



UNIVERSIDAD
**SAN IGNACIO
DE LOYOLA**

FACULTAD DE HUMANIDADES

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOEFICACIA EN
ALUMNOS DE COLEGIOS ESTATALES DE
HUÁNUCO**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en
Psicología**

FANY ALEJANDRA PONCE GAMARRA

**Lima - Perú
2017**

Asesor:

Mg. Jorge Rivas Rivas

Resumen

El propósito de esta investigación fue determinar la relación entre la depresión, ansiedad y autoeficacia en alumnos de colegios estatales de Huánuco. La investigación fue de tipo descriptiva correlacional con diseño no experimental-transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, integrada por 400 estudiantes del 4^{to} grado de secundaria. Se usó la técnica de la encuesta y los instrumentos “Cuestionarios de Depresión, Ansiedad y Autoeficacia”. Salvo en depresión, donde la muestra alcanzó el nivel de intensidad, las demás variables de estudio se ubicaron en niveles aceptables.

Mientras que en relación a la correlación, se observó una correlación negativa entre depresión y autoeficacia, ansiedad estado y autoeficacia, por último una correlación negativa entre ansiedad rasgo y autoeficacia.

Palabras Claves: Depresión, ansiedad y autoeficacia, estudiantes escolares

Abstract

The purpose of this research was to determine the relationship between depression, anxiety and self-efficacy in students of state schools in Huánuco. The research was descriptive correlational with non-experimental-transverse design. The sample was non-probabilistic for convenience, consisting of 400 4th grade students. The technique of the survey and the instruments "Questionnaires of Depression, Anxiety and Self-Efficacy" were used. Except in depression, where the sample reached the level of intensity, the other study variables were in acceptable levels.

In relation to the correlation, a negative correlation was observed between depression and self-efficacy, state anxiety and self-efficacy, and finally a negative correlation between trait anxiety and self-efficacy.

Key Words: Depression, anxiety and self-efficacy, school students

Introducción

En el ámbito social y educativo, siempre se ha buscado conocer y entender los aspectos cognitivos y conductuales de la persona, especialmente en la etapa escolar; porque a través de diversos estudios se ha podido concebir que muchas de ellas favorecen o dificultan su desarrollo personal y académico. Por esa razón, los términos depresión, ansiedad y autoeficacia, considerados en muchos casos como trastorno mental o condición personal, han recibido mucha atención en el campo de la psicología y la psicopedagogía, permitiendo el mejoramiento y avance de las investigaciones en este campo, y haciendo que las terapias psicológicas sean más efectivas y las prácticas pedagógicas de enseñanza más productivas.

Fierro (1997) señala que la adolescencia es una etapa que es vulnerable y se caracteriza por los distintos cambios que aún se encuentran en proceso de desarrollo, estos cambios son a nivel físico, emocional y psicológico. Es decir constituye la transición de la infancia a la adultez. Para Silva (2008), los adolescentes podrían carecer de la capacidad para resolver los problemas cotidianos que se les presentan en el transcurso de sus vidas aunque, por otro lado, el autor señala que algunos adolescentes no cuentan con una familia emocionalmente funcional que los apoyen en momentos críticos. Por otra parte, para Rice (2000) los adolescentes en algunas ocasiones no muestran mucha capacidad para afrontar de forma adecuada los problemas que se les van presentando en el día a día, en algunos casos, porque padecen de algún problema psicológico, también menciona que la mayoría de problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, este problema se presenta mayormente en los varones, y se da porque para ellos es más difícil expresar sus sentimientos. Por otro lado Myers (2000) señala que otros problemas que presentan los adolescentes son el estrés y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual ocasiona patologías como: depresión, ansiedad, rebeldía, etc.

Richard (1998) menciona que la adolescencia, es también, una etapa donde se puede presentar diversos problemas de salud mental; señala que es una etapa vulnerable que permite el inicio de estados psicóticos como episodios de rabia y ansiedad extrema, reacciones extrañas o fuera de lo normal, expresiones emotivas exageradas y depresión.

De acuerdo con la National Institute of Mental Health – NIH, casi 3 millones de adolescentes experimentaron por lo menos un episodio depresivo mayor en el 2015. Esos adolescentes representaron el 12,5 por ciento de la población de 12 a 17 años en los Estados Unidos.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (2017) señala que patologías tales como el trastorno depresivo mayor suele iniciarse en la etapa de la adolescencia y está asociado con una incapacidad psicosocial y alto riesgo suicida, al igual que otros trastornos como ansiedad, trastorno de conductas, trastornos alimenticios.

En nuestro contexto, el Ministerio de Salud (2012) señala que uno de cada ocho adolescentes peruanos sufre de depresión o ansiedad. Asimismo, caracteriza al trastorno depresivo como un problema de salud público en niños y adolescente. Por otro parte señala que el 18% de los suicidios en el Perú son realizados por niños o adolescentes.

Dirección Regional de Salud, (DIRESA) señala que en el 2013 el 61% de la población cuzqueña presentaba depresión mientras que el 29% ansiedad. Además, en los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 7%, concentrándose principalmente en mujeres jóvenes (DIRESA, 2013).

Goodale (2007) refiere que la depresión y ansiedad son clasificadas como un trastorno del ánimo, el cual tiene un impacto de forma negativa en las funciones cognitivas las mismas que, en la población adolescente se inserta en contextos escolares, impactando en sus procesos de aprendizaje y en su desempeño académico. Entonces las funciones tales como: la memoria a corto plazo, el aprendizaje de material verbal o viso-espacial; la atención, la planificación y organización de una tarea se ven afectadas cuando un adolescente presenta depresión o ansiedad. El problema es que el ámbito escolar tiende a exigir a los alumnos obtengan buenas calificaciones y suele ubicar la causa del fracaso académico en el desempeño del estudiante, sin tener en cuenta que éste pueda estar atravesando un problema psicológico que no haya sido detectado. Con ello se establece un círculo vicioso en donde el desempeño académico se vuelve síntoma y al mismo tiempo fuente de malestar, minando la imagen y el proceso de construcción de la identidad que el adolescente debe afrontar.

Un adolescente afectado por patologías como ansiedad o depresión tiene como consecuencia problemas en el aprendizaje, y esto puede ser debido a que su autoeficacia se vea afectada ya que los alumnos que muestran autoeficacia tienen una curiosidad natural por aprender y pueden afrontar cualquier nuevo reto que se le presente. En lo que es ambientes sociales los adolescentes evidencian más seguridad en sí mismos y pueden abordar cualquier tarea académica por muy difícil que esta sea. Por el contrario, el adolescente que no posee autoeficacia no tiene motivación por aprender, es más difícil realizar una tarea y en ocasiones las dificultades en la escuela afectan su salud mental, la autoestima, actividades sociales de los estudios. (Gans et al., 2003).

En este punto es importante señalar que la autoeficacia puede constituirse como un elemento particular que está relacionado y que influye en el comportamiento de las personas y es lo que un individuo cree que puede lograr usando sus habilidades bajo ciertas circunstancias. (Snyder & Lopez, 2007).

Al respecto, Kohler (2009) encontró en una muestra de estudiantes de un colegio estatal de Lima, de 4to y 5to de secundaria, y obtuvo como resultado que los alumnos que tenían bajo rendimiento académico era por poseer poca autoeficacia.

Es por eso que se reafirma que la autoeficacia sirve como un reforzador positivo para el adolescente, ya que ayuda a obtener buenas experiencias que refuerza su autoestima y mejora su estado de ánimo (Bandura, 1977).

Existe una correlación negativa entre la ansiedad, depresión y autoeficacia, ya que Bandura (1986) señala que una persona que se encuentra afectada por una de estas enfermedades psicológicas no logra desarrollar la autoeficacia y hace que el estudiante no tenga un buen desempeño académico, al contrario de una persona que no está atravesando por estas patologías, entonces lograría un buen desempeño académico. Por otra parte, puede que un estudiante que actualmente no sufra de depresión ni ansiedad pero que a futuro se encuentre con una situación difícil y no tenga desarrollado la autoeficacia para resolver problemas posteriormente, puede presentar una de estas dos enfermedades psicológicas. El mismo autor menciona que las personas que desarrollan grandes niveles de autoeficacia tienden a resolver problemas, retos y alcanzar las metas que se proponen, por lo que los resultados que obtienen sirven para reforzarlos. Por otro lado, quienes no desarrollan de manera adecuada su autoeficacia solo se concentran en

lo negativo, como en sus deficiencias personales, visualizan los obstáculos y son pesimistas. Esto los predispone a desarrollar episodios y trastornos de ansiedad y/o depresión. Afirma también que las personas que sufren de ansiedad o depresión tienden a dudar de su eficacia y se sienten amenazados por las dificultades.

Al respecto es interesante señalar que Labrador (2014) realizó un trabajo con 958 estudiantes universitarios argentinos y utilizó las pruebas: Inventario de Ansiedad ante los Exámenes y La escala de Autoeficacia para Situaciones Académicas y obtuvo como resultado que altos niveles de autoeficacia académica se asocian con menores niveles de ansiedad ante los exámenes. Mientras que Khanehkeshi (2011) trabajó con una muestra de 100 estudiantes de un colegio iraní y obtuvo como resultado que sí existe correlación negativa significativa entre las variables de depresión y autoeficacia, también entre estrés y rendimiento académico y por último entre autoeficacia y rendimiento académico. Así también, Ghaderi y Salehi (2011) realizaron una investigación en una muestra de 549 estudiantes iraníes y tuvieron como resultado que estas variables depresión y autoeficacia se correlacionaban negativamente. Serra (2010) realizó una investigación en universidades de Madrid y trabajó con una muestra de 320 personas, utilizó la Escala de Autoeficacia General y la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung y encontró que existe correlación negativa entre nivel de depresión y percepción de autoeficacia ya que si presentan depresión es menor el desarrollo de autoeficacia, por otro lado, se pudo corroborar que entre más sea el nivel de autoeficacia académica, mayor es el desempeño académico. Según la investigación realizada por Galicia et al., (2013) en estudiantes de secundaria en un colegio español, tuvo como resultado la existencia de una correlación negativa entre depresión y autoeficacia académica.

Entonces los trabajos de investigación presentada evidencian que existe una correlación negativa entre autoeficacia, ansiedad y depresión, es por eso que me parece importante profundizar en las dos variables del ámbito de salud mental los cuales son ansiedad y depresión en un contexto definido.

En torno a la depresión han surgido una amplia variedad de definiciones y esfuerzos por describirla y comprenderla.

Según la teoría psicosocial, el grado de estrés social por las que atraviesan algunas personas, incrementa el riesgo de sufrir depresión ya que este mal está relacionada con la estructura social donde se vive. Desde este enfoque existen lazos entre la depresión y ciertos factores como es la raza y la cultura (Comer, 2001).

Comer (2001) señala que existe relación entre la cultura y la depresión y explica que en todas las culturas existe la depresión y todas las personas están propensas a padecerla o enfrentarse con ella y que la depresión varía de acuerdo a la cultura, también al subgrupo dentro de una misma sociedad como es el caso de las mujeres que tienen mayor prevalencia de depresión que los hombres ya que complejidades de los roles de la mujer en la sociedad la dejan particularmente predispuesta a la depresión. Por otro lado Bird y Rieker (1999) señalan hoy en día las mujeres viven con más responsabilidades y tienen menos calidad de vida que los hombres, también están sometidas a mas presiones sociales, es por eso que incrementa su estrés. Nolen – Hoeksama (1990) argumenta que un hombre al experimentar alguna circunstancia que podría acarrear una situación depresiva, cuenta con más capacidad para distraerse de sus pensamientos negativos que las mujeres, quienes se interesan más en las posibles causas, y así incrementan su cognición o pensamientos negativos.

Uno de los modelos de enfoque conductista que explica la depresión fue propuesto por Ferster (1965), quien propuso un modelo explicativo según un esquema operante, que definió la depresión como una reducción de la frecuencia de las conductas adaptativas que podrían ser reforzadas positivamente. El autor refiere que la reducción de la frecuencia conduciría a la disminución de reforzamientos positivos de las conductas adaptativas que acabarían por extinguirse. Por otro lado Lewinsohn et al., (1969) señalan que una tasa baja de reforzamientos positivos produce una disminución de la frecuencia de conductas motoras y verbales seguido de la instalación de conductas depresivas y de sentimientos disfóricos. En ese sentido consideran que el desarrollo y el mantenimiento de la depresión están vinculado a una reducción prolongada de los reforzadores sociales positivos.

Posteriormente Lewinsohn y Libet (1972) señalaron que las habilidades sociales de los sujetos deprimidos, o sea, la capacidad de emitir conductas que serán reforzadas positivamente por otros, son inadecuadas comparándolas con la de las personas no deprimidas y también son una parte importante en el origen de las conductas depresivas.

Desde un enfoque cognitivo, Beck (1976) señala que la depresión surge por los esquemas cognitivos que surgen o se reforman por las experiencias negativas en la vida de las personas; las mismas que pueden permanecer inactivos por un tiempo y que pueden reactivarse con una experiencia traumática e influir todas las cogniciones del sujeto. Un estilo cognitivo que se encuentra afectado por expectativas negativas adquiridas en el ambiente y que ha generado pensamientos ilógicos, irracionales y negativos; sería junto con la desesperanza el núcleo de la depresión humana. Para Beck (1976) el concepto negativo que tiene el sujeto de sí mismo, las interpretaciones negativas de las experiencias que ha vivido cada persona y una visión pesimista del futuro construirían la triada cognitiva básica de la persona con depresión. También es importante mencionar que para Beck las distorsiones cognitivas sistémicas serían las responsables de la baja autoestima y que a su ocasionaría que la persona deprimida anticipase sus conductas y evaluase sus consecuencias de una manera negativa y por consiguiente presente síntomas de tristeza y apatía. Dicho de otra forma, las experiencias negativas que tiene una persona le proporcionará estilos cognitivos que hace que se vea a sí misma, sus experiencias y su futuro de forma negativa. Es por eso que Beck (1976) menciona que las personas cometen errores lógicos de procesamiento de la información que hace que tenga baja autoestima y una experiencia de desesperanza.

Desde un enfoque genético, Calderón (1999) señala que las causas genéticas son importantes en la explicación de la depresión psicótica. Por otro lado según los estudios realizados por Gelder et al., (1993) han mostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen entre 10 y 15% de riesgo de padecer depresión, en comparación con el 1 a 2% en la población en general; también encontraron que los gemelos monocigotos tienen un 46% de probabilidad de sufrir una depresión mientras que los gemelos dicigotos tienen un 20% de probabilidad de sufrir depresión.

Según el Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente (Rapee, 2016) un adolescente que tiene depresión presenta angustia, mal humor y también pérdida de interés en las actividades cotidianas, suele tener respuestas dramáticas a las deserciones percibidas o rechazos, quejas frecuentes y aburrimiento. Además pueden estar tristes y llorar a veces como respuesta a eventos de la vida. Es importante reconocer que los síntomas depresivos centrales son la tristeza y la anhedonia presentes todos los días. Otros síntomas importantes son las dificultades para completar tareas, las mismas que

antes no necesitaban tanto esfuerzo, disminución del rendimiento académico, tendencia a la soledad y deterioro en las relaciones sociales. En ocasiones pueden presentar comportamiento de riesgo como conducir imprudentemente, beber y experimentación con el sexo.

En relación a la ansiedad, las primeras definiciones podrían rastrearse a las teorías psicoanalíticas, las mismas que la describen como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1964). En ese sentido, Freud identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, argumentando que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo. Según esto, la ansiedad es una característica esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real. Además, también señala, que la ansiedad con la que una persona neurótica lucha es consecuencia del conflicto que existe entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Finalmente describe una ansiedad del tipo moral o vergüenza, producto de la posibilidad de que el súper yo pierda el control sobre los impulsos (Freud, 1971).

Desde el enfoque conductual, se entiende que la ansiedad es un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Hull (1943) define a la ansiedad como un impulso motivacional que llega a ser responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. En tanto que el enfoque cognitivo en el cual Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977) trabajan, se centran en el concepto de estrés y procesos de afrontamiento y da mayor importancia a los procesos cognitivos. El enfoque cognitivo define el esquema de estímulo – respuesta como núcleo comprensivo de la ansiedad. Para ello señalan que los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal desagradable y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Si el resultado de lo evaluado resulta amenazante entonces se dará inicio a una reacción de ansiedad que es modulada por otros procesos cognitivos. Así, situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidos de diferentes grados. Los mismos autores explican que situaciones que producen una mayor reacción de ansiedad se evitan y aún en su ausencia, solo pensar en ese estímulo, produce una

reacción ansiógena. En ocasiones el sujeto reconoce que la situación no es una amenaza objetiva, pero a pesar de esto no puede controlar voluntariamente su reacción. En conclusión el eje cognitivo del individuo muestra las ideas, creencias, pensamientos e imágenes que acompañan a la ansiedad.

Otros abordajes, como el de Spielberger (1972), definen la ansiedad en dos dimensiones: la primera como estado emocional y la segunda como rasgo de personalidad. Es a partir de esta postura que desarrolla la teoría de Ansiedad Estado – Rasgo. Según dicho autor, la ansiedad – estado es un estado emocional inmediato que puede ser modificado en el tiempo, y se caracteriza por una combinación única de sentimientos de nerviosismo, tensión y aprensión, preocupaciones y pensamientos negativos junto a cambios físicos, también Es una emoción temporal que puede depender de un acontecimiento concreto y que puede ser identificado. La respuesta de ansiedad estado tiende a ser modificable a lo largo del tiempo. Por otra parte la ansiedad – rasgo es definida como las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables; es por eso que, las personas que presentan un aumento de ansiedad – rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazas; tienden a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no Un sujeto que está ansioso todo el tiempo, posee una actitud de aprensión y conforma una estructura más o menos estable en función a rasgo de ansiedad., conocida como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidad a que desarrolle un trastorno de ansiedad que otra persona que no posee este rasgo. (Spielberger, 1972).

A diferencia de Spielberger; Lazarus y Folkman (1986) definen a la ansiedad como un estado emocional displacentero que tiene vinculación con pensamientos negativos que involucran la evaluación cognitiva que la persona hace de una situación como amenazante. Esto ocurre por el proceso que hay entre las el ambiente, las creencias, metas y prioridades del estudiante; además dependen de la percepción de la amenaza. Beck et al., (1985) coinciden al definir la ansiedad como un estado emocional subjetivamente desagradable y lo caracterizan a partir del reconocimiento de la presencia de sentimientos negativos tales como nerviosismo o tensión y por síntomas fisiológicos como temblor, palpitaciones cardiacas y vértigo.

Por otra parte Sheehan (1982) señala que existe una diferencia entre la ansiedad exógena que son los conflictos personales, externos, psicosociales, y la ansiedad

endógena que son los conflictos internos que es independiente a estímulos ambientales y llega a ser autónoma. La ansiedad exógena está relacionada a la ansiedad generalizada, al contrario de la endógena, la cual sería responsable de los ataques de pánico y de diferentes episodios fóbicos.

Entre los factores que podrían explicar la predisposición a la ansiedad destaca la transmisión familiar. El componente hereditario es muy fuerte ya que los padres que sufren ansiedad tienen mayor riesgo de tener hijos que sufran algún tipo de ansiedad (Harris et al., 1983). Al respecto Rapee (2009) señalan que las personas adultas que padecen de trastorno de ansiedad tienen más posibilidades de tener hijos altamente inhibidos y los niños inhibidos tienen mayores posibilidades de tener padres con trastornos de ansiedad y de bajo estado de ánimo. Así parece no haber la menor duda que los trastornos de ansiedad se transmiten genéticamente un 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastornos de ansiedad está mediado por factores genéticos.

Se podría concluir que los padres y el entorno familiar pueden contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad. Aunque no hay muchas evidencias al respecto, la teoría sugiere que es probable que en la relación padre-hijo se configuren relaciones cíclicas, es decir los niños inhibidos son propensos a provocar sobreprotección por parte de sus padres, el mismo que configura un foco ansiógeno que más adelante conduzca a vivir y evaluar el entorno con mayor ansiedad (Hudson & Rapee, 2004). Por otra parte, las madres con ansiedad social transmiten a sus hijos miedo a lo desconocido, también el grado del temor que desarrolla el niño depende en parte del nivel de temperamento inhibido (Rosnay et al., 2006).

El temperamento es un factor potencial de riesgo para la ansiedad ya que se han asociado un conjunto de temperamentos con la ansiedad en los niños. La inhibición del comportamiento, el retraimiento, el temor y la timidez son características que al estar presente en niños podría predisponerlos a desarrollar un trastorno de ansiedad posteriormente (Fox et al., 2005).

Nolen (1990) señala que el sexo femenino tiene tendencia a ser más inestable emocionalmente y esto hace que sea más proclive a que padezca un trastorno de

ansiedad o de estado de ánimo; por otra el sexo masculino presenta mayor estabilidad emotiva, bajos niveles de ansiedad.

Sin ser un factor que explique la aparición de los trastornos de ansiedad, el sexo se constituye en una variable que plantea importantes diferencias en la forma como se presentan dichos cuadros. Así, en una investigación realizada en adolescentes españoles se obtuvo como resultado que las mujeres con un importante nivel de ansiedad presentan poca asertividad, sintomatología física y cognitiva mayor que los hombres. También se encontró que las adolescentes mujeres con ansiedad presentaban niveles más altos en respuestas cognitivas y fisiológicas, al contrario de los adolescentes hombres que mostraron más respuestas de evitación y/o escape (Inglés, et al., 2010).

El Trastorno de Ansiedad Generalizado es la tendencia a preocuparse por una larga lista de posibilidades y una predisposición a esperar que algo malo sucederá. Por otro lado, uno de los trastornos que puede ser más común en los adolescentes es el trastorno social, el cual se le define como el miedo y evitación a relacionarse con sus pares ya que piensan que los demás los evaluarán negativamente. Es por eso que evita las actividades sociales o situaciones que incluyen hablar o actuar delante de otros, conocer nueva gente, hablar con figuras de autoridad, estos adolescentes tienden a ser tímidos o centrados en sí mismos (Inglés, et al., 2010).

Según las investigaciones realizadas por la Asociación de América de Ansiedad y Depresión (Anxiety and Depression Association of America) el 2016, alrededor de 15 millones de adultos estadounidenses tuvieron trastorno de ansiedad social. La edad de inicio reportada fue 13 años. Además el 36 % de las personas con trastorno de ansiedad social reportan síntomas por 10 o más años antes de buscar ayuda. Las personas que sufren este tipo de ansiedad reconocen que el miedo es excesivo e irrazonable, las sintiéndose impotentes frente a su ansiedad y están aterrorizados de que se humillen o se avergüencen.

Otros tipos de trastorno de ansiedad son las fobias específicas, que se caracterizan por el miedo y evitación en respuesta a algo específico; trastorno de pánico, que es cuando el adolescente experimenta el miedo de sufrir ataques de pánico inesperados, lo que se relaciona a varios síntomas y miedos a morir o volverse loco y las agorafobias que es la evitación de situaciones que puedan provocar los síntomas o

consecuencias (Inglés, et al., 2010). Según estudios realizados el 2014 en Estados Unidos 19% de personas sufren de alguna fobia específica y las mujeres son afectadas el doble que los hombres.

Existen otros trastornos de ansiedad como es el caso de Trastorno obsesivo compulsivo que actualmente fue considerado en una categoría distinta de los trastornos de ansiedad con el DSM-5, y se presenta con pensamientos repetitivos e intrusivos. El trastorno por Estrés Postraumático es un conjunto de síntomas de pensamientos intrusivos, angustia debido al recuerdo traumático, desapego emocional y aplanamiento afectivo (Inglés, et al., 2010).

La depresión y ansiedad son patologías que tienen algunos efectos negativos en los adolescentes en lo referente a su autoeficacia y a la parte académica, es por eso que Bandura (1977) señala que al deteriorarse la autoeficacia pasa también a verse deteriorado la parte académica,

Según la teoría de la autoeficacia el rendimiento que tiene una persona en cualquier tarea se encuentra relacionada y depende, en su mayoría, de las elaboraciones cognitivas que elabora el sujeto; las cuales trabajarían como mediador entre las habilidades objetivas que la persona posee para esa tarea, la ejecución y sus consecuencias (Bandura, 1977). Es importante mencionar que el eje central de las expectativas de logro de cada persona y de sus resultados permiten que el sujeto pueda motivarse ya que si el resultado es positivo hará que el sujeto desarrolle más pensamientos y creencias positivas de sí mismo y reforzará su motivación para seguir logrando más objetivos propuestos. (Bandura, 1977).

En cuanto a la autoeficacia, el principal referente es Bandura (1977), quien explica que ésta se refiere a las creencias en las capacidades que tiene uno mismo para organizar y ejecutar los cursos de acción que se necesita para manejar situaciones prospectivas.

Williams y Williams (2010) mencionan que las personas con altos niveles de autoeficacia abordan tareas difíciles como retos para dominar y no como amenazas que deben ser evitadas.

Según Bandura (1997), el resultado de rendimiento o también experiencias pasadas, son la fuente más importante de autoeficacia. Las experiencias positivas y negativas pueden influir en la capacidad de un individuo para realizar una tarea determinada. Si uno se ha desempeñado bien en una tarea anteriormente, es más probable que se sienta competente y tenga un buen desempeño en una tarea similarmente asociada (Bandura, 1977).

El mismo autor propone que las creencias de autoeficacia regulan los estados emocionales, incluyendo la depresión y ansiedad, de varias maneras cómo manejar amenazas o situaciones estresantes son menos angustiados por ellos. Individuos con alta autoeficacia pueden disminuir su estrés y ansiedad por comportarse de maneras que hacen que el ambiente sea menos amenazante.

Bandura (1997) menciona que los individuos con alta capacidad de autoeficacia pueden tener un mejor control sobre los pensamientos estresantes. Pueden relajarse, desviar su atención, calmarse y buscar el apoyo de otros, lo que puede hacer más fácil el estrés y las amenazas.

También señala que la evaluación cognitiva es también un proceso a través del cual un individuo evalúa y administra su entorno y sus respuestas emocionales y conductuales. Las preocupaciones y presiones percibidas que se producen dentro de estas interacciones continuas pueden resultar en niveles variables de estrés para muchas personas. La respuesta del individuo a tales tensiones percibidas también puede variar mucho, es por eso que una persona puede responder con ansiedad y otra se siente desafiada a participar e interactuar de una manera más constructiva.

La autoeficacia percibida se define como la creencia de las personas acerca de sus capacidades para producir niveles designados de desempeño que ejercen influencia sobre los eventos que afectan sus vidas. Las creencias de autoeficacia determinan cómo se sienten, piensan, se motivan y se comportan. Tales creencias producen estos efectos diversos a través de cuatro procesos principales. Incluyen procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección. Un fuerte sentido de eficacia mejora el logro humano y el bienestar personal de muchas maneras. Las personas con gran seguridad en sus capacidades abordan las tareas difíciles como retos a dominar en lugar de como amenazas que deben evitarse. Tal perspectiva eficaz fomenta el interés intrínseco y la

absorción profunda en actividades. Se establecen objetivos desafiantes y mantener un fuerte compromiso con ellos. Aumentan y sostienen sus esfuerzos ante el fracaso rápidamente recuperan su sentido de la eficacia después de fracasos o contratiempos. Atribuyen el fracaso a un esfuerzo insuficiente o el conocimiento y las habilidades deficientes que son adquiribles. Se acercan a situaciones amenazantes con la seguridad de que pueden ejercer control sobre ellas. Esta perspectiva eficaz produce logros personales, reduce el estrés y disminuye la vulnerabilidad a la depresión. En contraste, las personas que dudan de sus capacidades se alejan de las tareas difíciles que consideran como amenazas personales. Tienen pocas aspiraciones y un débil compromiso con las metas que deciden seguir. Cuando se enfrentan a tareas difíciles, insisten en sus deficiencias personales, en los obstáculos que encontrarán y en todo tipo de resultados adversos en lugar de concentrarse en y llevar a cabo con éxito. Aflojan sus esfuerzos y renuncian rápidamente ante las dificultades. Ellos son lentos para recuperar su sentido de la eficacia después de fracasos o contratiempos, debido a que ven rendimiento insuficiente como aptitud deficiente que no requiere mucho fracaso para que pierdan la fe en sus capacidades. Caen fácil víctima de estrés y depresión.

Otros autores como Van der Bijl y Shortridge-Baggett (2002) sobre la autoeficacia es que los individuos son más propensos a participar en actividades para las que tienen una alta autoeficacia y menos propenso a participar en aquellos que no tienen, también señalan que las personas se portan de la manera que ejecuta sus creencias iniciales; así también la autoeficacia sirve como una profecía autocumplida. Es importante mencionar que la autoeficacia tiene influencia sobre la capacidad de aprender de las personas, su motivación y su desempeño, ya que la gente a menudo intenta aprender y realizar sólo aquella tarea por la cual creen que tendrá éxito (Lunenburg, 2011).

También, Bandura (1977) mencionan que la magnitud de la autoeficacia mide el nivel de dificultad y que un individuo siente que se requiere para realizar una determinada tarea.

El impacto de la depresión y la ansiedad en la adolescencia, considerada como una etapa vulnerable pero sobre la cual se ciernen diversos tipos de exigencias entre ellas las académicas, así como su relación la autoeficacia es lo que lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre autoeficacia, depresión y

ansiedad en una muestra de alumnos de colegios estatales en Huánuco? La investigación bibliográfica permite esbozar las siguientes hipótesis de investigación:

Existe una correlación negativa entre la autoeficacia y la depresión en una muestra de alumnos de colegios estatales en Huánuco.

Existe una correlación negativa entre la autoeficacia y la ansiedad-estado en una muestra de alumnos de colegios estatales en Huánuco.

Existe una correlación negativa entre la autoeficacia y la ansiedad-rasgo en una muestra de alumnos de colegios estatales en Huánuco.

Existe una correlación positiva entre la ansiedad-estado y la depresión en una muestra de alumnos de colegios estatales en Huánuco.

Existe una correlación positiva entre la ansiedad-rasgo y la depresión en una muestra de alumnos de colegios estatales en Huánuco.

Para poder dar respuesta a dicha inquietud se ha planteado el objetivo general: Determinar la correlación que existe entre depresión, ansiedad y autoeficacia en una muestra de estudiantes de dos colegios estatales en Huánuco, para ello, fue necesario plantearse objetivos específicos: Identificar el grado de depresión de una muestra de colegios estatales de Huánuco, Identificar el grado de ansiedad - estado de una muestra de colegios estatales de Huánuco, Identificar el grado de ansiedad - rasgo de una muestra de colegios estatales de Huánuco e Identificar el grado de autoeficacia de una muestra de colegios estatales de Huánuco. Debido a estos planteamientos es que se ha optado por realizar la presente investigación, ya que en la Región Huánuco no existe un trabajo de investigación profundo relacionado con estas variables. En ese sentido, la investigación se justifica porque permitió conocer el grado de incidencia de la depresión y ansiedad con la autoeficacia de los estudiantes.

Desde esta perspectiva, se puede indicar, que la investigación fue conveniente porque en Huánuco es poca la información que se tiene sobre los temas de salud mental. Existen pocos estudios psicológicos realizados con adolescentes, ya que para la población huanuqueña todavía no llega a ser un tema de vital importancia el desarrollo psicológico que tienen los adolescentes, no teniendo en cuenta que esta es una población vulnerable que necesita mayor atención. En sentido, el presente trabajo de investigación

cubre un vacío de información que podría ser útil como diagnóstico pero también como fuente de interés para futuros investigadores que quisieran contribuir con datos objetivos acerca de este tema tan importante y necesario en estos tiempos actuales.

Método

El presente trabajo se encuentra enmarcada dentro del tipo de investigación descriptiva correlacional. Según Hernández et al., (2010) este tipo de investigación tiene el propósito medir dos o más variables para ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos. En este sentido, se proponen como variables de investigación: la autoeficacia, la depresión y la ansiedad estado y ansiedad rasgo, las mismas que se medirán en un grupo de alumnos de colegios estatales en Huánuco. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

El diseño de investigación es no experimental-transversal. Es no experimental porque se realiza sin manipular las variables de manera deliberada y directa. Hernández et al., (2010); es decir, se centra en la observación; para luego analizar sus comportamientos, características y niveles en que se encuentran dentro del contexto natural de la realidad. Así también, es transversal porque se realizó en un lapso determinado de tiempo.

Participantes

Los participantes para esta investigación estuvo integrada por estudiantes del primero al quinto grado de educación secundaria de dos colegios estatales de Huánuco, los cuales fueron: la Gran Unidad Escolar Leoncio Prado y el Colegio Nacional Mixto Juana Moreno. La cantidad total de alumnos de secundaria matriculados en el 2016 fueron 2308; 1805 alumnos en el primer colegio y 503 alumnos en el segundo colegio.

La conformación del grupo de participantes se realizó a través de un muestreo no aleatorio por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: estar matriculado como estudiante regular en el año 2016, tener como mínimo 12 años y tener

consentimiento informado del estudiante. Por otro lado, los criterios de exclusión son: ser alumno de inclusión educativa, ser menor de 12 años.

A partir de dichos criterios se conformó un grupo participantes de 400 estudiantes de educación secundaria. De ellos, la mitad provenía de la Gran Unidad Escolar Leoncio Prado y la otra mitad del Colegio Nacional Mixto Juana Moreno, turno

	SEXO	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Válido	Femenino	159	39,8
	Masculino	241	60,3
	Total	400	100,0

mañana.

En la Tabla 1 se puede observar la distribución de la muestra por sexo. Al respecto 159 mujeres, que forman el 39.8% de la muestra, y 241 varones, que representa el 60.3% de la muestra, conformaron el grupo de participantes.

Tabla 1:

Distribución de la muestra de estudiantes por sexo

En la Tabla 2 se presenta la distribución de los participantes por grado de estudio. El mayor porcentaje de la muestra son alumnos del tercer grado de secundaria con un 47.7% mientras que los alumnos de quinto de secundario fueron el grupo con menor cantidad de participantes.

Tabla 2:

Distribución porcentual de la muestra por grados de estudio

Grado de estudio	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Válido		
1	22	5,5
2	82	20,5
3	189	47,3
4	101	25,3
5	6	1,5
Total	400	100,0

La Tabla 3 se presenta la distribución de los participantes por edad. Al respecto, la mayor cantidad de alumnos participantes de esta investigación reportaron tener entre 14 y 15 años. El grupo de alumnos con 12 años fueron el segmento con menos integrantes.

Tabla 3:

Distribución de la muestra de estudiantes según la edad

Edad	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Válido		
12,00	25	6,3
13,00	63	15,8
14,00	148	37,0
15,00	164	41,0
Total	400	100,0

Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados en esta investigación fueron tres:

El instrumento que se aplicó a la muestra para medir el grado de depresión fue el Inventario de depresión Infantil de Kovacs. La primera versión oficial de este test fue creada por Kovacs en 1977 y desde entonces la prueba solo ha sufrido algunos cambios, constituyéndose en el primer instrumento que mide la depresión. El test está constituido por 27 ítems que se responden por 3 opciones, las mismas que se puntúan del 0 a 2 y

arroja 4 niveles de depresión (sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión intensa). Está dirigida a sujetos de entre 8 y 15 años y tiene una confiabilidad de alfa de cronbach de 0.823 (León, 2015). Por otra parte el test de Kovacs fue validado por la UGEL de Lima Metropolitano el 2015 en cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,822, por lo que se puede decir que la prueba alcanza una confiabilidad aceptable (Hernández, 2010). También fue aplicada la prueba de K M O y obtuvo un valor de 0.80.

En otros trabajos que han utilizado esta misma prueba como es el caso del trabajo de investigación de Galicia, Sánchez y Robles (2013) obtuvieron una confiabilidad del instrumento de 0.823 mientras que en el presente trabajo se obtuvo una confiabilidad de Cronbach de 0.823 y K M O de 0.85.

Para evaluar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo se empleó el State – trait Anxiety Inventory (STAI) de C.D Spiekberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene. El cuestionario STAI, creado en 1967, consta de escalas separadas de autoevaluación los cuales miden dos conceptos independientes de la ansiedad, Estado y Rasgo. Cada escala está compuesta por 20 ítems que se responden con una de tres opciones. Los resultados se agrupan en 3 niveles: ansiedad normal baja, moderada y alta.

La ansiedad Estado (A/E) hace referencia a una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazas y a elevar, su ansiedad. Mientras que la ansiedad rasgo (A/R) refiere a una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, de forma progresiva su ansiedad Estado.

Existe una adaptación española realizado por Bermúdez en 1977 con una confiabilidad de 0.87 y 0.86. Por otro lado existe una adaptación peruana que fue realizado por Érika Céspedes Condoma en el año 2015 y con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.855 y 0.823. También se aplicaron las pruebas KMO en los cuales los valores fueron en Ansiedad Estado 0.923 y 0.924 en la Escala Ansiedad Rasgo; siendo los dos buenos puntajes ya que , superando el valor mínimo que es de 0.50. En este trabajo hemos obtenido por parte Ansiedad/Estado un alfa de Cronbach de 0.877 y K M

O de 0.88, por otro lado, también se ha obtenido en lo que es Ansiedad/Rasgo un alfa de Cronbach de 0.857 y K M O de 0.89.

Por último para evaluar el nivel de autoeficacia se utilizó la Escala de Autoeficacia General el cual fue creado por Baessler y Schwarzer en el año 1996. Este test está basado en el concepto de autoeficacia definida por Albert Bandura, que se refiere a la confianza en las capacidades propias para manejar los estresores. (Rojas, 2014).

Esta fue validada en España por Sanjuán, Pérez y Bermúdez en el año 2000 en el cual presentó una confiabilidad de 0.87; por otra parte también fue validada en Perú por Grimaldo y obtuvo una confiabilidad de 0.75; y fue aplicada la prueba de K M O y obtuvo un valor por encima de 0,70. Se ha obtenido en este trabajo una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.858 y K M O de 0.90. Asimismo, esta escala estuvo conformada por 20 ítem con cuatro opciones: Nunca, casi nunca, Casi siempre y Siempre. Los niveles considerados fueron: Nivel bajo, nivel normal y nivel alto.

Procedimiento

El procedimiento usado para este trabajo fue elegir dos colegios estatales de la ciudad de Huánuco. Una vez elegidos se comunicó a la universidad San Ignacio de Loyola y esta envió las cartas respectivas a los directores de los centros educativos mencionados a través de mi persona para que dieran permiso y acceso para poder aplicar los test. Ambos manifestaron su aprobación, materializándolo luego por escrito y también dijeron que no había necesidad de sacar un permiso personal de los padres de familia ya que los tutores hablarían con ellos en las reuniones periódicas programadas. Luego se coordinó con la persona encargada para elegir la fecha y hora en que se llevaría a cabo la aplicación de los instrumentos.

Fueron 200 estudiantes de secundaria del colegio Leoncio Prado y 200 estudiantes de secundaria del colegio Juana Moreno, y se les aplicó tres test mencionados anteriormente.

En relación a la aplicación, se señaló que la participación era anónima y que los datos recolectados solo se utilizarán para fines de esta investigación.

Al principio los datos que se tenía que llenar eran edad, sexo, grado y si trabajan; el primero colegio que se evaluó fue el colegio Leoncio Prado, en este colegio se tuvo problemas para aplicar los test porque los alumnos se mostraban reacios al momento de enterarse que iban a ser evaluados, se ponían a la defensiva y en ocasiones algunos estudiantes no querían responder las preguntas, porque se sentían invadidos y tenían miedo ser juzgados. Por otra parte los alumnos que respondieron las preguntas la mayoría no contesto si trabajan o no y escribían en sus hojas frases como: “eso no te importa”, “no te metas”, “para que quiere saber”; así que se tuvo que eliminar esa alternativa para entrar a otros salones y para que no los otros alumnos que iba a evaluar no se sintieran incómodos.

Luego de ello, se elaboró la base de datos para así poder realizar el análisis estadístico utilizando el programa SPSS; y así poder contrastar los datos de las tres variables.

Primero se comenzó con estadística descriptiva y luego con estadística diferencial.

Resultados

En la tabla N° 4 se evidencia los niveles de depresión en donde se ha obtenido los siguientes puntajes según el diagnóstico: 80 estudiantes (20%) carecen de depresión, 90 estudiantes (22,5%) tienen depresión leve, 99 estudiantes (24,8%) presentan depresión moderada, y 131 estudiantes (32,8%) presentan depresión intensa; infiriéndose que los estudiantes presentan altos niveles de humor deprimido, pérdida de los grados de energía y poco interés por la vida y el estudio.

Tabla 4:

Niveles de depresión en los estudiantes

	Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin depresión	80	20,0	20,0	20,0
	Depresión Leve	90	22,5	22,5	42,5
	Depresión Moderada	99	24,8	24,8	67,3
	Depresión Intensa	131	32,8	32,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

En la tabla N° 5, se presenta la distribución de la autoeficacia de los estudiantes de la muestra. Al respecto, el mayor número de los estudiantes participantes de esta investigación (167 equivalente al 41,8%) se encuentran en el nivel normal; deduciéndose que hay un grupo importante de la muestra de estudiantes, que tienen desarrollado, en un nivel más o menos normal, sus capacidades para hacer frente a situaciones diversas.

Tabla 5:***Niveles de Autoeficacia en los estudiantes***

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	116	29,0	29,0	29,0
	Normal	167	41,8	41,8	70,8
	Alto	117	29,2	29,2	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

En la tabla N° 6, se presenta la distribución de los niveles de ansiedad estado en los estudiantes de la muestra. Al respecto, el mayor número de los estudiantes participantes de esta investigación (264 equivalente al 66%) se encuentran en el nivel normal-bajo; deduciéndose que la mayoría de los estudiantes presentan una estable propensión ansiosa para percibir situaciones de amenazas que acrecienten su ansiedad.

Tabla 6:***Niveles de ansiedad-estado en los estudiantes***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal-Bajo	264	66,0	66,0	66,0
	Moderado	126	31,5	31,5	97,5
	Alto	10	2,5	2,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

En la tabla N° 7, se presenta la distribución de los niveles de ansiedad rasgo en los estudiantes de la muestra. Al respecto, el mayor número de los estudiantes participantes de esta investigación (198 equivalente al 49,5%) se encuentran en el nivel normal-bajo; deduciéndose que la mayoría de los estudiantes presentan una relativa y estable propensión ansiosa por la que difieren en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, de forma progresiva su ansiedad Estado.

Tabla 7:***Niveles de ansiedad-rasgo en los estudiantes***

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal-bajo	198	49,5	49,5	49,5
	Moderado	180	45,0	45,0	94,5
	Alto	22	5,5	5,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

En la tabla N° 8, se presenta la distribución de los niveles de depresión de los estudiantes según sexo. Al respecto, la mayoría de los alumnos de ambos sexos se encuentran en el nivel de depresión intensa: 66% en el sexo femenino y 65% en el sexo masculino. Deduciéndose que los estudiantes de ambos colegios presentan problemas de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Tabla 8:***Niveles de depresión de los estudiantes según sexo***

		Sexo			
		Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
Diagnóstico Depresión	Sin depresión	27	16.98	53	21.99
	Depresión Leve	23	14.47	67	27.80
	Depresión Moderada	43	27.05	56	23.24
	Depresión Intensa	66	41.50	65	26.97

En la tabla N° 9, se presenta la distribución de los niveles de depresión de los estudiantes según colegio. Al respecto, el colegio que presenta el mayor porcentaje de estudiantes depresivos es la Gran Unidad Escolar “Leoncio Prado”, con un porcentaje de 34.5%.

Tabla 9:**Niveles de depresión de los estudiantes según colegio**

		Colegio			
		Leoncio Prado	Porcentaje	Juana Moreno	Porcentaje
Diagnóstico Depresión	Sin depresión	37	18.5	43	21.5
	Depresión Leve	43	21.5	47	23.5
	Depresión Moderada	51	25.5	48	24
	Depresión Intensa	69	34.5	62	31

En la tabla N° 10, se presenta la distribución de los niveles de ansiedad estado según sexo de los estudiantes. Al respecto, los estudiantes que presentan una estable propensión ansiosa por la percepción a situaciones de amenazas que acrecienten su ansiedad, son los del sexo masculino, con un porcentaje de 69,29%

Tabla10:**Nivel de ansiedad-estado según sexo**

		Sexo			
		Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
Diagnostico Estado	Normal-Bajo	97	61.01	167	69.29
	Moderado	54	33.96	72	29.87
	Alto	8	5.03	2	0.84

En la tabla N° 11, se presenta la distribución de los niveles de ansiedad estado según colegio. Al respecto, el colegio que presenta el mayor porcentaje de estudiantes con ansiedad estado estable, es el colegio Juana Moreno, con un 70,5%.

Tabla 11:***Nivel de ansiedad-estado según colegio***

		Colegio			
Diagnostico Estado		Leoncio Prado	Porcentaje	Juana Moreno	Porcentaje
	Normal-Bajo	123	61.5	141	70.5
	Moderado	73	36.5	53	26.5
	Alto	4	2	6	3

En la tabla N° 12, se presenta la distribución de los niveles de ansiedad-rasgo según el sexo de los estudiantes. Al respecto, los estudiantes que presentan una estable propensión ansiosa en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, de forma progresiva su ansiedad Estado, son del sexo masculino con 56,44%.

Tabla 12:***Nivel de ansiedad-rasgo según sexo***

		Sexo			
Diagnostico Rasgo		Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
	Normal-bajo	62	38.99	136	56.44
	Moderado	81	50.95	99	41.08
	Alto	16	10.06	6	2.48

En la tabla N° 13, se presenta la distribución de los niveles de ansiedad-rasgo según colegio. Al respecto, el colegio que presenta el mayor porcentaje de estudiantes con ansiedad-rasgo estable, es el colegio Juana Moreno, con un porcentaje de 52%.

Tabla 13:***Nivel de ansiedad-rasgo según colegio***

		Colegio			
Diagnostico Rasgo		Leoncio Prado	Porcentaje	Juana Moreno	Porcentaje
	Normal-bajo	94	47	104	52
	Moderado	96	48	84	42
	Alto	10	5	12	6

En la tabla N° 14, se presenta la distribución de los niveles de autoeficacia según el sexo de los estudiantes. Al respecto, los estudiantes de ambos que presentan una autoeficacia relativamente normal, con porcentajes de 41% respectivamente; es decir, los estudiantes tienen una capacidad más o menos eficiente en la creencia de hacer frente a las diversas situaciones y circunstancias condicionantes.

Tabla 14:***Nivel de autoeficacia según sexo***

		Sexo			
Diagnostico Autoeficacia		Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
	Bajo	52	32.70	64	26.56
	Normal	66	41.51	101	41.91
	Alto	41	25.79	76	31.53

En la tabla N° 15, se presenta la distribución de los niveles de Autoeficacia según colegio. Al respecto, el colegio que presenta el mayor porcentaje de estudiantes con Autoeficacia normal, es el colegio Leoncio Prado, con un porcentaje de 45%.

Tabla 15:***Nivel de autoeficacia según Colegio***

		Colegio			
		Leoncio Prado	Porcentaje	Juana Moreno	Porcentaje
Diagnostico Autoeficacia	Bajo	64	32	52	26
	Normal	90	45	77	38.5
	Alto	46	23	71	35.5

Prueba de normalidad

En la tabla 16, relacionado sobre la prueba de normalidad se presenta los resultados obtenidos de la prueba de kolmogorov-Smirnov aplicado a las variables de estudio (Depresión, ansiedad y autoeficacia) se observa lo siguiente:

Los niveles de significancia bilateral obtenidos, en todos los casos, son menores a $\alpha=0.05$; este valor indica que los datos difieren de la distribución normal; por lo tanto debe considerarse una prueba no paramétrica y en este caso se aplica la prueba de correlación de Rho Spearman.

Tabla 16:***Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para una muestra***

		Autoeficacia General	Ansiedad estado	Depresión	Ansiedad rasgo
	N	400	400	400	400
Parámetros normales ^{a,b}	Media	30,2675	31,7925	12,3400	34,8875
	Desviación estándar	5,45530	7,22148	6,95199	7,33924
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,072	,100	,119	,055
	Positivo	,037	,100	,119	,055
	Negativo	-,072	-,051	-,056	-,032
Estadístico de prueba		,072	,100	,119	,055
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,006 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 17:

Coefficientes de correlación de Rho Spearman entre la depresión, ansiedad y autoeficacia de los estudiantes

			Autoeficacia General	Ansiedad Estado	Depresión	Ansiedad Rasgo	Sexo	Grado	Edad
Rho de Spearman	Autoeficacia General	Coefficiente de correlación	1,000	-,580*	-,615*	-,485*	-,104*	-,025	-,016
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,037	,615	,744
	N		400	400	400	400	400	400	400
		Coefficiente de correlación	-,580**	1,000	-,672*	-,635*	-,124*	,047	,038
	Ansiedad Estado	Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,013	,345	,451
			400	400	400	400	400	400	400
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,615**	-,672*	1,000	-,631*	-,167*	-,002	-,013
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,001	,975	,796
	N		400	400	400	400	400	400	400
		Coefficiente de correlación	-,485**	-,635*	-,631*	1,000	-,233*	,014	,003
	Ansiedad Rasgo	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,787	,952
			400	400	400	400	400	400	400
	Sexo	Coefficiente de correlación	-,104*	-,124*	-,167*	-,233*	1,000	-,281*	-,352*
		Sig. (bilateral)	,037	,013	,001	,000	.	,000	,000
	N		400	400	400	400	400	400	400
		Coefficiente de correlación	-,025	,047	-,002	,014	-,281*	1,000	-,785*
	Grado	Sig. (bilateral)	,615	,345	,975	,787	,000	.	,000
			400	400	400	400	400	400	400
	Edad	Coefficiente de correlación	-,016	,038	-,013	,003	-,352*	-,785*	1,000
		Sig. (bilateral)	,744	,451	,796	,952	,000	,000	.
	N		400	400	400	400	400	400	400

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

En la tabla N° 17, se presenta la prueba del Coeficiente de Rho Spearman entre la depresión, ansiedad y autoeficacia de los estudiantes. Al respecto se puede indicar que existe una correlación negativa moderada de -0,615 entre la depresión y la autoeficacia. Es decir, a mayor intensidad de depresión le corresponde un bajo nivel de autoeficacia; antagónicamente, a menor intensidad de depresión, le corresponde un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes; asimismo, existe una correlación negativa moderada de -0,580 entre la ansiedad-estado y la autoeficacia de los estudiantes; finalmente, existe una correlación negativa moderada de -0,485 entre la ansiedad-rasgo y la autoeficacia.

Con respecto a la contrastación de hipótesis, la prueba estadístico indica que el signo bilateral $p = 0.000 < \alpha = 0,01$; por lo tanto se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptó la hipótesis alterna (H_1) a un nivel de significancia de 1% y nivel de confianza de 99% respectivamente.

Discusión

Se ha aceptado todas las hipótesis planteadas anteriormente, ya que sí existe una correlación moderada negativa entre autoeficacia y depresión, entre autoeficacia y ansiedad estado, entre autoeficacia y ansiedad rasgo; también una correlación moderada positiva entre depresión y ansiedad – rasgo, como también entre depresión y ansiedad-estado.

Estos resultados son apoyados con los trabajos mostrados anteriormente como es el caso de Khanehkeshi (2012) quien trabajó con colegio iraní y obtuvo como resultado que sí existe correlación negativa significativa entre las variables de depresión y autoeficacia, también entre estrés y rendimiento académico y por último entre autoeficacia y rendimiento académico, por otra parte Serra (2010) quien realizó una investigación en universidades de Madrid encontró que existe correlación negativa entre nivel de depresión y percepción de autoeficacia, también la investigación realizada por Galicia, Sánchez, Robres (2013) en estudiantes de secundaria en un colegio español, tuvo como resultado la existencia de una correlación negativa entre depresión y autoeficacia académica.

Por otra parte autores como Bandura (1977), Beck (1963), Lazarus y Fokman (1986) coinciden explicando contenidos cognitivos como es el caso de la depresión ansiedad y autoeficacia, es decir si una persona ha desarrollado autoeficacia va a tener creencias positivas de sus capacidades que llegaran a influenciar sobre los eventos de su vida, al contrario que si esa persona no desarrolla autoeficacia entonces no presentaría creencias positivas y podría llegar a desarrollar conceptos negativos de sí mismo y de sus experiencias de su vida como del futuro, al igual que pensamientos negativos que involucran la evaluación cognitiva que la persona hace de una situación como amenazante.

Cabe resaltar que existe una diferencia entre los resultados de autoeficacia de varones y mujeres, las mujeres presentan menores índices de autoeficacia que los hombres, por otra parte las mujeres presentan mayores índices de depresión, ansiedad – rasgo y ansiedad- estado que las varones esto se ve relacionado con lo planteado por Bandura (1995) que propone que las creencias de autoeficacia regulan los estados

emocionales, incluyendo la depresión y ansiedad, de varias maneras como manejar amenazas o situaciones estresantes, es por eso que las personas con alta autoeficacia pueden disminuir su estrés, pensamientos negativos y ansiedad. Entonces en este resultado se observa que las mujeres son las que tienen mayor cantidad de autoeficacia baja y por ende tienen mayor cantidad de depresión intensa y ansiedad alta y moderada, al contrario de los hombres.

Como afirman algunos autores mencionados anteriormente, la adolescencia es una etapa donde se puede presentar problemas psicológicos tales como depresión y ansiedad, Richard (1998) argumenta que la adolescencia es una etapa de la vida donde se pueden aparecer diferentes problemas psicológicos, ya que es una etapa vulnerable que permite el inicio de estados psicóticos como episodios de ansiedad, depresión, entre otras enfermedades psicológicas, Myers (2000) señala que otros problemas que presentan los adolescentes son el estrés y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual ocasiona patologías como: depresión, ansiedad, rebeldía; esto concuerda con los resultados obtenidos en este trabajo, ya que se puede observar que la mayoría de la muestra evaluada presenta algún tipo de depresión (57.6%) ; por otro lado un poco más del tercio de la muestra presenta algún tipo de ansiedad – estado (34%), y por ultimo un poco más de la mitad de la muestra presentan algún tipo de ansiedad –rasgo (50.5%).

En relación a estas mismas características, de acuerdo al sexo las mujeres presenta mayores índices de depresión intensa que los hombre y también las mujeres presentan mayores índices de ansiedad estado y rasgo que los hombres. Esto es explicado por la teoría psicosocial, ya que si bien es cierto que todas las personas están propensas a padecer depresión, las mujeres tienen mayor riesgo a padecer alguno de estos problemas psicológicos más que los hombres ya que presenta mayor complejidades de roles en la sociedad (Comer 2001) y también Nolen – Hoeksma (1990) argumenta que una hombre al experimentar alguna circunstancia que podría acarrear una situación depresiva, cuenta con más capacidad para distraerse de sus pensamientos negativos que las mujeres, quienes se interesan más en las posibles causas, y así incrementan su cognición o pensamientos negativos. También Nolen – Hoeksema (1990) señala que las mujeres tienen tendencia a ser más inestables emocionalmente y esto hace que sea más proclive a que padezcan un trastorno de ansiedad o de estado de ánimo; por otro lado los hombres presentan mayor estabilidad

emocional, bajos niveles de ansiedad y son menos propensos a sufrir ansiedad o depresión.

Según una investigación realizada por Agudelo et al., (2008) teniendo como muestra a estudiantes universitarios colombianos de ambos sexos; tuvo como resultado que las mujeres son más propensas de sufrir depresión y ansiedad que los hombres.

La adolescencia es una etapa que se encuentra en desarrollo en sus distintas áreas, como ya se mencionó anteriormente, según Fierro (1995) señala que la adolescencia se caracteriza por diferentes cambios que atraviesan y que aún se encuentran en proceso de desarrollo, uno de estos cambios que se encontrarían en desarrollo sería la autoeficacia.

Esto explicaría los resultados obtenidos de autoeficacia en la muestra evaluada, ya que la cuarta parte de la muestra obtiene autoeficacia normal y casi un tercio de ella tiene autoeficacia baja, y al ser adolescentes la autoeficacia es uno de los cambios que se encuentran en desarrollo para que así logre a futuro tener una autoeficacia alta.

Otra explicación que podría dar es que al presentar la muestra más de la mitad algún tipo de depresión o también y también, más de un tercio de la muestra algún tipo de ansiedad – estado y por último al presentar más de la mitad algún tipo de ansiedad – rasgo, la mayoría de esa muestra no presentaría autoeficacia alta y esto se ve reflejado con lo que propone Bandura (1986) que una persona que se encuentra afectada por enfermedades psicológicas no logra desarrollar autoeficacia alta.

En este trabajo se ha tenido ciertas limitaciones como es el caso del tiempo ya que es una investigación que se ha realizado en el departamento de Huánuco y no se ha tenido mucho tiempo para trabajar con más colegios, ósea para tener mayor población ya que esto podía haber permitido tener una mirada más representativa de lo que ocurre en Huánuco.

Otra limitación es que se requiere de más tiempo para usar la estrategia de la observación para recabar mayor información. Por otra parte en los colegios en que se tuvo la oportunidad de evaluar solo se podía entrar a la hora de tutoría, también, otra

limitación se ha tenido es que en ciertos salones los alumnos se mostraban reacios al ser evaluados y en algunos casos no querían contestar las pruebas.

Recomendaciones:

- Se recomienda implementar en ambos colegios talleres psicológicos para los alumnos donde se pueda abordar temas que sirvan para el mejor desarrollo psicológico del alumno.
- Se recomienda implementar temas en los talleres de padres acerca del desarrollo del adolescente, los problemas actuales que podría presentar y cómo poder guiarlos.
- Se recomienda que el departamento de psicología haga un seguimiento más extensivo acerca de los alumnos que tienen más problemas en el aula, siempre trabajando en conjunto con el profesor a cargo y los padres.

Conclusiones:

- Según el resultado de la prueba de Coeficiente de Correlación Rho de Spearman existe una correlación negativa moderada de $-0,615$ entre la depresión y la autoeficacia de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco. Es decir, a mayor intensidad de depresión le corresponde un bajo nivel de autoeficacia; antagónicamente, a menor intensidad de depresión, le corresponde un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes.
- Según el resultado de la prueba de Coeficiente de Correlación Rho de Spearman existe una correlación negativa moderada de $-0,580$ entre la ansiedad-estado y la autoeficacia de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco. Es decir, a un alto nivel de ansiedad-estado le corresponde un bajo nivel de autoeficacia; contrariamente, a un menor nivel de ansiedad-estado, le corresponde un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes.
- Según el resultado de la prueba de Coeficiente de Correlación Rho de Spearman existe una correlación negativa moderada de $-0,485$ entre la ansiedad-rasgo y la autoeficacia de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco. Es decir, a un alto nivel de ansiedad-rasgo le corresponde un bajo nivel de autoeficacia; contrariamente, a un menor nivel de ansiedad-rasgo, le corresponde un alto nivel de autoeficacia en los estudiantes.
- Según el resultado de la prueba de Coeficiente de Correlación Rho de Spearman existe una correlación positiva moderada de $0,672$ entre la ansiedad-estado y la depresión de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco. Es decir, a un alto nivel de depresión le corresponde un alto nivel de ansiedad-estado.
- Según el resultado de la prueba de Coeficiente de Correlación Rho de Spearman existe una correlación positiva moderada de $0,631$ entre la ansiedad-rasgo y la depresión de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco.

- El grado de depresión de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco, se encuentra en un nivel intenso, ya que 131 alumnos, equivalente al 32,8% se encuentran en ese nivel.
- El grado de ansiedad-estado de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco se ubica en el nivel normal-bajo, ya que 264 estudiantes, equivalente al 66% se ubican en ese nivel.
- El grado de ansiedad-rasgo de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco se ubica en el nivel normal-bajo, ya que 198 estudiantes, equivalente al 49.5% se ubican en ese nivel.
- El grado de autoeficacia de los estudiantes de las instituciones educativas G.U.E Leoncio Prado y Juana Moreno de Huánuco es normal, ya que 167 estudiantes, equivalente al 41,8% se ubican en ese nivel.
- Con respecto a la contrastación de hipótesis, la prueba estadístico indica que el signo bilateral $p = 0.000 < \alpha = 0,01$; por lo tanto se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptó la hipótesis alterna (H_1) a un nivel de significancia de 1% y nivel de confianza de 99% respectivamente.

Referencias

- Agudelo, D.; Casadiegos, C.; Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Alegre, A. (2014). Autoeficacia académica, autorregulación del aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios iniciales. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 79-120.
- Anxiety and Depression Association of America. (2010-2016). Facts and Statistics. Georgia: *Anxiety and Depression Association of America*. Recuperado de <https://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2). 191-215.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, A. (2006). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. New York: Cambridge University Press.
- Beato, M. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: Del conductismo al cognitivismo. *Revista de Historia de la psicología*, 14(3), 385-394.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bennett, P. (2003). *Abnormal and clinical Psychology. An introductory text book*. New York: McGraw Hill.
- Bird y Rieker (1999). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Calderón, G. (1999). *Guía de antidepresivos de sentirse bien*. Barcelona: Paidós.

- Candel, N., Olmedilla, A. y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(1), 61-77.
- Carbonero, M. y Merino, E. (2004). Autoeficacia y madurez vocacional. *Psicothema*, 16(2), 229-234.
- Carrasco, M. y Del Barrio, V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 323-332.
- Céspedes, E. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de Lima Sur*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Autónoma, Lima, Perú.
- Contreras, F. y Espinosa, J. (2005). Autoeficacia, ansiedad y académico en adolescentes. *Perspectivas en psicología*, 1(2), 183-194.
- Comer, R. (2001). Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 36(3), 140-144.
- Enfoque Económico. (2013). El 18% de suicidios en Perú corresponde a niños y adolescentes. *Diario Médico*. Recuperado de <http://www.diariomedico.pe/?p=4929>
- Ferster, C. (1965). Classification of behavior pathology. En Krasner, U. (Ed.): Research in Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Fierro, A. (1997). Identidad personal. En Eduardo Martí y Javier Onrubia, *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente*. (pp. 88-94). Barcelona: ICE/Horsori.
- Fox, N.; Nichols, K. y Henderson, H. (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16, 921-926.
- Freud, S. (1964). *An outline of psychoanalysis, the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XXIII). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.

- Freud, S. (1971). The etiology of hysteria. En J. Strachey (Ed. and Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*.
- Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de psicología*, 29(2), 491-500.
- Gans, A., Kenny, M., Ghany, D. (2003). Comparing the self-concept of students with and without Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 287–295.
- Gelder, M.; Gath, D. y Mayou, R. (1993). *Psiquiatría*. México D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Ghadery, A. y Salehi, M. (2011). A Study of the Level of Self-Efficacy, Depression and Anxiety Between Accounting and Management Students: Iranian Evidence. *World Applied Sciences Journal*, 12 (8), 1299-1306.
- Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de toxicomanías RET*, 20(50), 13-15.
- Gobierno Regional del Cusco. (2013). Dirección Regional de Salud Cusco. Cusco: *Dirección Regional de Salud Cusco*. Recuperado de <http://www.diresacusco.gob.pe/new/archivos/663>
- Grimaldo, M. (s.f.). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia general Baessler y Schwarzer. *Cultura*. 19(1), 1-17.
- Harris, R., Noyes, R., Crowe, R. y Chaudry, M. (1983). Family study of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1061-1064.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª Ed.). México D.F.: McGraw Hill Educación.
- Hudson, J. y Rapee, R. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of Generalized Anxiety Disorder. En Heimberg, R.; Turk, C.; Mennin, D., *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford.

- Hull, C. (1921). *Quantitative aspects of the evolution of concepts: An experimental study*. *Psychological Monographs*.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of Behavior*. Nueva York: Appelton Century-Crofts.
- Hull, C.L. (1952). *A Behavior System*. New Haven: Yale University Press.
- Inglés, C.; Piqueras, J.; García, J.; García, L.; Delgado, B. y Ruiz, C. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema* 2010, 22 (3), 376-381.
- Instituto Nacional de Salud Mental de Perú. (2012). Apoyo a la Investigación y docencia especializada. Lima: *Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hiderio Noguchi”*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>.
- Instituto Nacional de Salud Mental de Perú. (2017). El castigo verbal o físico a los hijos afecta su salud mental y genera conductas agresivas que pueden imitar. Lima. *Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hiderio Noguchi”*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/050.html>.
- Irrarázabal, N. (2012). *Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile*. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Khanehkeshi, A. (2011). The relationship of academic stress, depression, and self-efficacy with academic performance among high school students in Iran. *Indian Streams Research Journal*, 1(12), 1-4.
- Kohler, J. (2009). Rendimiento académico asociado a la autoeficacia de estudiantes de 4to. y 5to. Año de secundaria de un colegio nacional de Lima. *Cultura* 23(1), 101-119.
- Labrador, Y. (2014). *Ansiedad ante los exámenes y autoeficacia académica en alumnos universitarios: correlaciones, diferencias de edad y de género*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Argentina de la Empresa, Buenos Aires.

- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista Psique Mag*. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.html>.
- Lewinsohn, P.; Weinstein, M. & Shaw, D. (1969). Depression: A clinical-research approach. En R. Rubin y C. Frank (Eds.), *Advances in behavior therapy*, 1968. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. y Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, Psychotherapy*, 38(4).
- Lunenburg, F. (2011). Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business, And Administration*, 14(1).
- McGuffin, P.; Katz, R. Watkins, S. y Rutherford, J. (1996) A hospital-based twin register of the heriability of DSM-IV unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 129. 123-136.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2012). Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida. *Oficina de Prensa y Relaciones Públicas*. Recuperado de https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/saludmental/archivos/NP002_2012.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2012). Salud Mental: Estadísticas, estrategias y desafíos relacionados con la etapa de vida joven. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/mais/adolescente/DAIS/02_depresion_en_jovenes.pdf

- Myers, D. (2000). *The american paradox: Spiritual hunger in a age of plenty*. New Haven: Yale University Press.
- National Institute of Mental Health – NIH. (2015). Major Depression Among Adolescents. Maryland. *Transforming the understanding and treatment of mental illnesses*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adolescents.shtml>
- Nolen-Hoeksama, S. (1990). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 100(4), Nov 1991, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *American Psychological Society*, 10 (5), 173-176.
- Organización Mundial de la Salud. (2013-2017). Depresión. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/>
- Pando, M.; Aranda, C. y Alfaro, N. (2001). Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(3), 140-144.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 17(13), 13-28.
- Peralbo, M., Sánchez, J. y Simón, M. (1986). Motivación y aprendizaje escolar: Una aproximación desde la teoría de la autoeficacia. *Revista Infancia y aprendizaje*. 35(36), 37-45.
- Piemontesi, S. y Heredia, D. (2011). Relaciones entre la ansiedad frente a los exámenes, estrategias de afrontamiento, autoeficacia para el aprendizaje autorregulado y rendimiento académico. *Revista tesis*, 16(1), 74-86.
- Pool, C. y Martínez, J. (2013). Autoeficacia y uso de estrategias para el aprendizaje autorregulado en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3), 1-37.

- Quintero, M., Pérez, E., y Correa, S. (2009). La relación entre la autoeficacia y la ansiedad ante las ciencias en estudiantes del nivel medio superior. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(2), 69-91.
- Rapee, R. (2009). *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención*. Australia: Universidad de Macquarie.
- Rapee, R. (2016). Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey, J. (Ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. (pp. 1-20). Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Richard, F. (1998). *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Paris: Dunod.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., y Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(12), 9-16.
- Rosnay, M.; Cooper, P. y Tsigaras, N. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44,1165-1175.
- Serra, J. (2010). *Autoeficiencia, depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios*. (Memoria doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Sheehan, D. (1982). Panic attacks and phobias. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.
- Silva, A. (mayo-agosto de 2008). *Ser adolescente hoy*. *Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe*, 18(52), 312-332.
- Snyder, C. y Lopez, S. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research*. Nueva York: Academic Press.
- Tahmassian, K. y Jalali, N. (2010). Relationship Between Self-Efficacy and Symptoms of Anxiety, Depression, Worry and Social Avoidance in a Normal Sample of Students. *Self-Efficacy and Depression*, 5(2), 91-98.
- Van der Bijl, J. y Shortridge-Baggett, L. (2002). The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15(13), 189-207.
- Williams, T. y Williams, K. (2010). Self-efficacy and performance in mathematics: Reciprocal determinism in 33 nations. *Journal of Educational Psychology*, 102 (2), 453-466. doi:10.1037/a0017271

Anexos

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo:(F) (M)

INSTRUCCIONES

Primera parte A-E

A continuación encontrarás unas frases que se utiliza usualmente para describirse a sí mismo.

Lea atentamente cada frase y señale la respuesta que indique mejor cómo se SIENTE

AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que describa mejor su situación presente.

Enunciados	Nada	Algo	Mucho
Me siento calmado	1	2	3
Me encuentro quieto	1	2	3
Me siento nervioso	1	2	3
Me encuentro descansado	1	2	3
Tengo miedo	1	2	3
Estoy relajado	1	2	3
Estoy preocupado	1	2	3
Me encuentro satisfecho	1	2	3
Me siento feliz	1	2	3
Me siento seguro	1	2	3
Me encuentro bien	1	2	3
Me siento molesto	1	2	3
Me siento agradable	1	2	3
Me encuentro asustado	1	2	3
Me encuentro confuso	1	2	3
Me siento con buen animo	1	2	3
Me siento angustiado	1	2	3
Me encuentro alegre	1	2	3
Me encuentro disgustado	1	2	3
Me siento triste	1	2	3

INSTRUCCIONES

Segunda parte A-R A continuación encontrarás unas frases que se utiliza usualmente para describirse a sí mismo. Lea atentamente cada frase y señale la respuesta que indique mejor cómo se SIENTE EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que describa mejor cómo se siente en general.

Enunciados	Casi nunca	A veces	A menudo
Me preocupa cometer errores	1	2	3
Siento ganas de llorar	1	2	3
Me siento desafortunado	1	2	3
Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
Me preocupo demasiado	1	2	3
Me encuentro molesto	1	2	3
Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
Me preocupa lo que otros piensan de mi	1	2	3
Me afectan tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
Hay muchas dificultades en mi vida	1	2	3
Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

Inventario de Depresión de Kovasc

COLEGIO:.....

SEXO: M / F EDAD:..... GRADO:.....

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor CÓMO TE HAS SENTIDO últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que MEJOR te describa:

EJEMPLO:

☐ Siempre leo libros

☐ De vez en cuando leo libros

☐ Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES. PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

1.

- ☐ De vez en cuando estoy triste.
- ☐ Muchas veces estoy triste.
- ☐ Siempre estoy triste.

2.

- ☐ Nunca me va a salir nada bien.
- ☐ No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
- ☐ Las cosas me van a salir bien.

3.

- ☐ Muchas cosas me divierten.
- ☐ Algunas cosas me divierten.
- ☐ Nada me divierte.

4.

- ☐ La mayoría de las cosas las hago bien.
- ☐ Muchas cosas las hago mal.
- ☐ Todo lo hago mal.

5.

- ☐ Siempre soy malo o mala.
- ☐ Muchas veces soy malo o mala.
- ☐ Algunas veces soy malo o mala.

6.

- ☐ A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
- ☐ Me preocupa que pasen cosas malas.
- ☐ Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.

7.

- ☐ Me odio.
- ☐ No me gusta como soy.
- ☐ Me gusta como soy.

8.

- ☐ Todas las cosas malas son por mi culpa.
- ☐ Muchas cosas malas son por mi culpa.
- ☐ Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9.

- ☐ No pienso en matarme.
- ☐ Pienso en matarme pero no lo haría.
- ☐ Quiero matarme.

10.

- ☐ Todos los días tengo ganas de llorar.
- ☐ Muchos días tengo ganas de llorar.
- ☐ De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11.

- ☐ Siempre me preocupan las cosas.
- ☐ Muchas veces me preocupan las cosas.
- ☐ De vez en cuando me preocupan las cosas.

12.

- ☐ Me gusta estar con la gente.
- ☐ Muchas veces no me gusta estar con la gente.
- ☐ Nunca me gusta estar con la gente.

13.

- ☐ No puedo decidirme.
- ☐ Me cuesta decidirme.
- ☐ Me decido fácilmente.

14.

- ☐ Soy simpático o simpática.
- ☐ Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
- ☐ Soy feo o fea.

15.

- ☐ Siempre me cuesta hacer las tareas.
- ☐ Muchas veces me cuesta hacer las tareas.
- ☐ No me cuesta hacer las tareas.

16.

- ☐ Todas las noches me cuesta dormir.
- ☐ Muchas veces me cuesta dormir.
- ☐ Duermo muy bien.

17.

- ☐ De vez en cuando estoy cansado o cansada.
- ☐ Muchos días estoy cansado o cansada.
- ☐ Siempre estoy cansado o cansada.

18.

- ☐ La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- ☐ Muchos días no tengo ganas de comer.
- ☐ Como muy bien.

19.

- ☐ Nunca me siento solo o sola.
- ☐ Muchas veces me siento solo o sola.
- ☐ Siempre me siento solo o sola.

20.

- ☐ No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
- ☐ Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
- ☐ Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

21.

- ☐ Nunca me divierto en el colegio.
- ☐ Sólo a veces me divierto en el colegio.
- ☐ Muchas veces me divierto en el colegio.

22.

- ☐ Tengo muchos amigos.
- ☐ Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- ☐ No tengo amigos.

23.

- ☐ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- ☐ Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- ☐ Soy tan bueno como otros niños.

24.

- ☐ Mi trabajo en el colegio es bueno.
- ☐ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- ☐ Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.

25.

- ☐ Nadie me quiere.
- ☐ No estoy seguro de que alguien me quiera.
- ☐ Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

- ☐ Me llevo bien con la gente.
- ☐ Muchas veces me peleo.
- ☐ Siempre me peleo.

27.

- ☐ Generalmente hago lo que me dicen.
- ☐ Muchas veces no hago lo que me dicen.
- ☐ Nunca hago lo que me dicen.

Escala de Autoeficacia General

Edad: _____ Género: Masculino, Femenino

INDICACIONES:

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con una “X” el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

No. AFIRMACIONES

1	Incorrecto
2	Apenas cierto
3	Cierto
4	Muy Cierto

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

5. Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

- 9 Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

- 10 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

