para los estudiantes.

1.8. **Limitaciones.**

Escasos estudios en esta línea investigación a nivel de la región de Ucayali y de la región amazónica que sirvan como antecedentes.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Antecedentes internacionales.

Kisely et al. (2017), en su estudio titulado “The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta- analysis” Revisó 19 estudios de Norte y Latinoamérica para evaluar cuánto afectan la depresión y la ansiedad a las poblaciones originarias. (1)

Un estudio con más de 250 000 personas de comunidades originarias encontró mayores tasas de ansiedad y depresión que en la población mestiza y exige atención de salud mental respetuosa y adaptada a sus realidades culturales. (1)

Caquéo-Urízar et al. (2014), en su estudio titulado “Mental health of indigenous school children in Northern Chile”, Analizó cuánto padecen ansiedad y depresión los niños Aymara del norte de Chile para mejorar su cuidado emocional. (2)

Comparando niños Aymara y no Aymara con escalas validadas, se halló que, aunque la ansiedad y la depresión fueron similares, los niños Aymara mostraron más desesperanza y estrés, lo que apunta a la necesidad de apoyo emocional adaptado. (2)

Muhajarine et al. (2021), en su estudio titulado “Spirituality, community belonging, and mental health outcomes of Indigenous peoples during the COVID-19 pandemic”, Analizaron cómo la pandemia

afectó la salud emocional de comunidades indígenas en Canadá y si el vínculo comunitario influyó en la aparición de ansiedad y depresión. (3)

El estudio mostró que las comunidades originarias que mantienen su identidad y prácticas espirituales sufren menos depresión y ansiedad, mientras que la desconexión cultural se asocia a mayor malestar, lo que indica que la cultura protege el bienestar emocional. (3)

StatCan (2020), en su informe titulado “Indigenous people and mental health during the COVID-19 pandemic”, Durante la pandemia, más del 40 % de las personas indígenas en Canadá experimentaron ansiedad o depresión, con los jóvenes siendo los más afectados. (4)

El informe muestra que la depresión y la ansiedad afectan más a las comunidades indígenas que a la población general, y que la pobreza, el racismo y la falta de servicios de salud mental empeoran ese sufrimiento; este hallazgo es clave para entender cómo la exclusión social deteriora su salud emocional. (4)

Ahmad et al. (2021), en su estudio titulado “Anxiety and depression in two indigenous communities in Bangladesh”, Evaluaron la salud emocional de jóvenes de dos comunidades indígenas en Bangladesh para orientar su apoyo. (5) El estudio encontró más ansiedad y depresión en comunidades altamente marginadas y sin acceso a educación y salud, y evidencia que la pérdida de tradiciones y del vínculo con la tierra también potencia ese sufrimiento emocional. (5)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

Flores-Cohaila et al. (2026), en su estudio titulado “Decolonizing mental health: how native languages reshape depression network architecture in 31,276 Peruvians”, En Perú examinaron si la lengua materna (quechua, aymara o castellano) condiciona la forma en que se manifiestan los síntomas de la depresión. (6)

Con una muestra nacional representativa, el estudio mostró que la red de síntomas depresivos varía según la lengua: en hablantes de quechua la fatiga resulta central, mientras que en los de aymara destaca la ideación suicida. (6)

Angulo-Ramírez et al. (2025), en su estudio “Multimorbidity and its association with mental health in an adult population of Peru”, Analizaron cómo la ansiedad y la depresión se vinculan con enfermedades crónicas en 1.600 adultos peruanos, para orientar su atención integral. (7)

Las personas con multimorbilidad (varias enfermedades crónicas) presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos. (7)

En estudiantes bilingües de pueblos originarios, la adversidad socioeconómica y la falta de servicios de salud aumentan la carga emocional y el riesgo de ansiedad y depresión; el estudio subraya la urgencia de una atención integral que combine cuidados médicos y apoyo emocional adaptado a su realidad. (7)

Zila-Velasque et al. (2023), en su estudio titulado “Sociodemographic and educational factors associated with mental health disorders in medical students of clinical years: A multicenter study in Peru”, Analizaron qué factores están ligados a la ansiedad y la depresión entre estudiantes de medicina peruanos. (8)

En 808 estudiantes, la depresión y la ansiedad fueron más frecuentes entre quienes percibían un ambiente educativo negativo y provenían de contextos socioeconómicos desfavorables; los autores recomiendan abordar tanto las condiciones educativas como las sociales para proteger su salud mental. (8)

Julio Cjuno et al. (2024), en su estudio titulado “Psychometric analysis and adaptation of the generalized anxiety questionnaire (GAD-7) to the Collao Quechua language in Peru”, adaptaron y validaron la escala GAD-7 para la población bilingüe Quechua-Castellano en la región de Puno, Perú. (9)

La versión en quechua de la escala resultó válida y confiable para identificar síntomas de ansiedad en población indígena. (9)

El estudio enfatiza la necesidad de herramientas de diagnóstico adaptadas cultural y lingüísticamente para detectar y atender la ansiedad en comunidades bilingües con acceso limitado a servicios de salud mental.

Olaza-Maguiña et al. (2025), en su estudio “Factors associated with the rejection of depression treatment in Quechua-speaking indigenous postmenopausal women from Peru”, Estudiaron qué

factores culturales llevan a que mujeres quechuas postmenopáusicas rechacen el tratamiento para la depresión. (10)

La desconfianza en los servicios, el miedo a los efectos de los fármacos y la preferencia por curaciones tradicionales explican por qué muchas mujeres quechuas postmenopáusicas rechazan el tratamiento; adaptar las intervenciones a sus tradiciones culturales es clave para lograr mayor aceptación y efectividad. (10).

2.1.3. Antecedentes locales.

Estrada Alvarado (2023), en su tesis titulada “Ansiedad y depresión en estudiantes de psicología en tiempos de post pandemia en la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2022”, Exploró la relación entre ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Pucallpa para orientar su apoyo emocional. (11)

Esta investigación, basada en una muestra de 82 estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Ucayali, reveló que el 45,1 % de los estudiantes no presentaron síntomas significativos de ansiedad, pero un 40,2 % mostró síntomas moderados de depresión. El estrés académico se asoció con ansiedad y depresión, indicando que la carga emocional postpandemia entre estudiantes es alta y coincide con hallazgos de otros estudios regionales. (11)

Informe de la Defensoría del Pueblo de Ucayali (2022) La región dispone de muy pocos servicios de salud mental, por lo que mucha gente queda sin el apoyo que necesita. (12) El informe indica que en distritos remotos de Ucayali, como Purús y Yarinacocha, la falta de

atención psicológica adecuada para las comunidades rurales está vinculada a elevados niveles de ansiedad y depresión. Según el informe, más del 35 % de los ciudadanos de estas zonas rurales reportaron sentir síntomas de depresión o ansiedad debido a la falta de acceso a servicios de salud mental. Este dato es clave para entender que los estudiantes bilingües de Ucayali, además de enfrentar barreras lingüísticas, sufren obstáculos geográficos y económicos que limitan su acceso a atención adecuada. (12)

Estudio realizado por EsSalud Ucayali (2023), En el Hospital II de Pucallpa, casi la mitad (45 %) de los pacientes con enfermedades crónicas vistos en consulta externa presentó síntomas de depresión y ansiedad. (13)

El estudio muestra que las enfermedades crónicas, junto con la pobreza y la falta de recursos en Ucayali, aumentan la prevalencia de trastornos emocionales y demanda programas de salud mental que atiendan estas comorbilidades. (13).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Variable Ansiedad

2.2.1.1. Definición de Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo. Sin embargo, si estas reacciones se hacen habituales y alteran la vida diaria, deben evaluarse para determinar si son ansiedad patológica. La ansiedad es la respuesta corporal ante una amenaza que

causa malestar, como preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia y agitación. Se considera un trastorno de ansiedad cuando la reacción se vuelve incontrolable y persistente en la persona. (14)

Los Trastornos de Ansiedad (TA), Son trastornos comunes que causan sufrimiento y discapacidad, con un impacto notable en la vida social y económica. Son más comunes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%). (14)

2.2.1.2. Origen etimológico y diferenciación

La palabra "ansiedad" viene del latín anxietas (agitación, inquietud) y se solapa con "angustia" por compartir raíz; esa confusión aumentó tras traducir el alemán "angst" que Freud incorporó en 1894. Además, es importante distinguir claramente ansiedad de miedo.

Tradicionalmente se diferencian miedo y ansiedad por tres criterios: si existe o no un estímulo concreto (miedo ante una amenaza real; ansiedad por anticipación), el tipo de síntomas predominantes (miedo: activación, lucha o huida; ansiedad: paralización y sensación de incapacidad) y la proporcionalidad de la respuesta frente al peligro (miedo acorde al riesgo; ansiedad desproporcionada). (14)

En esta línea, Foa y Kozak (1986) Definieron el miedo como una estructura cognitiva en la memoria (estímulos

temidos, respuestas y su significado) y la ansiedad como su forma patológica: asociaciones imprecisas, reacciones físicas ante estímulos inocuos y respuestas desproporcionadas que impiden la adaptación. (14)

2.2.1.3. Evolución historia del estudio de la ansiedad

El avance de la psicología y la aparición de distintas teorías originaron enfoques variados y complementarios sobre la ansiedad que surgieron simultáneamente y se enriquecieron mutuamente:

El enfoque psicofisiológico registró respuestas corporales para entender la conducta; sin emplear el término "ansiedad", sentó las bases científicas sobre las emociones que luego impulsaron su estudio. James, se interesó por el sistema nervioso autónomo y somático, y formuló la teoría periférica de la emoción. (14)

Planteó que la emoción surge como consecuencia de cambios corporales: la percepción de un estímulo significativo provoca reacciones fisiológicas y motoras, y la conciencia de esas reacciones genera la experiencia emocional. (14)

Enfoque psicodinámico: estudia la ansiedad desde la actividad intrapsíquica mediante la introspección. Freud la situó en el centro de su teoría con tres aportes: primero la vio como excitación física acumulada que busca descarga somática; luego la vinculó a la represión de impulsos inaceptables; y

finalmente propuso que la represión es consecuencia de la ansiedad, que actúa como señal interna de peligro originada en traumas tempranos. (14).

El enfoque experimental motivacional, nacido como alternativa al método introspectivo, estudia la conducta observable y el aprendizaje mediante experimentos para explicar, predecir y modificar el comportamiento; considera las emociones como respuestas fisiológicas heredadas y los procesos internos (pensamientos, afectos) como conductas privadas, accesibles solo por su verbalización o por su efecto en la conducta observable. (14)

El enfoque cognitivo conductual puso el foco en cómo los procesos mentales (pensamientos y creencias) median entre un estímulo aversivo y la respuesta ansiosa, complejizando el viejo modelo estímulo-respuesta y mostrando tanto que los pensamientos pueden mantener la ansiedad como que la ansiedad altera la cognición y el comportamiento. (14)

2.2.1.4. Ansiedad normal y ansiedad patológica

Ansiedad normal: Es adaptativa, permite al sujeto responder al estímulo de forma adecuada ante un estímulo real o potencial (no imaginario o inexistente). La reacción debe ser proporcional: cualitativamente y cuantitativamente, en tiempo, en duración y en intensidad.

Ansiedad patológica: Es cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa. “Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo”. “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.” “Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo” (15)

2.2.1.5. Ansiedad y miedo

La ansiedad es un malestar emocional con tensión, aprensión y activación corporal ante un peligro percibido, pero no claramente identificado; el miedo comparte la misma reacción física pero se desencadena por una amenaza real, consciente y presente. (15)

El miedo es una emoción universal, compartida con otros animales y que suele provocar evitación, huida o defensa; junto con la alegría, la tristeza y el enojo forma el repertorio emocional básico necesario para la vida, y su expresión varía según las amenazas que cada persona enfrenta (15). Los principales miedos reportados son:

-A la Muerte: Pérdida de la vida, está inscrita en el código genético.

-A la Anomia: Pérdida de la identidad, se adquiere culturalmente.

-A la Locura: pérdida del control sobre sí mismo o sobre los actos

2.2.1.6. Neurobiología de la ansiedad

Un sistema neuronal antiguo, liderado por la amígdala y el locus coeruleus dentro del sistema límbico, nos protege mediante respuestas de lucha/huida, alimentación y reproducción y está ligado a emociones como la ira, el miedo y el amor. La amígdala, en el lóbulo temporal, actúa como una alarma que conecta con la corteza prefrontal y sensorial, el hipocampo, hipotálamo, tálamo, núcleo accumbens, estriado, la estría terminalis y núcleos del tronco encefálico, integrando regulación autonómica, memoria y aprendizaje por recompensa, lo que explica su papel clave en el miedo y la ansiedad. (15)

En resumen: la amígdala conecta con los sistemas hormonales, autonómicos y musculares que ejecutan las respuestas de miedo y ansiedad; interpreta señales internas y externas y activa reacciones físicas y conductuales de alarma a través de receptores noradrenérgicos, benzodiazepínicos y serotoninérgicos (5-HT1).

El locus ceruleus, en el puente junto al cuarto ventrículo, es el principal núcleo noradrenérgico del cerebro y recibe señales sobre el estado interno y externo del organismo. Su actividad, clave para la vigilancia y la respuesta al estrés, se inhibe por vías GABA/benzodiazepínicas y serotoninérgicas y se activa por péptidos como VIP y CRF, la sustancia P y la acetilcolina, lo que lo convierte en un centro esencial para reaccionar ante cambios del medio. (15)

El tálamo, en el centro del diencéfalo, funciona como una estación de relevo que dirige las señales sensoriales hacia la corteza y, ante el peligro, hacia la amígdala; si se daña, desaparecen reacciones de miedo esperadas ante estímulos como un ruido. El hipotálamo, formado por varios núcleos frente a los cuerpos mamilares, coordina la activación simpática y las respuestas hormonales al estrés, liberando sustancias como CRF, vasopresina y oxitocina para movilizar al organismo ante una amenaza. (15).

La sustancia gris periacueductal participa en las respuestas al miedo: ante una amenaza inminente (p. ej. un ataque) la zona lateral activa conductas defensivas, mientras que ante un peligro menos inmediato provoca un estado de “congelamiento” vía la zona ventrolateral (15).

El hipocampo, conectado con el sistema límbico y la corteza sensorial, tiene una alta densidad de receptores

5-HT1A y participa en la ansiedad; agonistas de esos receptores, como la buspirona, ayudan a controlarla (15).

La corteza orbitofrontal integra señales sensoriales y límbicas para interpretar lo emocional, planificar y ajustar la respuesta ante una amenaza y evaluar su eficacia; su alta concentración de receptores 5 HT2 sugiere un papel clave en el procesamiento emocional. (15)

2.2.2. Variable Depresión

2.2.2.1. Definición de depresión

La depresión es un trastorno muy frecuente y una prioridad de salud pública: la OMS calcula más de 264 millones de casos y la sitúa entre las principales causas de discapacidad. Además de deteriorar la calidad de vida, reduce la productividad social y económica y golpea con especial dureza a grupos vulnerables, como los estudiantes bilingües de pueblos originarios.

2.2.2.2. Características de la depresión

La depresión es una tristeza profunda y prolongada que afecta cuerpo y mente, provocando pérdida de interés, alteraciones del sueño y el apetito, sentimientos de culpa o inutilidad y dificultad para concentrarse. Puede surgir por estrés crónico, trauma, predisposición genética o desequilibrios biológicos, y en estudiantes bilingües de pueblos originarios las

barreras socioculturales y lingüísticas complican su detección y tratamiento. (16)

2.2.2.3. Factores predisponentes

Estudios indican que la depresión tiene múltiples causas; entre las biológicas destaca el desequilibrio de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, que alteran la regulación del ánimo y pueden llevar a sentimientos persistentes de malestar. (17)

Además, El abuso (emocional, físico o sexual) y la pérdida de seres queridos suelen dejar huellas profundas y aumentan significativamente el riesgo de depresión en adolescentes. (17)

En estudiantes bilingües de pueblos originarios, la discriminación, la marginación, la obligación de adaptarse a un sistema escolar monolingüe y la falta de servicios de salud en su propia lengua elevan el riesgo de depresión; al no poder expresarse ni ser comprendidos culturalmente, se sienten aislados y más propensos a desarrollar síntomas depresivos. (18).

2.2.2.4. Impacto de la depresión en los estudiantes bilingües

En estudiantes bilingües de pueblos originarios, la depresión afecta gravemente el bienestar emocional y el rendimiento académico: reduce la motivación, dificulta la concentración y la toma de decisiones, daña las relaciones

sociales y, al sumarse las barreras lingüísticas y culturales, aumenta su aislamiento y dificulta la comunicación con docentes y compañeros.

Además, La depresión puede provocar un círculo vicioso: bajo rendimiento, pérdida de autoestima y dificultad para afrontar el estrés escolar, lo que aumenta la deserción y reduce las oportunidades de crecimiento personal y profesional.

2.2.2.5. Tratamiento y manejo de la depresión

El tratamiento de la depresión en adolescentes suele combinar psicoterapia y, cuando es necesario, medicación. La terapia cognitivo-conductual es especialmente efectiva para cambiar pensamientos negativos que mantienen la depresión, y en algunos casos se recurre a antidepresivos (por ejemplo ISRS) para estabilizar los neurotransmisores y mejorar el ánimo. (19)

Los tratamientos para estudiantes bilingües de pueblos originarios deben adaptarse culturalmente: las intervenciones psicológicas y farmacológicas han de acompañarse de enfoques que respeten y valoren su lengua, tradiciones y particularidades culturales para que sean efectivos y aceptables. (20)

2.2.2.5. Importancia del enfoque cultural

El tratamiento de la depresión debe ser cultural y lingüísticamente sensible: profesionales formados en la cosmovisión y prácticas de las comunidades originarias, que usen la lengua materna y combinen técnicas psicológicas con enfoques interculturales que respeten y fortalezcan la identidad de los estudiantes bilingües. (20)

2.2.2.6. Pueblos originarios en el Perú

Los pueblos originarios del Perú viven una larga historia de marginación y hoy ven amenazada su identidad por la globalización, los proyectos extractivos (minería, tala) y políticas que desconocen sus derechos. Esa pérdida de tierras y cultura incrementa la pobreza y la desigualdad y golpea la salud mental de la comunidad, sobre todo de los jóvenes. (20)

2.2.2.7. Contexto cultural y lingüístico

La Amazonía peruana alberga cerca de 50 pueblos originarios con ricas tradiciones y saberes sobre la naturaleza; sin embargo, un sistema educativo monolingüe que impone el castellano no valora ni

promueve sus lenguas y conocimientos, profundizando su aislamiento cultural y afectando su identidad y bienestar. (22)

La lengua, la identidad y la salud mental están vinculadas: la falta de una educación inclusiva que respete la cosmovisión de los estudiantes bilingües provoca frustración, aislamiento y desesperanza, elevando el riesgo de ansiedad y depresión. (23)

2.2.2.8. Discriminación y marginación

Los pueblos originarios del Perú, sobre todo en la Amazonía, han sido históricamente marginados y hoy ven amenazada su identidad por la globalización, proyectos extractivos y políticas que desconocen sus derechos; esa pérdida de tierras y cultura aumenta la pobreza y la desigualdad y deteriora la salud mental de la comunidad, especialmente de los jóvenes. (24)

2.2.2.9. Selva Amazónica e impacto en salud mental

La Amazonía es el hogar y el sostén cultural de los pueblos originarios; su aislamiento y la falta de recursos les impiden acceder a servicios de salud adecuados, incluida la atención en salud mental.

2.2.2.10. Aislamiento geográfico y falta de recursos

En la Amazonía peruana, el aislamiento y la falta de servicios y de profesionales que hablen lenguas indígenas privan a las comunidades originarias de atención adecuada para la ansiedad y la depresión, dejándolas sin el apoyo que necesitan. (25)

2.2.2.11. Impacto de la deforestación y el cambio climático

El cambio climático y la deforestación en la Amazonía generan estrés ambiental y económico para los pueblos originarios, que dependen de la tierra y la biodiversidad para vivir. La pérdida de territorios y costumbres afecta profundamente el bienestar emocional, sobre todo de los jóvenes, que sufren desplazamiento, incertidumbre y dolor por ver destruir su hogar. (26)

La degradación ambiental tiene un fuerte impacto psicológico: la ecoansiedad, o angustia por el cambio climático y la destrucción del territorio, deja a muchos jóvenes indígenas con sensación de indefensión respecto al futuro y aumenta sus niveles de ansiedad y depresión. (27).

2.2.2.12. Bilingüismo

Para los estudiantes de la Amazonía, el bilingüismo forma parte de su identidad; sin embargo, verse obligados a adaptarse a un sistema escolar que no valora su lengua materna provoca desconexión emocional y cognitiva, aumentando el estrés, la ansiedad y la depresión.

2.2.2.13. Bilingüismo y barreras lingüísticas

El bilingüismo puede fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia, pero también generar estrés: al tener que usar una lengua que no es la materna en la escuela y la sociedad,

muchos estudiantes sienten desconexión y frustración, y si su lengua no se valora, aumenta el riesgo de ansiedad, depresión y baja autoestima. (28)

Los estudiantes bilingües deben manejar dos sistemas comunicativos y culturales, y en la adolescencia, etapa clave para formar la identidad, esa tensión puede generar desarraigo, aumentar el estrés y elevar el riesgo de ansiedad y depresión. (29)

2.2.2.14. Bilingüismo, discriminación y salud mental

En escuelas que privilegian el castellano, los jóvenes que hablan lenguas indígenas suelen sentirse estigmatizados y excluidos; esa discriminación lingüística y cultural daña su integración, genera sentimientos de inferioridad y eleva su estrés y ansiedad. (30)

2.2.2.15. El bilingüismo como factor de resiliencia

Por otro lado, El bilingüismo puede ser una fuente de resiliencia: las lenguas indígenas transmiten valores y saberes ancestrales, y hablar la lengua materna conecta a los estudiantes con sus raíces, fortalece su identidad y les brinda apoyo emocional, sentido de pertenencia y recursos para afrontar el estrés y las crisis. (31)

Entender cómo el bilingüismo influye en la salud mental de estudiantes de pueblos originarios es esencial para crear intervenciones cultural y lingüísticamente pertinentes que

respeten y usen las lenguas originarias como recurso de resiliencia

2.3. Bases filosóficos

- **Estoicismo (Epicteto)**

"Aflicción y ansiedad no proceden de las cosas mismas sino de nuestras opiniones sobre ellas; sólo nos perturba lo que valoramos como malo" (32).

- **Existencialismo temprano (Sócrates/Platón)**

"El mayor peligro para la mayoría de nosotros no es que nuestro objetivo sea demasiado alto y lo fallemos, sino que sea demasiado bajo y lo logremos" (33).

- **Teoría de los Humores (Hipócrates)**

"La melancolía es producida por el predominio de la bilis negra; este humor afecta al alma produciendo tristeza y temor" (34).

- **Hedonismo (Epicuro)**

"El origen y la raíz de todo bien es el placer del vientre; de él partimos para determinar si algo es bueno o malo" (35).

2.4. Definiciones conceptuales

- **Ansiedad**

Es una respuesta normal ante amenazas; si se vuelve constante y altera la vida diaria, debe evaluarse como un posible trastorno ansiógeno. (36)

- **Depresión**

Es un trastorno que distorsiona la interpretación de la realidad, inclinando los pensamientos hacia lo negativo debido a esquemas mentales desadaptativos. (37)

- **Ansiedad psíquica**

Estado de alerta y malestar ante amenazas futuras, reales o imaginadas, que provoca preocupación excesiva, nerviosismo, tensión, problemas de concentración y sensación de pérdida de control. (38)

- **Ansiedad física**

Respuesta corporal ante estrés o peligro que activa la reacción de lucha o huida y se expresa como palpitaciones, tensión muscular, respiración rápida, sudoración y malestar digestivo. (39)

- **Pueblos originarios de la Selva**

Los pueblos originarios de la selva son comunidades diversas de la Amazonía (principalmente en Perú, Brasil, Colombia y Bolivia) con culturas e idiomas propios y un vínculo profundo con la naturaleza; enfrentan amenazas como la explotación ilegal y luchan por proteger sus territorios ancestrales. (40)

- **Bilingüismo en pueblos originarios**

Combina la lengua indígena materna con el castellano, promoviendo la educación intercultural bilingüe para preservar la identidad, garantizar derechos lingüísticos y mejorar el aprendizaje y el desarrollo cognitivo. (40)

- **Juventud**

Etapa de tránsito entre la infancia y la adultez (aprox. 15–24/29 años según OMS/ONU), con cambios físicos, cognitivos y sociales; un periodo de energía, formación de identidad y desarrollo del pensamiento crítico. (39)

2.5. Bases epistémicos.

- Psicoanálisis Freudiano (Ansiedad)

Freud consideró la ansiedad como “una reacción ante el peligro percibido, que guarda relación con la represión de impulsos inconscientes” (41)

- Teoría Cognitivo-Conductual (Ansiedad)

Según Beck, “la ansiedad surge de distorsiones cognitivas que llevan a la sobrestimación del peligro y la subestimación de la capacidad de afrontamiento del individuo” (42).

- Teoría Bioquímica-Neurológica (Depresión)

“La hipótesis monoaminérgica postula que la depresión está relacionada con una deficiencia de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro” (43).

- Teoría del Aprendizaje de Seligman (Depresión)

Seligman propuso que “la depresión puede desarrollarse como resultado de una expectativa aprendida de indefensión frente a los eventos negativos” (44).

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLÓGICO

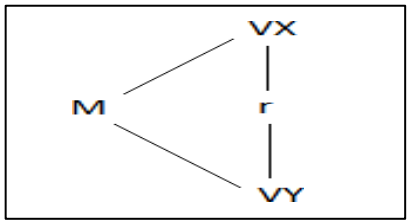
3.1. Tipo de investigación.

La investigación es de tipo prospectivo, debido a que se diseñó y se realizó en el presente. Transversal, porque se examinó las características de una *población una sola ocasión y de inmediato se procede a describirlas o analizarlas. De nivel correlacional, porque se analizó la relación entre variables que intervienen en el estudio.*

3.2. Diseño y esquema de la investigación.

La investigación respondió a un diseño no experimental, porque se la información que se obtuvo no fue intervenida, ni produjo cambios intencionales en las variables estudiadas, es decir no se realizó modificaciones.

Figura 1. *Esquema de investigación.*



Donde:

M = Estudiantes de Pueblos Originarios.

Vx = Medición de la variable Ansiedad.

Vy = Medición de la variable Depresión.

r = Relación entre las variables.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por 80 jóvenes estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Publica Bilingüe.

3.3.2. Muestra y muestreo

La muestra fue el 100% de la población, el cual se utilizará el muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.4. Instrumentos de recolección de datos.

3.4.1. Instrumentos de recolección

Se empleó la técnica de la encuesta, de esta forma se obtuvo la información necesaria para el estudio de la investigación.

Para el recojo de datos, se utilizó el cuestionario para registrar información y datos de ambas variables de estudio.

Para la variable ansiedad que tiene 14 ítems, los ítems se detallan de la siguiente manera:

Cuestionario de Ansiedad de Max R. Hamilton

Ansiedad General

Ansiedad psíquica: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14

Ansiedad somática: 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13

Este instrumento fue creado por Max R Hamilton.

Puntuaciones para determinar el valor final de las dimensiones de la ansiedad. Puntuaciones:

Alta: 15 a más puntos Media: 6 – 14 puntos Baja: 0 – 5 puntos

El formato de este instrumento es de una escala tipo Lickert, con 5 categorías de respuesta ordenadas codificadas de 1 hasta 5 puntos. La valoración se realizó clasificándolo como sin ansiedad (normal), ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.

La medición de la variable ansiedad se realizó de la siguiente manera: Ansiedad grave: 15 a más puntos

Ansiedad media: 6 – 14 puntos

Sin ansiedad: 0 – 5 puntos

Para la variable Depresión se utilizó un cuestionario que consta de 21 ítems:

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es un autoinforme de 21 ítems que mide la severidad de la depresión (0-63 puntos) durante las últimas dos semanas.

Evalúa síntomas cognitivos, afectivos y somáticos, siendo una herramienta clínica fundamental. Dimensiones del BDI-II.

El inventario se estructura principalmente en dos subescalas o dimensiones principales que abarcan la sintomatología depresiva: Dimensión Cognitivo-Afectiva: Incluye tristeza, pesimismo, pasado fracasado, pérdida de placer, sentimientos de culpa, castigo, desvalorización, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía. Dimensión Somática-Física: Abarca cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo.

Interpretación de las Puntuaciones (BDI-II)

La puntuación total se obtiene sumando los valores de cada ítem (0 a 3 puntos cada uno). Las puntuaciones más altas indican mayor severidad: 0–13: Depresión mínima.

14–19: Depresión leve.

20–28: Depresión moderada.

29–63: Depresión grave. Depresión

3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

3.5.1. Técnica de recojo

Para la técnica de recojo, se realizó los siguientes procedimientos:

-Se presentó la solicitud para el permiso de estudio a la Dirección de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe.

-Se coordinó el ingreso a la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe. Previa autorización de la administración.

-Se programó los días en los cuales se aplicará los instrumentos a los estudiantes.

-Se solicitó a los estudiantes por medio consentimiento informado la participación y aceptación voluntaria de la investigación.

-Los instrumentos fueron aplicados de forma presencial y en un lapso de 45 minutos por estudiante.

3.5.2. Procesamiento y presentación de datos

Los datos se analizaron con el software estadístico SPSS, en su versión 29.0 y la hoja de cálculo de Excel. Se presentaron los

resultados de manera clara, usando estadísticas descriptivas como tablas de frecuencias cruzadas y gráficos para facilitar la comprensión. Además, se realizaron pruebas de normalidad y análisis de correlación, utilizando el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Los valores de p fueron menores de 0.05, por lo que se aceptaron la hipótesis.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

4.1. Resultados en base a la estadística descriptiva.

Tabla 2. *Edad de los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-20	8	10%
28-30	13	16.25%
21-23	22	27.50%
24-27	28	35.00%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

En esta tabla se presenta la distribución de la edad estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026. Se observa que la mayoría de los estudiantes tienen edades entre 24 a 27 años (35%), seguidos por aquellos entre 21 a 23 años (27.50%), los estudiantes entre 28 a 30 años (16.25%) y finalmente estudiantes entre los 18 a 20 años de edad con el (10%).

Tabla 3. *Niveles de Ansiedad en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Nivel de Ansiedad General	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	38.75%
Moderado	26	32.50%
Alto	23	28.75%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

Esta tabla presenta la distribución de los niveles de ansiedad general en los estudiantes. La mayor parte de los estudiantes tiene un nivel bajo de

ansiedad general (38.75%). Este es el grupo mayoritario, lo que sugiere que muchos de los estudiantes no experimentan niveles elevados de ansiedad.

El nivel moderado (32.50%) y alto (28.75%) de ansiedad también están presentes, pero en menor proporción.

El bajo nivel de ansiedad puede estar asociado con menos afectación emocional en el contexto estudiado.

Tabla 4. *Niveles de Ansiedad Psíquica en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Nivel de Ansiedad Psíquica	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	28	35.00%
Moderado	27	33.75%
Alto	25	31.25%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

Esta tabla presenta la distribución de los niveles de ansiedad psíquica en los estudiantes. Los niveles moderados y bajos de ansiedad psíquica son predominantes, con un 68.75% de los estudiantes experimentando ansiedad psíquica baja o moderada.

Ansiedad psíquica alta se presenta en 31.25%, lo cual sugiere que una proporción significativa de los estudiantes podría estar experimentando una ansiedad cognitiva más pronunciada (preocupación, pensamientos intrusivos).

Tabla 5. *Niveles de Ansiedad Somática en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Nivel de Ansiedad Somática	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	28	35.00%
Moderado	27	33.75%
Alto	25	31.25%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

Esta tabla presenta la distribución de los niveles de ansiedad somática en los adolescentes. De igual manera a como se manifiesta la ansiedad psíquica, la mayor parte de los estudiantes tienen ansiedad somática baja o moderada (68.75%).

Ansiedad somática alta (31.25%) indica que hay una proporción considerable de estudiantes que experimentan síntomas físicos de ansiedad, como tensión muscular, palpitaciones, o molestias somáticas.

Tabla 6. N*iveles de Depresión en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Nivel de Depresión general	Frecuencia	Porcentaje
Leve	34	42.50%
Moderada	23	28.75%
Grave	23	28.75%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

Esta tabla presenta la distribución de los niveles de Depresión general en los adolescentes. La mayoría de los estudiantes presentan depresión leve (42.50%), lo que podría indicar que, aunque algunos experimentan malestar emocional, este no es lo suficientemente grave como para que se clasifique como depresión moderada o grave.

Un 28.75% de los estudiantes presenta depresión grave, lo que sugiere que hay una cantidad importante de estudiantes con síntomas de depresión que requieren atención.

Tabla 7. *Niveles de Depresión Cognitiva-Afectiva en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Nivel de Depresión cognitiva-afectiva	Frecuencia	Porcentaje
Leve	34	42.50%
Moderada	23	28.75%
Grave	23	28.75%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

En la tabla que aborda la Depresión cognitiva-afectiva, de manera similar a la depresión general, la mayoría de los estudiantes tienen depresión leve en la dimensión cognitiva-afectiva (42.50%).

Un 28.75% presenta depresión grave, lo que refleja la gravedad de los síntomas cognitivos y afectivos en este grupo.

La depresión moderada también está presente en un 28.75%, sugiriendo que una proporción significativa de los estudiantes podría estar experimentando una afectación intermedia.

Tabla 8. *Niveles de Depresión somática-vegetativa en estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de la Educación Pedagógica Pública Bilingüe.*

Nivel de Depresión somática-vegetativa	Frecuencia	Porcentaje
Leve	34	42.50%
Moderada	23	28.75%
Grave	23	28.75%
Total	80	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de pueblos originarios de la Escuela de Educación Pedagógica Pública Bilingüe, Yarinacocha 2026.

La depresión somática-vegetativa se detalla en esta tabla, La depresión leve es predominante en esta dimensión (42.50%), lo que sugiere que muchos estudiantes experimentan síntomas leves de depresión somática (fatiga, alteraciones del sueño, dolores físicos).

Depresión grave y moderada en un 28.75% cada una, lo que resalta la presencia de síntomas somáticos graves y moderados asociados con la depresión.

4.2. Prueba de normalidad.

Tabla 9. *Resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Dimensión 1 Ansiedad Psíquica	,344	80	,000
Dimensión 2 Ansiedad Somática	,363	80	,000
Variable 1 ansiedad	,367	80	,000
Variable 2 depresión	,327	80	,000

Los resultados del Kolmogorov-Smirnov indicaron que los datos no son normales ($p < 0.05$), por lo que se utilizó el coeficiente rho de Spearman para validar las hipótesis.

4.3. Prueba de hipótesis de la investigación.

Tabla 10. *Contraste de la hipótesis principal.*

Estadístico de prueba de hipótesis			Variable 2 depresión
Rho de Spearman	Variable 1 ansiedad	Coeficiente de correlación	,680
		Sig. (bilateral)	,000
		N	80

La investigación confirmó la hipótesis general mediante el estadístico Rho de Spearman, alcanzando un valor de 0.680 con una significancia de

0.000 (p < 0.05). Estos resultados demostraron una correlación alta y significativa entre la ansiedad y depresión.

Tabla 11. *Contraste de la primera hipótesis especifica.*

Estadístico de prueba de hipótesis			Variable 2 depresión
Rho de Spearman	Dimensión 1 Ansiedad Psíquica	Coeficiente de correlación	,965
		Sig. (bilateral)	,000
		N	80

La investigación confirmó la hipótesis especifica 1 mediante el estadístico Rho de Spearman, alcanzando un valor de 0.965 con una significancia de 0.000 (p < 0.05). Estos resultados demostraron una correlación alta y significativa la ansiedad psíquica y depresión.

Tabla 12. *Contraste de la segunda hipótesis especifica.*

Estadístico de prueba de hipótesis			Variable 2 calidad del servicio
Rho de Spearman	Dimensión 2 Ansiedad Somática	Coeficiente de correlación	,645
		Sig. (bilateral)	,000
		N	80

La investigación confirmó la hipótesis especifica 2 mediante el estadístico Rho de Spearman, alcanzando un valor de 0.645 con una significancia de 0.000 (p < 0.05). Estos resultados demostraron una correlación alta y significativa entre la ansiedad somática y depresión.

Tabla 13. *Ansiedad Psíquica vs Depresión Cognitiva-Afectiva.*

Ansiedad Psíquica	Grave	Leve	Moderado	Total
Alto	14	0	7	21
Bajo	0	26	10	36
Moderado	3	12	8	23
Total	17	38	25	80

La Ansiedad psíquica alta se asocia principalmente con depresión grave (14 casos) y en menor medida con depresión moderada (7 casos).

Esto indica que los estudiantes con mayor ansiedad psíquica tienden a experimentar formas más graves de depresión cognitiva-afectiva.

Ansiedad psíquica baja está fuertemente relacionada con depresión leve (26 casos), lo que sugiere que los estudiantes con menos ansiedad psíquica experimentan niveles más bajos de depresión cognitiva-afectiva.

Ansiedad psíquica moderada, los estudiantes en este grupo están más distribuidos entre depresión leve (12 casos) y depresión moderada (8 casos), lo que indica una relación mixta y menos pronunciada en comparación con los otros grupos. El p-valor es muy bajo (7.28×10^{-9}), lo que indica que hay una relación significativa entre ansiedad psíquica y depresión cognitiva-afectiva. Es decir, los niveles de ansiedad psíquica alta están fuertemente asociados con depresión grave en la dimensión cognitiva-afectiva, mientras que los estudiantes con ansiedad psíquica baja tienden a tener depresión leve.

Tabla 14. *Ansiedad Somática vs Depresión Somática-Vegetativa.*

Ansiedad Somática	Grave	Leve	Moderado	Total
Alto	14	0	7	21
Bajo	0	26	10	36
Moderado	3	12	8	23
Total	17	38	25	80

La Ansiedad somática alta está principalmente asociada con depresión grave (14 casos) y en menor medida con depresión moderada (7 casos). Esto sugiere que los estudiantes con más ansiedad somática experimentan formas más graves de depresión somática-vegetativa.

La ansiedad somática baja está fuertemente relacionada con depresión leve (26 casos), similar al caso de la ansiedad psíquica baja, lo

que indica que los estudiantes con menos ansiedad somática tienen menos síntomas de depresión grave.

Ansiedad somática moderada se distribuye más equitativamente entre depresión leve (12 casos) y depresión moderada (8 casos), lo que también sugiere una relación menos marcada entre los niveles moderados de ansiedad somática y los niveles de depresión somática-vegetativa. Al igual que con la ansiedad psíquica, la ansiedad somática también muestra una relación significativa con depresión somática-vegetativa, con un p-valor de 7.28×10^{-9}. Esto sugiere que los estudiantes con ansiedad somática alta tienen más probabilidades de tener depresión grave somática-vegetativa.

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio encuentran respaldo en la literatura existente sobre la psicología, la ansiedad y la depresión, y la salud mental en poblaciones vulnerables y originarias. Los datos obtenidos sugieren que los niveles elevados de ansiedad psíquica y ansiedad somática están fuertemente asociados con depresión grave en sus dimensiones correspondientes de depresión cognitiva-afectiva y depresión somática-vegetativa. Estos hallazgos coinciden con la teoría psicológica sobre la relación bidireccional entre ansiedad y depresión, que ha sido ampliamente documentada en estudios previos (32).

La ansiedad psíquica, que involucra síntomas cognitivos como preocupaciones excesivas y pensamientos intrusivos, está directamente relacionada con la depresión cognitiva-afectiva, la cual se caracteriza por una pérdida de interés, desesperanza y anhedonia. En nuestro estudio, los estudiantes con ansiedad psíquica alta (14 casos) mostraron una fuerte asociación con depresión cognitiva-afectiva grave (7 casos), lo que sugiere que aquellos con altos niveles de ansiedad psíquica experimentan una depresión más severa en términos emocionales y cognitivos. Esta relación está respaldada por los trabajos de Beck et al. (1979), quienes señalaron que la ansiedad psíquica puede intensificar los pensamientos negativos y las emociones disfuncionales, perpetuando los síntomas depresivos (33).

La literatura también ha documentado que la depresión cognitiva-afectiva afecta principalmente a las funciones cognitivas y a los procesos emocionales. Según Kessler et al. (2009), la ansiedad en jóvenes puede ser un factor desencadenante para desarrollar formas graves de depresión, lo que es consistente con nuestros resultados, donde la ansiedad psíquica alta se asocia a niveles graves de depresión cognitiva-afectiva (34).

La ansiedad somática, que implica manifestaciones físicas como taquicardia, tensión muscular y sudoración excesiva, muestra una relación similar con la depresión somática-vegetativa, que se manifiesta a través de síntomas físicos como fatiga, dolores corporales y alteraciones del sueño. Los estudiantes con ansiedad somática alta (14 casos) también presentaron una relación significativa con depresión somática-vegetativa grave (7 casos), lo que sugiere que los síntomas físicos de ansiedad están fuertemente correlacionados con los síntomas físicos de depresión.

Este patrón ha sido documentado en diversas investigaciones. Kroenke et al. (2007) encontraron que los síntomas de ansiedad somática pueden desencadenar o agravar los síntomas somáticos de la depresión, creando un ciclo de malestar físico que afecta tanto el bienestar emocional como físico (35). En el contexto de esta investigación, esta relación es evidente, ya que los estudiantes con niveles altos de ansiedad somática se ven más propensos a presentar depresión grave somática-vegetativa.

Los resultados obtenidos en este estudio refuerzan la idea de que las dimensiones de ansiedad psíquica y somática tienen un impacto significativo sobre las dimensiones de depresión cognitiva-afectiva y somática-vegetativa. La

interrelación entre estas dimensiones confirma lo que se ha propuesto en estudios previos: la ansiedad y la depresión son trastornos comórbidos, que frecuentemente coexisten y se potencian mutuamente. Según Weiss et al. (2001), los trastornos de ansiedad y depresión comparten una base neurobiológica común, lo que explica su frecuente aparición conjunta en los mismos individuos (36).

Los estudiantes con ansiedad alta (ya sea psíquica o somática) tienden a experimentar depresión grave, lo cual es consistente con lo que se ha observado en investigaciones clínicas, donde los trastornos de ansiedad son predictores de la aparición de depresión grave en individuos jóvenes.

La literatura sobre jóvenes bilingües y poblaciones originarias muestra que estos grupos experimentan una vulnerabilidad emocional particularmente alta debido a factores como la discriminación y el aislamiento social. Estudios realizados con jóvenes indígenas y bilingües en diversas regiones han demostrado que el contexto sociocultural y las experiencias de exclusión pueden contribuir a niveles elevados de ansiedad y depresión. En un estudio realizado por Weiss et al. (2001), se documentó que los jóvenes que enfrentan barreras lingüísticas y culturales son más propensos a desarrollar trastornos mentales graves, como la ansiedad y la depresión, debido a los factores de estrés social acumulado y la falta de acceso a servicios de salud adecuados (36).

En el Perú y otros países latinoamericanos, investigaciones sobre poblaciones originarias han mostrado que estos grupos presentan tasas significativamente más altas de depresión y ansiedad en comparación con otros sectores de la población. Estos hallazgos respaldan la idea de que los factores

culturales y socioeconómicos desempeñan un papel fundamental en la salud mental de los jóvenes, especialmente en aquellos que viven en comunidades marginalizadas o que enfrentan barreras para acceder a servicios de salud mental de calidad.

CONCLUSIONES

- La alta prevalencia de ansiedad en los estudiantes de pueblos originarios bilingües subraya la necesidad de integrar evaluaciones y programas de intervención en salud mental en las comunidades educativas. Abordar la ansiedad puede ser clave para mitigar factores subyacentes a la depresión y mejorar el bienestar emocional de los jóvenes, especialmente en contextos de vulnerabilidad cultural y social, donde los efectos del aislamiento cultural pueden intensificar los síntomas de ansiedad.
- Los niveles elevados de ansiedad psíquica y somática están fuertemente asociados con la aparición de depresión grave. Este estudio muestra que los jóvenes bilingües y originarios son especialmente vulnerables a desarrollar afecciones emocionales. Las intervenciones en salud mental deben abordar simultáneamente ambas condiciones, ya que la comorbilidad entre ansiedad y depresión puede generar un ciclo perpetuo de malestar emocional.
- La identificación temprana de los síntomas de ansiedad y depresión en poblaciones jóvenes es crucial para evitar que los trastornos se agraven. Los hallazgos del estudio sugieren que los jóvenes bilingües u originarios presentan una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión grave. Los programas de intervención deben estar dirigidos especialmente a estos grupos, ya que están en mayor riesgo de sufrir efectos emocionales severos debido a factores culturales, lingüísticos y sociales.
- El impacto de los factores socioculturales y el contexto social en la salud mental de los jóvenes de pueblos originarios bilingües resalta la necesidad de considerar las condiciones socioeconómicas, culturales y lingüísticas al diseñar programas

de salud mental. En estas poblaciones, el estrés y las barreras lingüísticas pueden agravar los síntomas de ansiedad y depresión, lo que subraya la importancia de enfoques culturalmente sensibles y accesibles.

- Los programas de salud mental deben integrar un enfoque integral que combine intervenciones psicológicas y apoyo psicosocial. Los resultados sugieren que tanto la ansiedad psíquica como la somática deben ser tratadas de manera conjunta con la depresión cognitiva-afectiva y somática-vegetativa.
- La prevención de la depresión y la ansiedad debe ser una prioridad en el diseño de políticas públicas, con un énfasis especial en los jóvenes de pueblos originarios bilingües. La alta prevalencia de ansiedad moderada y grave en nuestra muestra sugiere que los esfuerzos deben centrarse en crear espacios seguros, promover la salud mental escolar y fomentar la educación emocional desde las etapas tempranas, especialmente en comunidades que enfrentan barreras culturales y lingüísticas

SUGERENCIAS

- Implementar programas integrales de salud mental que aborden tanto la ansiedad como la depresión de forma simultánea. Estos programas deben enfocarse en la detección temprana de ambos trastornos y su tratamiento conjunto, dado que nuestra simulación ha mostrado que la ansiedad y la depresión están fuertemente interrelacionadas.
- Capacitar a docentes y personal educativo en salud mental para que puedan identificar signos tempranos de ansiedad y depresión en los estudiantes. Además, es esencial proporcionarles herramientas para ofrecer apoyo emocional básico dentro del entorno escolar, lo que ayudará a los jóvenes a recibir intervención antes de que los trastornos se agraven.
- Crear espacios de apoyo psicosocial en las comunidades educativas, especialmente para jóvenes bilingües y originarios, que integren servicios de salud mental adaptados a sus contextos culturales. Estos espacios deben ser inclusivos y ofrecer servicios en lenguas indígenas, lo que facilitaría el acceso a aquellos que no se sienten cómodos con los servicios tradicionales.
- Desarrollar políticas públicas de salud mental orientadas a jóvenes de comunidades vulnerables. Estas políticas deben garantizar el acceso a servicios de salud mental culturalmente sensibles, adaptados a las necesidades particulares de poblaciones bilingües u originarias, que a menudo enfrentan barreras sociales y lingüísticas para acceder a atención de calidad.
- Incorporar la educación emocional en los programas escolares, proporcionando a las jóvenes herramientas para reconocer y manejar sus emociones desde una edad temprana. Esto les permitirá prevenir y abordar

síntomas de ansiedad y depresión, promoviendo una mayor resiliencia emocional y bienestar psicológico.

- Fortalecer los servicios de salud mental adaptados a las realidades culturales de los jóvenes bilingües y originarios, asegurando que los profesionales de salud mental reciban formación especializada para tratar las complejidades que pueden surgir en estas comunidades. Además, se debe garantizar que estos servicios sean accesibles, tanto en términos de ubicación como de barreras lingüísticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kisely, S., Alichniewicz, K. K., Black, E. B., Siskind, D., Spurling, G., & Toombs, M. (2017). The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research, 84, 137–152. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.018.
2. Caquéo-Urízar, A., Urzúa, A., & De Munter, K. (2014). Mental health of indigenous school children in Northern Chile. BMC Psychiatry, 14, 11. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-11.
3. Muhajarine, N., Neudorf, C., & Millar, J. et al. (2021). Spirituality, community belonging, and mental health outcomes of Indigenous peoples during the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(4), 2472. https://doi.org/10.3390/ijerph19042472.
4. Statistics Canada. (2020). Indigenous people and mental health during the COVID-19 pandemic. Statistics Canada Health Reports. Retrieved from https://www150.statcan.gc.ca.
5. Ahmad, A., Rahman, A., & Hasan, M. Z. (2021). Anxiety and depression in two indigenous communities in Bangladesh. PMC. Retrieved from https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov
6. Flores-Cohaila, J. A., Huarcaya-Victoria, J., Li-Amenero, C., et al. (2026). Decolonizing mental health: how native languages reshape depression network architecture in 31,276 Peruvians. Scientific Reports, 16, 2904.
https://doi.org/10.1038/s41598-025-32838-6
7. Angulo-Ramírez, A. M., Costa-Berlanga, F. C., & Bernabé-Ortiz, A. (2025). Multimorbidity and its association with mental health in an adult population of Peru. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 41(4), 343-350. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.414.13610
8. Zila-Velasque, J. P., et al. (2023). Sociodemographic and educational factors associated with mental health disorders in medical students of clinical years: A multicenter study in Peru. PLoS ONE. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266455
9. Cjuno, J., Villegas-Mejía, R. A., & Coronado-Fernández, J. (2024).

Psychometric analysis and adaptation of the generalized anxiety questionnaire (GAD-7) to the Collao Quechua language in Peru. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 41(2), 121-128. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.412.13373

10. Olaza-Maguiña, A. F., De La Cruz-Ramirez, Y. M., & Cortez-Orellana, S. A. (2025). Factors associated with the rejection of depression treatment in Quechua-speaking indigenous postmenopausal women from Peru. International Journal of Gynecology & Obstetrics. https://doi.org/10.1002/ijgo.70692
11. Estrada Alvarado, D. (2023). Ansiedad y depresión en estudiantes de psicología en tiempos de post pandemia en la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2022 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Ucayali. (repositorio.unu.edu.pe).
12. Defensoría del Pueblo. (2022). Informe sobre el acceso a servicios de salud mental en Ucayali. Defensoría del Pueblo del Perú. (defensoria.gob.pe)
13. EsSalud Ucayali. (2023). Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes atendidos en el Hospital II de Pucallpa. EsSalud Ucayali.
14. Díaz Kuaik, Iliana- Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual [Tesis] Universidad de Buenos Aires, 2019.
15. Vera Balarezo Sergio “Aplicación de la escala de Hamilton en la evaluación del estado de ansiedad preoperatoria en dos Hospitales de Quito”. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POSTGRADO DE ANESTESIOLOGIA, 2016.
16. González, R. et al. (2018). Depresión en adolescentes: Causas y tratamiento. Revista de Psicología Adolescente, 25(3), 45-58.
17. Meyer, J. & Quenzer, L. (2013). Neurociencia de la depresión: Bases biológicas y tratamiento. Journal of Neuroscience, 45(4), 72-85.
18. Kirmayer, L. J., et al. (2011). Cultural psychiatry and the integration of Indigenous perspectives in mental health care. Transcultural Psychiatry, 48(4), 497-514.

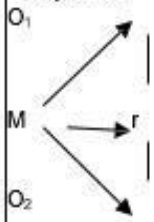
19. Hollon, S. D., et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Clinical Psychiatry, 67(8), 1210-1217.
20. Gone, J. P. (2009). A community-based treatment for depression among American Indian adolescents: A cultural perspective. Clinical Child and Family Psychology Review, 12(3), 151-163.
21. Defensoría del Pueblo. (2019). Informe sobre la situación de los pueblos indígenas en el Perú. Defensoría del Pueblo del Perú.
22. Vargas, P. (2017). El bilingüismo y su impacto en la educación de los pueblos originarios. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
23. Medina, D. (2018). Discriminación lingüística y salud mental en pueblos originarios del Perú. Revista Peruana de Psicología, 45(2), 88- 94.
24. Kirmayer, L. J., et al. (2011). Cultural psychiatry and the integration of Indigenous perspectives in mental health care. Transcultural Psychiatry, 48(4), 497-514. https://doi.org/10.1177/1363461511415261
25. Jara, R. (2020). Acceso a los servicios de salud en comunidades indígenas de la Amazonía peruana: desafíos y oportunidades. Revista de Salud Pública, 35(2), 112-120.
26. Salazar, J. (2018). Impacto de la deforestación en la salud mental de las comunidades indígenas de la Amazonía. Revista de Ecología y Salud, 41(3), 204-212.
27. Fenton, L. (2019). Ecoanxiety and Indigenous Communities in the Amazon. Journal of Environmental Psychology, 28(4), 263-277.
28. Chavez, R., et al. (2017). Bilingualism and mental health in indigenous youth: A cultural perspective. Journal of Indigenous Health, 45(3), 74-85.
29. Medina, D. (2018). Discriminación lingüística y salud mental en pueblos originarios del Perú. Revista Peruana de Psicología, 45(2), 88- 94.
30. Miller, G. A., & Kirmayer, L. J. (2014). The social determinants of mental health: A cultural perspective. Canadian Journal of Psychiatry, 59(4), 199-204.
31. Kirmayer, L. J., et al. (2011). Cultural psychiatry and the integration of Indigenous perspectives in mental health care. Transcultural Psychiatry, 48(4), 497-514. https://doi.org/10.1177/1363461511415261

32. Epicteto. Manual de vida. Navarro E, traductor. Madrid: Ediciones Akal; 2016. Obra original publicada s. I d.C.
33. Platón. La República. García Yebra P, traductor. Madrid: Editorial Gredos; 2015. Obra original publicada ca. 380 a.C.
34. Hipócrates. Sobre la naturaleza del hombre. Gil L, traductor. Madrid: Editorial Gredos; 2012. Obra original publicada ca. 400 a.C.
35. Epicuro. Carta a Meneceo y máximas capitales. García Gual C, traductor. Madrid: Editorial Alianza; 2018. Obra original publicada s. IV a.C.
36. Kessler RC. The epidemiology of depression and anxiety disorders in the United States. J Clin Psychiatry. 2009;70(1):1-8.
37. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
38. Weiss MG, Mungen B, Salim A, et al. Social support, cultural context and mental health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(10):490-495.
39. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med. 2007;6(9):47-57.
40. Uottawa.ca. Canada's mental health crisis and its effect on youth, particularly Indigenous youth. [Internet]. Available from: https://www.uottawa.ca/about-us/news-all/canadas-mental-health-crisis-research-reveals-disproportionate-effect-youth-indigenous.
41. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1926.
42. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
43. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. Am J Psychiatry. 1965;122(5):509-522.
44. Seligman MEP. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: W. H. Freeman; 1975.

ANEXOS

Anexo 1. *Tabla de consistencia de la tesis.*

TITULO: ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
General: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026? Específicos: ¿Cómo se correlacionan los niveles de ansiedad con los trastornos de depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026? ¿Cuál es la relación entre la ansiedad psíquica con los trastornos de depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026? ¿Cuál es la relación entre la ansiedad somática con los trastornos de depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026?	General: Establecer la relación que existe entre la ansiedad y la depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026. Específicos: Identificar la relación que existe entre ansiedad y depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026 Determinar la relación que existe entre ansiedad psíquica y depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026 Identificar la relación que existe entre ansiedad física y depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026	General: Hi: Existe una relación significativa entre ansiedad y depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026 Específicas: Hi: Existe una relación significativa entre ansiedad psíquica y depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026 Hi: Existe una relación significativa entre ansiedad física y depresión en estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa 2026	Ansiedad Depresión	Ansiedad Psíquica Ansiedad Somática Cognitiva-afectiva. Somática Vegetativa	Tipo: Prospectivo Transversal Nivel: Correlacional Diseño: No experimental Esquema:  	Población: 80 Jóvenes estudiantes bilingües de pueblos originarios en Pucallpa. Muestra: el 100% de la población. Muestreo: se usará el método no probabilístico por conveniencia

Anexo 2. *Instrumentos de recolección de datos.*

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

1. Tristeza

0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mi.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre. 1He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3ª. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3ª . No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
1 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
2 He perdido completamente el interés en el sexo

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

INSTRUCCIONES:

El presente test forma parte de un estudio. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad su cada síntoma. Todos los ítems deben ser puntuados. Ausente: 0 – Leve: 1 – Moderado: 2 – Grave: 3 – Muy grave: 4

Definición operativa de los ítems	***Puntos***				
1. *Humor ansioso* (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. *Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. *Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. *Insomnio* (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. *Funciones intelectuales* (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. *Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. *Síntomas somáticos generales (musculares)* (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)* (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. *Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. *Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. *Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. *Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. *Síntomas del sistema nervioso autónomo* (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. *Comportamiento durante la evaluación* – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Anexo 3. *Resolución de aprobación de proyecto.*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Escuela de Posgrado

RESOLUCIÓN N°0585-2026-EPG-D-UNU

Pucallpa, 27 de abril del 2026

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

VISTO, la solicitud del **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA,** quien solicita Aprobación de Proyecto de Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Salud Publica.

Que el Art. 35° del Reglamento para Obtener el Grado de Maestro/Doctor, establece que, la aprobación del proyecto de tesis, será por UNANIMIDAD. Si no presenta observaciones, el jurado evaluador comunicará su aprobación a la Comisión de grados, la cual gestionará la resolución de conformidad, notificará al interesado y registrará el título del proyecto aprobado en el libro de actas de la EPG.

Que el Art. 36° del Reglamento para Obtener el Grado de Maestro/Doctor, estipula que, una vez inscrito el título del proyecto de tesis, el interesado tendrá un (01) año para ejecutar su investigación y presentar el informe final de tesis, pudiéndose prorrogar por única vez por un (01) año más a petición del interesado. a) El interesado debe asegurarse de adecuar su investigación y cronograma a las fechas de ejecución.

Que el Art. 37° del Reglamento para Obtener el Grado de Maestro/Doctor, estipula que, una vez registrado y aprobado el proyecto de tesis con resolución, no se podrá realizar cambios de lugar de ejecución, cambios de título ya sea de forma parcial o total, ya que esto ameritaría anular el proyecto aprobado e iniciar nuevamente los trámites de presentación y revisión de proyecto de tesis.

Que, mediante Resolución N°1051-2025-EPG-D-UNU, de fecha 10 de noviembre del 2025, se designó como asesor al Dr. VICTOR MISAEL HERNANDEZ MENDOZA del proyecto de Tesis Titulado: **"ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026"** presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA.**

Que, mediante Resolución N°0455-2026-EPG-D-UNU, de fecha 31 de marzo del 2026, se designó el jurado evaluador del proyecto de Tesis: **"ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026"**, presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA**, conformado por los docentes: Dr. LINCOLN FRITZ CACHAY REYES (Presidente) Dr. JACKIE FRANK CHANG SALDAÑA (Secretario) Mg. VICTOR MANUEL NORIA ALIAGA (Vocal).

Que, mediante solicitud, presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA,** solicita la aprobación del Proyecto de Tesis titulado: **"ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026",** presentando también la conformidad de los jurados evaluadores: Anexo 6 (Dr. LINCOLN FRITZ CACHAY REYES), Anexo 6 (Dr. JACKIE FRANK CHANG SALDAÑA), Anexo 6 (Mg. VICTOR MANUEL NORIA ALIAGA).

Que estando conforme a las atribuciones del Señor Director que le confiere la Resolución 032-2025-UNU-AU-R de fecha 22 de diciembre del 2025, el Reglamento de la Escuela de Posgrado, el Reglamento para Obtener el Grado de Maestro o Maestro en Ciencias, el Estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y la Ley N°30220.

SE RESUELVE:

ART 1° **APROBAR** el Proyecto de Tesis de Maestría titulado: **"ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026",** presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA.**

ART 2° **INSCRIBIR** el título del Proyecto de Tesis de Maestría **"ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PEDAGÓGICA PUBLICA BILINGÜE, YARINACOCHA 2026",** presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA** en el **"Libro de Proyectos de Tesis"** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Ucayali.

ART 3° **DAR** a conocer la presente Resolución al interesado.

REGISTRESE COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
POSGRADO
Dr. RUBEN DARIO MANTURANO PEREZ
DIRECTOR (E)

c.c. archivo

***Anexo 4**. Resolución de asesor de proyecto.*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Escuela de Posgrado

RESOLUCIÓN N°1051-2025-EPG-D-UNU

Pucallpa, 10 de noviembre del 2025

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Visto la solicitud con fecha de recepción 22 de octubre del 2025, presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA;** alumno de la maestría en Salud Publica.; quien solicita designación de asesor del Proyecto de Tesis.

CONSIDERANDO:

Qué, el Art. 17° del Reglamento para Obtener el Grado de Maestro/Doctor, establece que, el asesor de tesis, es un Docente ordinario de la Universidad Nacional de Ucayali con grado igual o superior al que postula el aspirante. El asesor de tesis y/o coasesor es propuesto por el aspirante al grado de maestro o doctor, pudiendo se este último de la UNU u otra institución, en coordinación con la Comisión de Grados de la EPG, considerando su compatibilidad con el tema de investigación a desarrollar, la misma que será materializada con la Resolución de Designación de Asesor y/o Coasesor por parte la Dirección de la Escuela de Posgrado.

Qué, el Art. 21° del Reglamento para Obtener el Grado de Maestro/Doctor, establece que, La EPG a través de la comisión de grados, tiene máximo quince (15) días calendarios para gestionar el trámite y emitir la resolución de designación de asesor de tesis.

Que, mediante solicitud de fecha 09 de octubre del 2025, el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA,** solicita la designación de asesor del proyecto de tesis de maestría Titulada: **"ANSIEDAD Y CONDUCTA AGRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS BILINGÜES, PUCALLPA 2025"** al **Dr. VICTOR MISAEL HERNANDEZ MENDOZA.**

Que estando conforme a las atribuciones del Señor Director que le confiere la Resolución 022-2025-UNU-AU-R de fecha 27 de junio del 2025, el Reglamento de la Escuela de Posgrado, el Reglamento para Obtener el Grado de Maestro o Maestro en Ciencias, el Estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y la Ley N° 30220.

SE RESUELVE:

ART 1° **DESIGNAR,** al **Dr. VICTOR MISAEL HERNANDEZ MENDOZA** como asesor del proyecto de tesis de maestría Titulada: **"ANSIEDAD Y CONDUCTA AGRESIVA EN ESTUDIANTES DE PUEBLOS ORIGINARIOS BILINGÜES, PUCALLPA 2025",** presentado por el **Sr. JOSE ARISTIDES ALFARO MODENA.**

ART 2° **DAR** a conocer la presente Resolución al interesado.

REGÍSTRESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
POSGRADO
Dr. RUBEN DARIO MANTURANO PEREZ
DIRECTOR (E)

c.c. archivo

Anexo 5. *Autorización de aplicación del proyecto.*

ESCUELA PEDAGÓGICA
BILINGÜE

Creado con D.S N° 025 – 85 – ED
Licenciada con R.M. N° 032 – 2025 – MINEDU.

"AÑO DE LA ESPERANZAY EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

AUTORIZACIÓN:

LA ESCUELA DE EDUCACIÓN SUPERIOR PEDAGÓGICA PÚBLICA BILINGÜE, QUE SUSCRIBE:

AUTORIZA:

AL PSICOLOGO JOSÉ A. ALFARO MODENA, A REALIZAR EL TRABAJO DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS PARA INVESTIGACIÓN DE ACUERDO A LO SOLICITADO.

SE LE EXPIDE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, PARA TAL FIN.

YARINACOCHA, 17 DE ABRIL -2026

DIRECCIÓN GENERAL

Mg. César Mendivil Guevara
C.M.N° 1021525172
DIRECTOR GENERAL
E.E.S.P.P.B.

G/CMG
C.C ARCHV
SEC/.

Escaneado con CamScanner