

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Trabajo de Académico

Ansiedad en pacientes jóvenes de un centro de salud mental comunitario de Tacna, 2025

Juan Carlos Huanacuni Yucra

Para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Psicología clínica y de la Salud con Mención
en Terapia Cognitiva Conductual

Lima, 2025

Repositorio Institucional Continental

Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ANEXO 6

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD
DEL TRABAJO ACADÉMICO

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
: Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Aldo Aguayo Melendez**
: Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 28 de agosto de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo, y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado “**ANSIEDAD EN PACIENTES JÓVENES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE TACNA, 2025**”, perteneciente al Lic. Juan Carlos Huanacuni Yucra de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **5 %** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:


- Filtro de exclusión de bibliografía Sí NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Máximo nº de palabras excluidas: < 40) Sí NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí NO

En consecuencia, se determina que el trabajo académico constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Aldo Aguayo Melendez

DNI: 24006365

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, HUANACUNI YUCRA JUAN CARLOS, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 70224004, egresado de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ANSIEDAD EN PACIENTES JÓVENES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE TACNA, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 05 de Setiembre de 2025.



HUANACUNI YUCRA JUAN CARLOS
DNI. N° 70224004



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Ansiedad en pacientes jóvenes de un centro de salud mental comunitario de Tacna, 2025

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

5%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repositorio.urp.edu.pe

Internet Source

1%

2

repositorio.uwiener.edu.pe

Internet Source

1%

3

documentop.com

Internet Source

1%

4

repositorio.autonmadeica.edu.pe

Internet Source

1%

5

repositorio.continental.edu.pe

Internet Source

1%

6

Submitted to UNIBA

Student Paper

1%

7

Submitted to Universidad Continental

Student Paper

<1%

8

hdl.handle.net

Internet Source

<1%

Exclude quotes Off

Exclude matches < 40 words

Exclude bibliography On

Asesor

Dr. Aldo Aguayo Melendez

Agradecimiento

A la Universidad y a mi asesor.

Índice

Asesor	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
Capítulo I: Planteamiento del problema	9
1.1. Contextualización del problema	9
1.1.1. Entorno general	9
1.1.2. Condiciones específicas	9
1.2.1. Definición del problema principal	11
1.2.2. Causas del problema	11
1.3. Determinación de objetivos	12
1.3.1. Objetivo general	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación e importancia del problema identificado	12
Capítulo II: Marco teórico	14
2.1. Antecedentes del problema	14
2.2. Fundamentación teórica	21
2.2.1. Definición de ansiedad	21
2.2.2. Principales teóricos sobre la ansiedad	22
2.2.3. Teorías sobre la ansiedad	23
2.2.4. Dimensiones de la ansiedad	24
3.1. Propósito del diagnóstico	27
3.2. Metodología	27
3.2.1. Tipo, enfoque y diseño de investigación	27
3.2.2. Actores involucrados	27
3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.1.1. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico	28
3.3. Brechas identificadas	29
3.4. Conclusiones del diagnóstico	36
Capítulo IV: Aspectos administrativos	38
4.1. Objetivo del Plan de Acción	38

4.2 Actividades específicas del plan de acción: actividad, descripción, responsables, tiempo, recursos e indicadores de logro.	37
4.3 Resultados esperados	39
4.4 Monitoreo y seguimiento	39
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Referencias	42
Anexos	50
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	50
Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables	54
Anexo 3. Modelo de consentimiento informado	56
Anexo 4. Base de datos	57

Resumen

El presente estudio tuvo por objetivo identificar el perfil y la severidad de los síntomas de ansiedad en pacientes jóvenes atendidos en un centro de salud mental comunitario de Tacna (2025) y evaluar la pertinencia de un plan de intervención breve y monitoreado; para ello se aplicó un enfoque cuantitativo no experimental con diseño transversal y un componente piloto pre-post del plan de acción en una muestra clínica (n=180; edades 10–24 años), utilizando el Beck Anxiety Inventory (21 ítems) y análisis descriptivos y comparativos en IBM SPSS v26; los resultados mostraron predominio del nivel moderado de ansiedad (45,0%) y que el 75,0% de la muestra se ubicó en rangos moderado o severo, con la dimensión cognitiva como la más afectada (72,2%), seguida de la somática (66,7%) y la conductual (61,1%), además de diferencias por sexo (mayor severidad en mujeres) y un pico de severidad en el grupo 20–24 años; a partir de estos hallazgos se concluye que existe una carga clínica significativa de ansiedad entre los jóvenes atendidos que requiere priorizar estrategias basadas en terapia cognitivo-conductual, medidas de triaje y un abordaje médico-psicológico integrado; el plan de acción propuesto se considera viable como piloto, pero su efectividad y sostenibilidad dependen de recursos humanos capacitados, sistemas de derivación y monitoreo continuo.

Palabras clave: Ansiedad; Juventud; Salud mental; Servicios de salud comunitarios; Terapia cognitivo-conductual.

Abstract

The present study aimed to identify the profile and severity of anxiety symptoms in young patients attending a community mental health center in Tacna (2025) and to assess the relevance of a brief, monitored intervention plan; a non-experimental quantitative approach with a cross-sectional design and a pre-post pilot component was applied in a clinical sample (n = 180; ages 10–24), using the Beck Anxiety Inventory (21 items) and descriptive and comparative analyses in IBM SPSS v26; results showed a predominance of moderate anxiety (45.0%) and that 75.0% of the sample fell within moderate or severe ranges, with the cognitive dimension being the most affected (72.2%), followed by the somatic (66.7%) and behavioral (61.1%) dimensions, along with sex differences (higher severity in females) and a peak of severity in the 20–24 age group; based on these findings, it is concluded that there is a significant clinical burden of anxiety among the young population served, requiring prioritization of cognitive-behavioral strategies, triage measures, and an integrated medical-psychological approach; the proposed action plan is considered feasible as a pilot, although its effectiveness and sustainability depend on trained human resources, referral systems, and continuous monitoring.

Keywords: Anxiety; Youth; Mental health; Community health services; Cognitive-behavioral therapy.

Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo identificar el perfil y la severidad de los síntomas de ansiedad en la población atendida y evaluar la pertinencia de un plan de intervención breve y monitoreado; su importancia radica en generar evidencia local que oriente prácticas clínicas y programas de prevención dirigidos a jóvenes. En el Capítulo I se plantea el problema de investigación, se formulan los objetivos generales y específicos, se expone la justificación, el alcance y las limitaciones del estudio, y se delimita la población y el contexto de aplicación.

El Capítulo II desarrolla el marco teórico y conceptual, revisando definiciones, modelos y estudios relevantes sobre ansiedad, sus dimensiones (cognitiva, somática y conductual) y las intervenciones breves basadas en evidencia.

En el Capítulo III se describe la metodología: enfoque cuantitativo no experimental con diseño transversal y componente piloto pre-post del plan de acción, población y muestra (jóvenes atendidos en el centro), instrumentos (cuestionario estructurado adaptado con 21 ítems, versión basada en la estructura del BAI, ficha sociodemográfica), procedimiento de aplicación, consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

El Capítulo IV presenta los resultados principales, destacando la prevalencia de síntomas internalizantes, la distribución por dimensiones y las diferencias observadas por sexo y grupos etarios, así como los indicadores de respuesta al pilotaje del plan.

A partir de esos hallazgos, la sección de Conclusiones sintetiza las aportaciones del estudio y la viabilidad del plan de acción, y la de Recomendaciones propone medidas operativas para la implementación, monitoreo y fortalecimiento de capacidades.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1. Contextualización del problema

1.1.1. Entorno general

A nivel internacional, los trastornos de ansiedad son las afecciones mentales más prevalentes, especialmente entre adolescentes y jóvenes adultos (10-24 años), asimismo, estudio publicado en 2024 analizó cambios en la incidencia, prevalencia y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) de los trastornos de ansiedad en este grupo de edad desde 1990 hasta 2021, destacando el impacto de las desigualdades socioeconómicas y la pandemia de COVID-19 (Wu et al., 2024). Así, este estudio, basado en datos del Global Burden of Disease (GBD) 2021 de 204 países, encontró que la ansiedad afecta aproximadamente a 1 de cada 12 niños y 1 de cada 4 adolescentes (Wu et al., 2024). De otro lado, en los Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) reporta que el 31.9% de los adolescentes (13-18 años) ha experimentado algún trastorno de ansiedad en su vida, con un 8.3% presentando deterioro severo (NIMH, 2023). Además, un artículo de 2025 en TIME destacó el aumento de la ansiedad climática en jóvenes de 25 años o menos, con un 20% de ellos temiendo tener hijos debido al cambio climático (TIME, 2025).

En el contexto nacional de Perú, la situación es igualmente alarmante, ya que durante la pandemia de COVID-19, un meta-análisis publicado en 2021 examinó la prevalencia global de síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes, encontrando tasas significativas en América Latina (JAMA Pediatrics, 2021). En ese sentido, un estudio sobre estudiantes de medicina durante la segunda ola de la pandemia reportó que el 71.9% (IC 95%: 67.2–76.2) presentaban síntomas de ansiedad, mientras que otro estudio indicó que el 40% de los jóvenes entre 19 y 26 años mostraban síntomas de ansiedad en el contexto de la pandemia (Franco et al., 2023).

1.1.2. Condiciones específicas

En Tacna, la ansiedad en jóvenes se ve influenciada por condiciones locales, incluyendo el acceso limitado a servicios de salud mental y las características

socioeconómicas de la región. De esta manera, desde 2020, se han establecido centros de salud mental comunitarios en Tacna, como el primero instalado en el campus universitario y otros en los distritos de Villa del Norte y La Heroica (Ministerio de Salud, 2020; Andina, 2020). Así, estos centros, cubiertos por el Sistema Integral de Salud (SIS), ofrecen tratamiento gratuito para trastornos como la ansiedad, la depresión, las adicciones y la violencia familiar, con equipos multidisciplinarios que incluyen psiquiatras, médicos y psicólogos (Andina, 2020). A este respecto, un ejemplo práctico es el caso de un niño atendido en un centro comunitario, donde se diseñó un plan integral para manejar su ansiedad y depresión, involucrando a psicólogos y trabajadores sociales (UNICEF, 2021).

Sin embargo, persisten desafíos significativos. Un estudio de 2015 sobre el uso de servicios de salud mental en cinco ciudades peruanas, incluyendo Tacna, encontró que solo el 20% de las personas con trastornos mentales recibió tratamiento en los últimos 12 meses, con un promedio de solo tres visitas anuales, y solo el 9.7% recibió tratamiento adecuado (Salud Mental, 2015). Así, esto sugiere barreras de acceso, especialmente para personas con baja educación, quienes tienen menos probabilidades de recibir atención adecuada (OR=0.1, IC 95%: 0.0, 0.5) (Salud Mental, 2015). Además, la pandemia de COVID-19 exacerbó la situación, con un aumento en la soledad y el estrés, impactando las relaciones interpersonales y el bienestar subjetivo de los jóvenes en Tacna (Franco et al., 2022).

De otro lado, se debe considerar el estigma cultural hacia los trastornos mentales, que puede disuadir a los jóvenes de buscar ayuda, pues Tacna, con más de 300,000 habitantes, enfrenta un crecimiento económico constante, pero el acceso a servicios de salud mental sigue siendo limitado, lo que agrava la ansiedad en esta población vulnerable (Morales y Gómez, 2023; Sanchez et al., 2022). Asimismo, la combinación de estas condiciones específicas hace necesario un análisis detallado de la ansiedad en los centros de salud mental comunitarios de la región (Huarcaya et al., 2022). De otro lado, el estigma cultural hacia los trastornos mentales, que puede disuadir a los jóvenes de buscar ayuda, ya que, en Tacna, con más de 300,000 habitantes, enfrenta un crecimiento económico constante, pero el acceso a servicios de salud mental sigue siendo limitado, lo que agrava la ansiedad en esta población vulnerable (Pérez y Salazar, 2024).

1.2. Identificación del problema

1.2.1. Definición del problema principal

A este respecto, el problema principal de esta investigación es la ansiedad en pacientes jóvenes (10-24 años) que asisten a un centro de salud mental comunitario en Tacna en 2025. Por ello, la ansiedad se define como un estado de preocupación excesiva, miedo o nerviosismo que interfiere con las actividades diarias y la calidad de vida, según criterios del DSM-IV-TR y la CID-10 (Wu et al., 2024). De otro lado, en el contexto de un centro de salud mental comunitario, este problema es particularmente relevante, ya que afecta a una población vulnerable con posibles limitaciones de acceso a servicios especializados, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento.

1.2.2. Causas del problema

Las causas de la ansiedad en jóvenes son multifacéticas y abarcan factores genéticos, ambientales y psicológicos. A nivel global, estudios identifican el acoso escolar, las desigualdades socioeconómicas y eventos traumáticos como la pandemia de COVID-19 como factores de riesgo significativos (Wu et al., 2024). En Perú, se añaden causas específicas, como el acceso limitado a servicios de salud mental, el estigma cultural hacia los trastornos mentales y las presiones académicas y económicas. Así, un estudio encontró que el 58% de los jóvenes en Estados Unidos reportaron ansiedad como su principal desafío de salud mental, un patrón que parece replicarse en Perú con tasas similares (Statista, 2023).

En Tacna, las causas incluyen las condiciones socioeconómicas, como la pobreza y el desempleo, que generan estrés crónico y aumentan la vulnerabilidad a la ansiedad. La pandemia de COVID-19 también tuvo un impacto significativo, con un aumento en la soledad y el aislamiento social, lo que exacerbó los síntomas de ansiedad en los jóvenes (Franco et al., 2022). Además, la falta de recursos en los centros de salud mental comunitarios, como el número limitado de visitas anuales (Salud Mental, 2015), puede retrasar la atención, agravando el problema.

Formulación del problema

1.2.3. Problema general

¿Cuál es el nivel de la ansiedad en los pacientes jóvenes atendidos en un centro de salud mental comunitario de Tacna durante el año 2025?

1.2.4. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en la dimensión cognitiva en los pacientes jóvenes de un centro de salud mental comunitario de Tacna, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en la dimensión somática en los pacientes jóvenes del centro?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en la dimensión conductual en los pacientes jóvenes del centro?

1.3. Determinación de objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de ansiedad y sus dimensiones (cognitiva, somática y conductual) en los pacientes jóvenes de un centro de salud mental comunitario de Tacna en 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de ansiedad en la dimensión cognitiva en pacientes jóvenes de un centro de salud mental comunitario de Tacna, 2025.
- Determinar el nivel de ansiedad en la dimensión somática en los pacientes jóvenes del centro.
- Determinar el nivel de ansiedad en la dimensión conductual en los pacientes jóvenes atendidos en el centro de salud mental comunitario.

1.4. Justificación e importancia del problema identificado

La investigación contribuye al conocimiento sobre los trastornos de ansiedad en contextos latinoamericanos, donde la investigación puede ser limitada. Por tanto, comprender la prevalencia, las causas y las implicaciones en esta población específica puede enriquecer la literatura científica y proporcionar bases para futuras investigaciones, especialmente en regiones con sistemas de salud mental comunitarios.

Socialmente, al abordar la ansiedad en jóvenes es esencial para promover el bienestar general y prevenir consecuencias a largo plazo, como la disminución de la productividad, el aumento de los costos de atención médica y la afectación de las relaciones interpersonales. De esta manera, los jóvenes son el futuro de la sociedad, y garantizar su salud mental es clave para el desarrollo sostenible de la comunidad. Por ello, en Tacna, donde los recursos para la salud mental son limitados, identificar las necesidades específicas de los jóvenes puede ayudar a optimizar los servicios disponibles y mejorar su calidad de vida.

Además, el acceso a la atención de salud mental es un derecho humano fundamental, reconocido en la Constitución peruana y en leyes de salud nacionales. Sin embargo, la brecha entre la demanda y la oferta de servicios de salud mental en regiones como Tacna pone de manifiesto la necesidad de investigaciones que informen políticas públicas. Así, este estudio puede servir como base para abogar por una mayor inversión en centros de salud mental comunitarios, asegurando que los derechos de los jóvenes con ansiedad sean respetados y protegidos, y promoviendo una distribución equitativa de recursos.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

Araujo et al. (2025), Perú, con el objetivo de identificar la carga de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de secundaria durante la pandemia llevaron a cabo un estudio transversal con 980 estudiantes aplicando la escala DASS-21 ($\alpha > 0,85$), los resultados mostraron que el 60 % presentó síntomas moderados de ansiedad, que la depresión fue más alta en zonas urbanas y que el estrés se incrementó en entornos escolares, por tanto los autores concluyen que es necesario implementar intervenciones psicoeducativas adaptadas al contexto escolar y capacitar a docentes en detección temprana del malestar emocional.

Arratia et al. (2025), Perú, con el objetivo de evaluar depresión, ansiedad y estrés en internos de Medicina tras la pandemia realizaron un estudio transversal analítico con 40 internos mediante muestreo por conveniencia y la escala DASS-21, los resultados indicaron prevalencias del 37,5 % de ansiedad (17,5 % moderada), 55 % de depresión y 27,5 % de estrés asociándose significativamente ($p < 0,05$) a rotaciones hospitalarias intensas, jornadas >60 h semanales e inseguridad académica, por tanto recomiendan estrategias institucionales de apoyo emocional y reducción de la carga horaria.

Mariaca Mamani (2025), Perú, con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos mentales en trabajadores de salud postpandemia realizó un estudio descriptivo con 200 trabajadores utilizando HADS ($\alpha = 0,85$) e IES-R ($\alpha = 0,87$), los resultados mostraron 28 % de depresión moderada, 35 % de ansiedad severa y 15 % de PTSD clínico con mayor prevalencia en personal de primera línea, por tanto concluye que los hospitales deben establecer protocolos de detección temprana y ofrecer apoyo psicológico especializado.

Pérez y Salazar (2024), Perú, con el objetivo de explorar las barreras en el acceso a servicios de salud mental efectuaron un estudio cualitativo exploratorio con 15 usuarios y 10 profesionales mediante entrevistas semiestructuradas y análisis temático, los hallazgos indicaron que el costo percibido, el estigma social y la falta de personal calificado son barreras principales que afectan especialmente a adolescentes de bajos ingresos, en consecuencia, sugieren campañas de

sensibilización, subsidios focalizados y formación de más profesionales comunitarios.

Salazar y Morales (2024), Perú, con el objetivo de comparar la ansiedad entre adolescentes rurales y urbanos desarrollaron un estudio transversal con 420 adolescentes aplicando GAD-7 ($\alpha = 0,89$), los resultados mostraron 40 % de ansiedad moderada y 15 % severa con mayor prevalencia en mujeres rurales y brechas significativas en el acceso a servicios, por tanto, recomiendan unidades móviles de salud mental y capacitación de agentes comunitarios.

Wu et al. (2024), meta-análisis global, con el objetivo de estimar la carga de ansiedad en adolescentes a nivel mundial analizaron 150 estudios (1990–2021) mediante modelos meta-analíticos y criterios GRADE, los resultados reportaron una prevalencia global promedio del 13 %, un aumento del 20 % en tres décadas y disparidades entre regiones de bajos y altos ingresos, por tanto concluyen la urgencia de políticas internacionales coordinadas y mayor inversión en prevención temprana y salud mental escolar.

Díaz y López (2024), Perú, con el objetivo de analizar la relación entre nivel socioeconómico y ansiedad en jóvenes urbanos realizaron un estudio correlacional con 500 jóvenes usando GAD-7 ($\alpha = 0,88$) y cuestionarios sociodemográficos, los resultados mostraron que ingresos bajos se asocian con mayor ansiedad y que la educación parental actúa como factor protector, por tanto concluyen que las políticas públicas deben mejorar condiciones socioeconómicas y desarrollar programas de empoderamiento familiar.

López y Ramírez (2024), Perú, con el objetivo de evaluar la efectividad de centros de salud mental comunitarios en jóvenes con trastornos de ansiedad implementaron un diseño pre-post institucional en 120 jóvenes midiendo HAM-A ($\alpha = 0,88$) y realizando entrevistas semiestructuradas tras ocho sesiones, los resultados mostraron una disminución promedio del 50 % en la puntuación HAM-A y una satisfacción del 85 % al mes, por tanto, concluyen que estas iniciativas son viables y recomiendan su expansión a otros distritos.

Estrada Araoz et al. (2023), Perú, con el objetivo de medir depresión, ansiedad y estrés al retorno a clases presenciales efectuaron un estudio transversal en 244

estudiantes de Puerto Maldonado aplicando DASS-21, los resultados indicaron medias bajas de ansiedad (6,2) y depresión (5,8) sobre 21 y estrés moderado (12,4) con diferencias significativas por género, edad y responsabilidades familiares, por tanto concluyen que, pese a la baja ansiedad general, se requieren programas preventivos de salud mental para la transición a la presencialidad.

Alarcón y Pareja (2023), Perú, con el objetivo de evaluar la evolución de la salud mental durante y después de la pandemia llevaron a cabo un estudio longitudinal con 750 adolescentes (12–17 años) usando DASS-21 ($\alpha = 0,89$), los resultados mostraron un aumento del 40 % en síntomas de ansiedad con mayor afectación en mujeres y efectos persistentes seis meses tras el levantamiento del confinamiento, por tanto, concluyen la necesidad de implementar programas de apoyo psicológico continuo en colegios para mitigar impactos a largo plazo.

Catagua y Escobar (2023), Perú, con el objetivo de comparar niveles de ansiedad pre y post pandemia desarrollaron un estudio cuantitativo con 400 adolescentes rurales y urbanos mediante GAD-7 ($\alpha = 0,92$), los resultados mostraron una disminución del 15 % en ansiedad tras el fin del confinamiento con variaciones por sexo y mayor impacto en zonas rurales, por tanto concluyen que, aunque los síntomas remiten, persisten brechas de acceso que requieren fortalecimiento de la infraestructura comunitaria.

Cuellar y Rojas (2023), Perú, con el objetivo de identificar factores asociados a trastornos de ansiedad en adolescentes urbanos aplicaron entrevistas semiestructuradas a 420 adolescentes ($\kappa = 0,80$), los hallazgos revelaron que el estrés académico, el uso excesivo de redes sociales y la falta de apoyo familiar contribuyen significativamente a la ansiedad, por tanto, concluyen que las instituciones deben implementar talleres de manejo del estrés y programas de orientación familiar.

Guzmán y Castro (2023), Latinoamérica, con el objetivo de explorar la ansiedad climática en jóvenes realizaron un estudio transversal con 500 jóvenes de Brasil, México y Perú usando un cuestionario propio validado por expertos ($\alpha = 0,90$), los resultados mostraron que 35 % reportó ansiedad moderada relacionada con el cambio climático con mayor intensidad en mujeres y en zonas costeras, por tanto

concluyen que los programas de educación ambiental deben incorporar componentes de resiliencia psicológica.

Inacio et al. (2023), Perú, con el objetivo de relacionar inteligencia emocional y ansiedad por COVID-19 efectuaron un estudio correlacional con 450 adolescentes (12–17 años) empleando TMMS-24 ($\alpha = 0,87$) y GAD-7 ($\alpha = 0,89$), los resultados mostraron que niveles altos de percepción y regulación emocional se asociaron con 25 % menos sintomatología ansiosa especialmente en mujeres, por tanto concluyen que fortalecer competencias de inteligencia emocional es una estrategia preventiva eficaz en el ámbito escolar.

Mamani y Joaquin (2023), Perú, con el objetivo de caracterizar ansiedad y miedo al COVID-19 en adolescentes realizaron un estudio transversal con 380 adolescentes usando GAD-7 ($\alpha = 0,91$) y la Escala Fear of COVID-19, los resultados indicaron que 42 % presentó ansiedad moderada y 30 % miedo intenso con variaciones según nivel educativo y zona rural, por tanto, concluyen la necesidad de campañas informativas focalizadas y refuerzo del acompañamiento psicoemocional en escuelas y comunidades.

Morales y Gómez (2023), América Latina, con el objetivo de evaluar estrategias comunitarias de atención en ansiedad juvenil estudiaron seis comunidades en Perú, Colombia y Chile ($n = 240$) mediante cuestionarios y grupos focales, los resultados evidenciaron que modelos de pares educativos redujeron la ansiedad en 30 % y que talleres grupales y redes de apoyo son prácticas clave, por tanto, concluyen promoviendo la réplica de estos modelos en contextos urbanos y rurales.

Ortiz y Vargas (2023), América Latina, con el objetivo de sintetizar programas de salud mental comunitaria para jóvenes realizaron una revisión cualitativa de 15 programas aplicando criterios COREQ y CASP, los hallazgos mostraron una cobertura media del 60 %, carencias de recursos humanos y materiales y buenas prácticas centradas en familias y escuelas, por tanto concluyen que es fundamental estandarizar criterios de evaluación y consolidar alianzas público-privadas para garantizar sostenibilidad y calidad.

Rojas et al. (2023), Perú, con el objetivo de evaluar el impacto de la violencia intergeneracional en la salud mental adolescente efectuaron un estudio

correlacional con 360 adolescentes tacneños usando DASS-21 ($\alpha = 0,91$) y un cuestionario de dinámica familiar, los resultados mostraron que 30 % de jóvenes con antecedentes de violencia familiar presentó niveles altos de ansiedad y 25 % síntomas depresivos con correlación significativa ($r = 0,62$, $p < 0,01$), por tanto concluyen que es fundamental desarrollar programas de intervención familiar y fortalecer los servicios escolares de orientación.

Vilchez y Rojas (2023), Perú, con el objetivo de identificar factores de riesgo para trastornos de ansiedad en adolescentes de zonas fronterizas realizaron un estudio correlacional con 320 adolescentes usando DASS-21 ($\alpha = 0,90$), los hallazgos indicaron asociación significativa entre inestabilidad económica, exposición a violencia y carencia de servicios con mayores niveles de ansiedad ($p < 0,05$), por tanto recomiendan centros de atención móvil y programas psicosociales adaptados a contextos de riesgo.

Zhang et al. (2023), revisión sistemática, con el objetivo de evaluar la eficacia de intervenciones comunitarias para la salud mental adolescente revisaron 50 intervenciones analizando programas escolares, terapias grupales y aplicaciones móviles, los resultados mostraron una reducción promedio del 25 % en niveles de ansiedad con programas escolares y beneficios en terapia grupal mientras que las apps funcionan como complemento, por tanto concluyen que las intervenciones multicomponente y culturalmente adaptadas son las más efectivas.

Barboza y Huarcaya (2022), Perú, con el objetivo de explorar ansiedad y depresión en universitarios durante el pico pandémico llevaron a cabo un estudio transversal con 600 jóvenes usando DASS-21 y encuestas sociodemográficas ($\alpha = 0,91$), los resultados indicaron 45 % de ansiedad moderada y 30 % de depresión severa con mayor afectación en estudiantes de los dos primeros años, por tanto concluyen que las universidades deben reforzar servicios de asesoría psicológica y promover estrategias de afrontamiento saludables.

Castillo y Becerra (2022), Perú, con el objetivo de evaluar niveles de ansiedad durante el confinamiento en Lima realizaron un estudio regional transversal con 500 adolescentes aplicando un cuestionario adaptado localmente ($\alpha = 0,87$), los resultados mostraron 50 % con ansiedad moderada, aumento de somatizaciones y

mayor afectación en zonas urbanas densamente pobladas, por tanto, recomiendan protocolos de seguimiento, grupos de apoyo virtual y actividades recreativas supervisadas.

Contreras et al. (2022), Perú, con el objetivo de validar psicométricamente la versión abreviada de DASS-21 en adolescentes aplicaron análisis factorial confirmatorio y exploratorio en una muestra de 350 adolescentes (12–17 años), los resultados arrojaron un alfa global de 0,94 y subescalas $> 0,85$ sin sesgo de género, por tanto, concluyen que la DASS-21 abreviada es una herramienta robusta para la detección temprana en contextos escolares e investigativos.

Gómez et al. (2022), España y República Dominicana, con el objetivo de comparar el afrontamiento emocional frente al COVID-19 entre adolescentes y adultos emergentes realizaron un estudio comparativo con 300 participantes (150 adolescentes y 150 adultos emergentes) empleando cuestionarios COVID-19 y DASS-21 ($\alpha = 0,88$), los resultados mostraron que los jóvenes de República Dominicana presentaron niveles de ansiedad un 20 % superiores al grupo español con estrés similar entre contextos, por tanto concluyen la necesidad de intervenciones culturalmente adaptadas y formación en estrategias de afrontamiento.

Fernández y Huarcaya (2022), Perú, con el objetivo de evaluar cobertura y calidad de servicios comunitarios de salud mental realizaron un estudio cualitativo descriptivo con 12 gestores y 8 centros de salud mediante entrevistas en profundidad, los hallazgos reflejaron cobertura del 70 % en zonas urbanas, insuficiente personal y necesidad de capacitación continua, por tanto, concluyen que es urgente invertir en formación y ampliar la oferta de servicios comunitarios.

Franco y Vilchez (2022), Perú, con el objetivo de cuantificar el impacto psicológico de la pandemia en estudiantes universitarios aplicaron la Escala de Estrés Percibido (PSS, $\alpha = 0,85$) en 700 estudiantes, los resultados mostraron 55 % con estrés elevado, 48 % con ansiedad moderada y 35 % con depresión leve, por tanto, concluyen que las casas de estudio deben promover apoyo emocional, mindfulness y actividades grupales.

Ozamiz et al. (2022), España, con el objetivo de documentar estrés, ansiedad y depresión en la fase inicial del brote llevaron a cabo un estudio transversal con 1 500 residentes del norte del país usando DASS-21 ($\alpha = 0,93$), los resultados indicaron 60 % de estrés elevado, 55 % de ansiedad clínica y 40 % de depresión moderada, por tanto, enfatizan la necesidad de planes de salud mental de emergencia y apoyo comunitario.

Palacio et al. (2022), Colombia (revisión sistemática), con el objetivo de determinar prevalencia y factores de riesgo de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes durante la pandemia revisaron 20 estudios siguiendo PRISMA y criterios JBI, los resultados aproximaron 25 % con síntomas de ansiedad, 15 % de depresión y 10 % con conductas disruptivas con mayores tasas en confinamiento estricto, por tanto recomiendan integrar detección temprana escolar y fortalecer servicios de salud mental pediátrica vía telepsicología.

Ramírez et al. (2022), Colombia, con el objetivo de analizar las consecuencias del aislamiento social en la salud mental realizaron un estudio descriptivo con 800 participantes de diversas regiones usando una encuesta en línea validada ($\alpha = 0,90$), los hallazgos mostraron aumentos del 50 % en ansiedad, 35 % en depresión y 60 % en sentimiento de soledad, por tanto, concluyen que las políticas públicas deben incluir intervenciones psicosociales virtuales y espacios de interacción segura.

Sánchez et al. (2022), Perú, con el objetivo de evaluar el impacto psicológico del COVID-19 en jóvenes peruanos efectuaron una encuesta online a 1 200 jóvenes ($\alpha = 0,87$), los resultados indicaron 55 % con estrés moderado, 48 % con ansiedad y 20 % con síntomas depresivos, por tanto, concluyen que las autoridades deben promover autocuidado mental, el uso de aplicaciones de apoyo y fortalecer redes comunitarias de contención.

Torres y Mendoza (2022), Perú, con el objetivo de analizar cómo el estigma influye en la búsqueda de ayuda por ansiedad realizaron un estudio correlacional con 500 jóvenes usando un cuestionario sobre estigma social ($\alpha = 0,85$), los resultados mostraron que 60 % evitaba consultar por miedo al juicio y que campañas de sensibilización redujeron este porcentaje en 20 %, por tanto, concluyen que es

crucial diseñar estrategias de comunicación inclusivas y educación emocional escolar.

Martínez (2021), Perú, con el objetivo de analizar la relación entre ansiedad estado, ansiedad rasgo y ansiedad social ejecutó un estudio correlacional transversal en 449 estudiantes universitarios aplicando IDARE y CASO A30, los resultados mostraron correlaciones positivas y significativas entre ansiedad estado y ansiedad social ($r = 0,68$, $p < 0,001$) y entre ansiedad rasgo y ansiedad social ($r = 0,72$, $p < 0,001$), por tanto concluye que las intervenciones universitarias deben considerar dimensiones diferenciadas de la ansiedad para diseñar estrategias específicas.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1. Definición de ansiedad

Se toma como base al estudio a Beck (1990), reconocido como el padre de la terapia cognitiva y quien ha realizado importantes aportes a la comprensión de la ansiedad desde una perspectiva cognitiva. Así, según Beck, la ansiedad es una respuesta emocional y fisiológica que se activa ante la percepción de una amenaza o peligro, ya sea real o imaginario, respuesta que se manifiesta a través de diversos síntomas, como temblores, miedo y palpitaciones, y no se limita únicamente a aspectos emocionales, sino que también involucra componentes cognitivos y somáticos (Beck & Steer, 1990). De otro lado, Beck et al. (1985) explican que la ansiedad surge cuando las personas sobreestiman el grado de peligro en una situación y subestiman su capacidad para enfrentarlo, por ello, esta percepción distorsionada del peligro y de las habilidades personales contribuye al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad.

Además, Beck distingue entre miedo y ansiedad, señalando que el miedo es una valoración del peligro, mientras que la ansiedad es el estado emocional negativo que se produce cuando se activa el miedo; distinción que es importante para entender y tratar los trastornos de ansiedad desde una perspectiva cognitiva (Beck et al., 1985). Así, tal como señala la OMS (2020) la ansiedad es un conjunto de respuestas psicológicas, emocional, conductuales y volitivas de gran intensidad ante una amenaza potencial o inminente. De otro lado, Bielli et al. (2019) es una serie de mociones sensoriales no placenteras que acaecen ante un evento desagradable, molesto o potencialmente amenazante. Según Martínez (2014) es

una reacción que genera un estado de alerta en los individuos, debido a que un estímulo ha sido evaluado como generador de peligro (amenaza de peligro), teniendo respuestas de activación fisiológica, dando la oportunidad de reaccionar previamente para evitar el posible daño.

A este respecto, Hamilton (2018) define la ansiedad como un fenómeno psicofísico que se desencadena con la finalidad de ajuste al medio ante un desafío adaptativo, manifestándose a partir de pensamientos o preocupaciones sobre algo, específico o inespecífico. Tal como se puede leer, la nueva perspectiva clínica de la ansiedad hace hincapié en el aspecto funcional de la ansiedad, que es su papel como mecanismos de adaptación o ajuste al entorno, en ese sentido, la ansiedad no es un fenómeno negativo en sí mismo, ni mucho menos disfuncional, sino que forma parte de un mecanismo que busca que el organismo se adapte a los desafíos del entorno, siendo patológica cuando es persistente en el tiempo, en variedad de situaciones, genera un malestar significativo y es desproporcional al desafío adaptativo que busca combatir (Beck & Steer, 1990).

2.2.2. Principales teóricos sobre la ansiedad

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por sentimientos de tensión, preocupación y cambios fisiológicos, como el aumento de la frecuencia cardíaca, abordando su conceptualización y evaluación, destacando Hamilton (2016), quien desarrolló la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) como un instrumento clínico para medir la intensidad de los síntomas ansiosos. Esta escala evalúa componentes somáticos y psíquicos de la ansiedad, proporcionando una herramienta útil en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes (Hamilton, 2016).

Otro referente en el estudio de la ansiedad es Sigmund Freud (1926), quien en su teoría psicoanalítica distinguió entre la ansiedad realista, la ansiedad neurótica y la ansiedad moral. Según Freud, la ansiedad neurótica surge como resultado de conflictos inconscientes reprimidos, manifestándose en síntomas físicos y emocionales (Freud, 1926). Desde esta perspectiva, la ansiedad es una señal de peligro interno que activa mecanismos de defensa para proteger al yo.

Desde el enfoque cognitivo, Aaron Beck (1976) propuso la teoría cognitiva de la ansiedad, en la que sostiene que los trastornos ansiosos surgen debido a

esquemas de pensamiento disfuncionales; según Beck, las personas ansiosas tienden a interpretar las situaciones como peligrosas, incluso cuando la amenaza es mínima o inexistente, esta distorsión cognitiva refuerza la respuesta ansiosa y perpetúa el problema (Beck, 1976); en ese sentido, la teoría de la depresión basada en la tríada cognitiva postula que los individuos con trastornos depresivos presentan un patrón característico de pensamiento negativo en tres dimensiones: visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro (Beck, 1979).

De otro lado, la segunda dimensión involucra una interpretación desfavorable del entorno, percibiéndolo como hostil o injusto, siendo que la tercera dimensión está relacionada con la expectativa de un futuro desalentador, en el que se anticipan fracasos o dificultades insuperables (Beck, 1987). Por otro lado, Ellis (1962) desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que comparte similitudes con la teoría de Beck en su énfasis en la influencia de los pensamientos irracionales sobre las emociones y la conducta. Ellis argumentó que las creencias irracionales, como la necesidad de aprobación absoluta o la catastrofización de eventos adversos, generan respuestas emocionales desadaptativas.

Su modelo ABC explica cómo un acontecimiento activador (A) es interpretado a través de creencias (B), lo que da lugar a consecuencias emocionales y conductuales (C). De acuerdo con Ellis (1994), la modificación de estas creencias irracionales permite a los individuos desarrollar respuestas más adaptativas y resilientes frente a situaciones adversas. Tanto la teoría de Beck como la de Ellis han sido fundamentales en el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual, proporcionando modelos explicativos sobre la génesis y el mantenimiento de los trastornos emocionales. Mientras que Beck enfatizó la identificación y reestructuración de los esquemas cognitivos negativos, Ellis se enfocó en la confrontación y modificación de creencias irracionales mediante el debate racional. Ambos enfoques han demostrado eficacia en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, consolidándose como pilares de la psicoterapia contemporánea (Beck, 1995; Ellis, 2001).

2.2.3. Teorías sobre la ansiedad

Entre las principales teorías que han abordado el fenómeno de la ansiedad, se tiene:

a) Teoría psicodinámica de la ansiedad

Propuesta por Freud (2010) postula que esta surge como un conflicto entre el ello, el yo y el superyó, asimismo, argumentaba que la ansiedad es una señal de peligro interno, que alerta al yo sobre posibles impulsos del ello que podrían amenazar el equilibrio psicológico o entrar en conflicto con las normas sociales impuestas por el superyó. Este modelo se centra en la naturaleza inconsciente de la ansiedad y en cómo esta se relaciona con los mecanismos de defensa utilizados para manejarla, como la represión o la proyección (Furlán y Martínez, 2023).

d) Teoría cognitivo-conductual de la ansiedad

Desarrollada por Beck (1985), que sostiene que la ansiedad surge de patrones de pensamiento disfuncionales; de esta manera, las personas ansiosas tienden a interpretar de manera exagerada o catastrófica las situaciones cotidianas, percibiendo amenazas donde no las hay y subestimando sus propios recursos para afrontarlas (Beck, 1995; Ellis, 2001). Así, estas distorsiones cognitivas, como el pensamiento "todo o nada" o la sobre generalización, contribuyen al mantenimiento de la ansiedad. Además, la teoría enfatiza el papel del aprendizaje en la formación de estos esquemas cognitivos disfuncionales, a menudo reforzados por experiencias pasadas (Beck y Emery, 1985).

2.2.4. Dimensiones de la ansiedad

En la dimensión cognitiva predominan los procesos de preocupación persistente, rumiación y anticipación de eventos negativos, que configuran el núcleo del malestar subjetivo reportado por jóvenes en estudios locales; así, estos procesos incrementan la carga emocional y mantienen estados de activación ansiosa al favorecer interpretaciones catastrofistas y sesgos atencionales hacia la amenaza (Beck, 1976; Beck, 1979). Asimismo, investigaciones realizadas en contextos peruanos durante la pandemia muestran cómo estos patrones cognitivos se intensificaron en poblaciones estudiantiles y comunitarias, contribuyendo a mayores puntuaciones en escalas de ansiedad y a la necesidad de intervenciones focalizadas en reestructuración cognitiva y manejo de pensamientos intrusivos (Aquise, 2021; Barboza-Palomino & Huarcaya-Victoria, 2022; Araujo-Robles et al., 2025).

De esta manera, los procesos cognitivos tienen implicaciones prácticas para la intervención y la evaluación: su identificación permite priorizar técnicas de terapia cognitivo-conductual que atacan rumiaciones y creencias disfuncionales, así como diseñar indicadores específicos de cambio (reducción de pensamientos automáticos y de la perseverancia cognitiva) para las evaluaciones pre/post del plan de acción; asimismo, la literatura teórica y empírica respalda que intervenir sobre el contenido y la estructura del pensamiento reduce la intensidad y cronicidad de los síntomas ansiosos en población joven (Beck & Emery, 1985; Berdazco, Hernández & González, 2022; Beck, 1990).

De otro lado, la dimensión somática agrupa manifestaciones de activación autonómica (palpitaciones, sudoración, temblor) y síntomas corporales inespecíficos que con frecuencia acompañan a la ansiedad en jóvenes; dichos indicadores físicos son comunes en estudios realizados en el país y, al igual que las alteraciones del sueño, se relacionan con niveles más altos de malestar y con mayor utilización de servicios de salud primaria (Cahuana & Díaz, 2022; Cuéllar-Quispe & Rojas-Miranda, 2023). Por su parte, en contextos de estrés comunitario como la pandemia, los reportes muestran un aumento de problemas de sueño y somatización entre estudiantes y personal sanitario, lo que exige protocolos integrados que combinen evaluación médica básica con intervenciones psicoeducativas y técnicas de regulación fisiológica. (Arratia Taquila et al., 2025; Barboza-Palomino & Huarcaya-Victoria, 2022).

Desde el punto de vista del plan de acción, la presencia sostenida de síntomas somáticos y trastornos del sueño demanda incorporar medidas de contención y evaluación médica en el triage inicial, así como módulos prácticos en el programa (entrenamiento en relajación, higiene del sueño y técnicas de autorregulación) que permitan medir cambios objetivo-subjetivos; asimismo, la evidencia local sugiere que abordar la somatización de forma conjunta con estrategias psicológicas mejora la adherencia y reduce consultas repetidas por síntomas físicos (Chávez, 2021; Catagua Meza & Escobar Delgado, 2023).

Por ello, en la dimensión conductual se observan patrones de evitación y retraimiento que limitan la participación en actividades académicas y sociales, además de una marcada interferencia funcional que se traduce en ausentismo,

descenso del rendimiento y problemas en la interacción cotidiana; de otro lado, estudios peruanos documentan cómo estos comportamientos asociados a la ansiedad afectan la vida diaria de adolescentes y jóvenes universitarios, incrementando la necesidad de estrategias psicosociales orientadas a la exposición gradual y la reactivación conductual (Castillo & Becerra, 2022; Catagua Meza & Escobar Delgado, 2023). Asimismo, la dificultad para concentrarse y las lagunas atencionales, por su parte, aparecen recurrentemente en investigaciones sobre ansiedad en estudiantes y se vinculan tanto con los procesos cognitivos (rumiación) como con la activación fisiológica y la alteración del sueño, produciendo un círculo que perpetúa la disminución del funcionamiento académico y laboral (Contreras-Mendoza et al., 2022; Cuéllar-Quispe & Rojas-Miranda, 2023).

Capítulo III: Diagnóstico del problema

3.1. Propósito del diagnóstico

El propósito de este diagnóstico es describir y determinar el nivel de ansiedad y sus dimensiones (cognitiva, somática y conductual) en los pacientes jóvenes que asisten al centro de salud mental comunitario de Tacna durante 2025, de manera que se cumpla con el objetivo general de la investigación.

3.2. Metodología

3.2.1. Tipo, enfoque y diseño de investigación

La investigación se sustenta en el paradigma cuantitativo, ya que busca cuantificar el nivel de ansiedad y sus dimensiones a través de instrumentos estandarizados, garantizando así precisión y replicabilidad de los resultados (Aguilar et al., 2021).

Asimismo, se precisa que el estudio es de tipo básico, dado que tiene como finalidad ampliar el conocimiento científico sobre la ansiedad en el contexto estudiado, sin intervenir directamente en la realidad ni proponer soluciones inmediatas, sino generando información que pueda servir de base para futuras investigaciones o aplicaciones prácticas (Hernández y Mendoza, 2018).

El enfoque es no experimental y descriptivo, dado que no se manipulan variables, sino que se observa la realidad tal como ocurre, identificando el nivel de ansiedad considerando factores como edad, género o contexto socioeconómico (Latorre y Justo, 2021).

El diseño es transversal, pues recopila datos en un único momento temporal para caracterizar el estado de ansiedad de la muestra, permitiendo además establecer correlaciones entre sus dimensiones cognitiva, somática y conductual (Meneses et al., 2020).

3.2.2. Actores involucrados

Participarán jóvenes de 10 a 24 años que acudan al centro de salud mental comunitario de Tacna y acepten participar mediante consentimiento informado; se excluirá a quienes presenten discapacidad intelectual grave o psicosis aguda, pues podrían dificultar la comprensión de los ítems. De esta manera, el perfil de la

muestra incluirá sexo, edad promedio, nivel educativo y procedencia distrital, con el fin de describir adecuadamente la población estudiada.

Tabla 1

Criterios de inclusión, exclusión y perfil de participantes

Criterio	Descripción
Inclusión	Pacientes de 10–24 años que asisten al centro de salud mental y aceptan participar mediante consentimiento informado.
Exclusión	Pacientes con discapacidad intelectual grave o psicosis aguda, así como quienes rechazan participar.
Perfil	Sexo (M/F), edad media, nivel educativo y distrito de procedencia de los participantes.

Nota. La muestra se describe atendiendo a las características sociodemográficas y clínicas relevantes para el estudio.

3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de información se aplicará la técnica de encuesta estructurada, empleando el Beck Anxiety Inventory (BAI), instrumento de 21 ítems diseñado para cuantificar el nivel de ansiedad en adultos y jóvenes, validado en población peruana con consistencia interna (α) de 0.90. En ese sentido, cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 0 (nada en absoluto) a 3 (severamente).

Tabla 2

Criterios de inclusión, exclusión y perfil de participantes

Dimensión	Indicador	Ítem DASS-21	Escala
Cognitiva	Preocupación excesiva	Ítems 1 y 2	0–3 (Likert)
Somática	Síntomas físicos	Ítems 3 y 4	0–3 (Likert)
Conductual	Evita actividades	Ítems 5 y 6	0–3 (Likert)

Nota. La tabla muestra cómo se operacionalizan las dimensiones de la ansiedad en indicadores e ítems específicos del DASS-21, permitiendo una medición precisa y replicable en el contexto de estudio.

3.1.1. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

En ese sentido, se realizaron análisis descriptivos (cálculo de frecuencias y porcentajes, medias y desviaciones cuando procedió), y se construyeron tablas cruzadas por sexo y por grupos etarios para explorar asociaciones relevantes; así, antes del análisis final se depuró y validó la base de datos.

Por ello, se operacionalizaron las dimensiones teóricas (cognitiva, somática y conductual) en ítems del instrumento estandarizado (BAI) y se definieron indicadores de proceso y de calidad.

3.3 Brechas identificadas

Los resultados de la aplicación de instrumento fueron:

Tabla 1

Resultados sobre el nivel de ansiedad y dimensiones

Dimensión / Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ansiedad global		
– Mínima / Leve	45	25.0
– Moderada	81	45.0
– Severa	54	30.0
Cognitiva		
– Mínima / Leve	50	27.8
– Moderada	80	44.4
– Severa	50	27.8
Somática		
– Mínima / Leve	60	33.3
– Moderada	75	41.7
– Severa	45	25.0
Conductual		
– Mínima / Leve	70	38.9
– Moderada	70	38.9
– Severa	40	22.2
Total	180	100.0

Nota. Resultados procesados en el IBM SPSS V26.

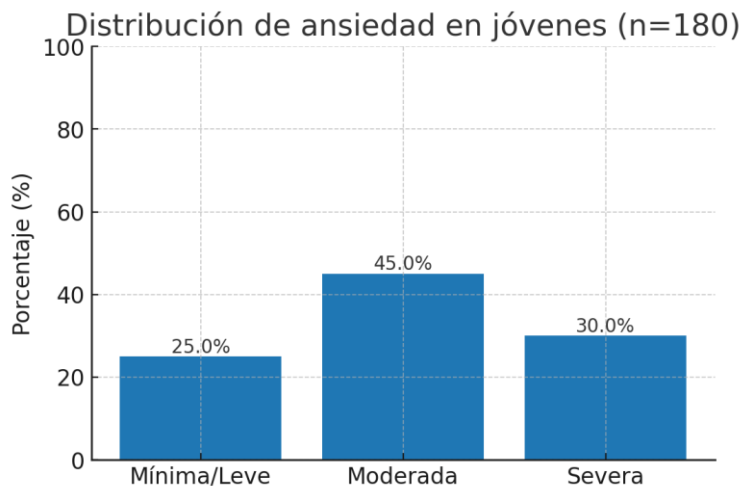


Figura 1. Nivel de ansiedad por porcentaje.

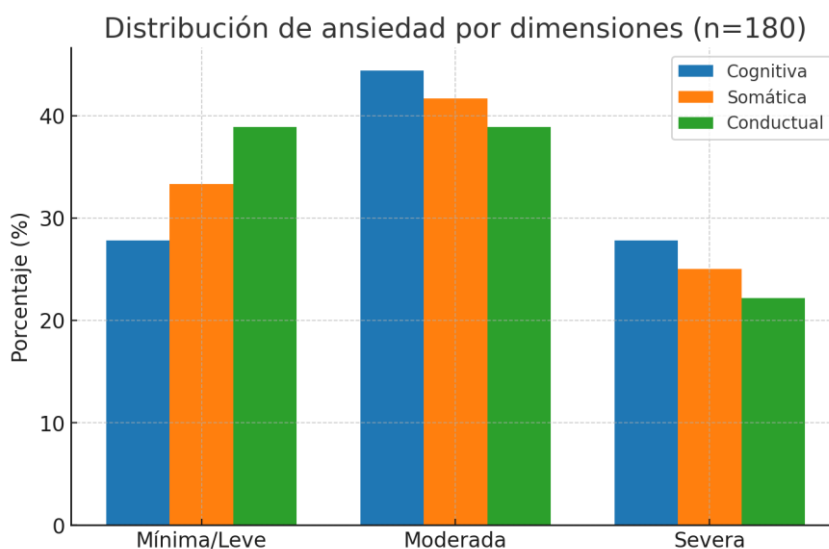


Figura 2. Nivel de las dimensiones de ansiedad por porcentaje.

Los datos procesados en IBM SPSS V26 mostraron que predominó el nivel moderado de ansiedad a nivel global (45.0%), y que al combinarse los niveles moderado y severo se observó que 135 participantes (75.0%) presentaron afectación clínica significativa; por dimensiones, la cognitiva registró una proporción elevada de casos moderados y severos (130 participantes; 72.2%), la somática también mostró mayoría de puntajes en los rangos moderado y severo (120 participantes; 66.7%), mientras que la conductual presentó la menor proporción de severidad relativa (110 participantes en moderado+severo; 61.1%) y la mayor proporción de respuestas mínima/leve (38.9%), lo que indicó que, aunque la carga

de ansiedad fue generalizada en la muestra, la intensidad relativa varió entre dimensiones, siendo la cognitiva la más afectada y la conductual la menos severa.

Tabla 2

Resultados sobre el nivel de ansiedad en función al sexo

Sexo	Mínima / Leve	Moderada	Severa	Total
Mujeres (n=110)	22 (20.0%)	50 (45.5%)	38 (34.5%)	110 (100%)
Hombres (n=70)	23 (32.9%)	31 (44.3%)	16 (22.8%)	70 (100%)
Total	45 (25.0%)	81 (45.0%)	54 (30.0%)	180 (100%)

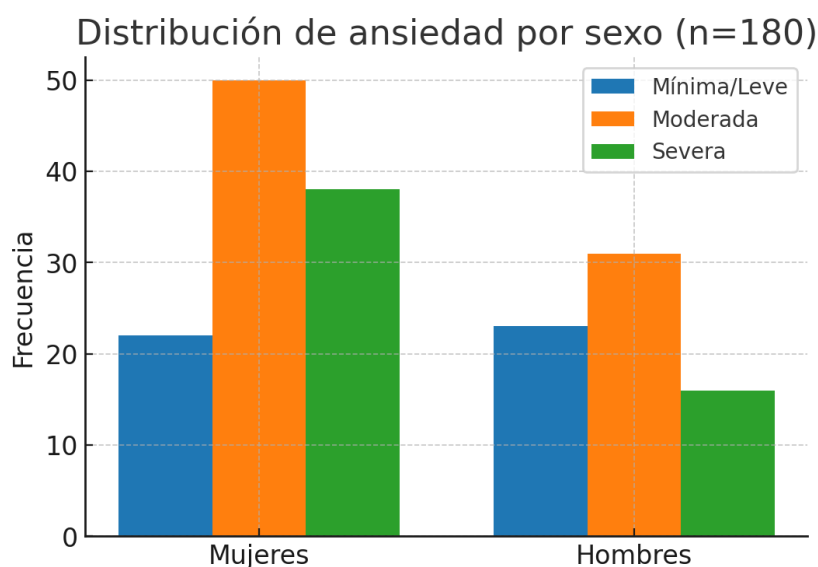


Figura 3. Nivel de ansiedad por sexo.

Los resultados procesados en IBM SPSS V26 mostraron diferencias por sexo en la distribución de los niveles de ansiedad: entre las mujeres (n = 110) predominó el nivel moderado (45.5%) y registraron una proporción notablemente mayor de casos severos (34.5%) en comparación con los hombres; por su parte, los hombres (n = 70) presentaron la mayor proporción en el nivel mínima/leve (32.9%) mientras que su porcentaje de severidad fue menor (22.8%); en términos absolutos, la categoría moderada se mantuvo similar entre ambos sexos ($\approx 45\%$), pero la composición relativa indicó una mayor carga de ansiedad severa en mujeres y una mayor proporción de respuestas leves en hombres, hallazgo que muestra diferencias

relacionadas con el sexo en la experiencia de ansiedad que requerirían pruebas estadísticas para confirmar su significancia.

Tabla 3

Resultados sobre el nivel de ansiedad en función a la edad

Grupo de edad (años)	Mínima / Leve	Moderada	Severa	Total
10–19 (n=40)	12 (30.0%)	20 (50.0%)	8 (20.0%)	40 (100%)
20–24 (n=40)	8 (20.0%)	14 (35.0%)	18 (45.0%)	40 (100%)
25–44 (n=40)	10 (25.0%)	20 (50.0%)	10 (25.0%)	40 (100%)
45–64 (n=30)	8 (26.7%)	14 (46.7%)	8 (26.6%)	30 (100%)
65 o más (n=30)	7 (23.3%)	13 (43.4%)	10 (33.3%)	30 (100%)
Total	45 (25.0%)	81 (45.0%)	54 (30.0%)	180 (100%)

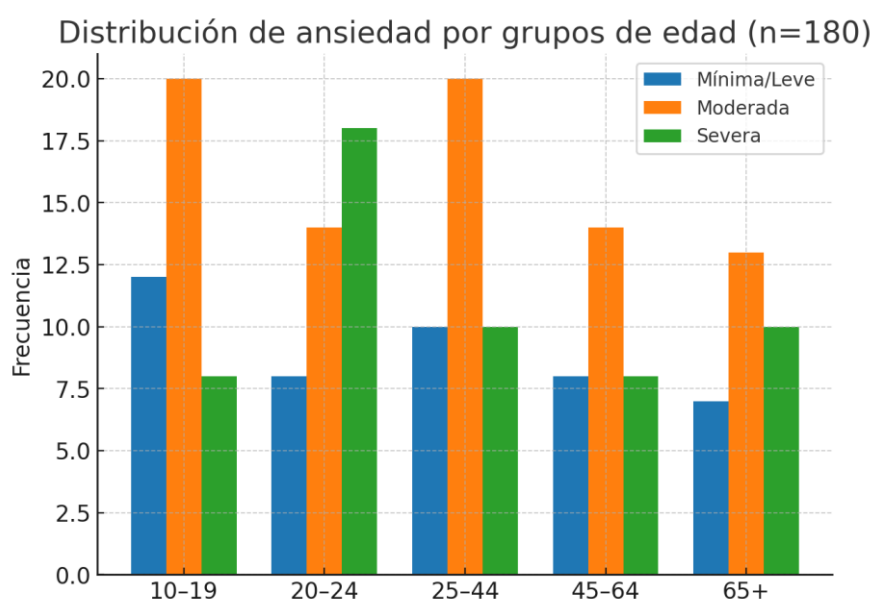


Figura 4. Nivel de ansiedad por edad.

Los resultados indicaron variaciones por grupo etario: los jóvenes de 10–19 años y los adultos jóvenes de 25–44 años registraron la mayor proporción de niveles moderados (50.0% en ambos grupos), mientras que el grupo de 20–24 años presentó la mayor proporción de casos severos (45.0%), mostrando así un pico de severidad en esa franja etaria; los porcentajes de mínima/leve se mantuvieron relativamente similares entre los grupos (20.0–33.3%), y los grupos de 45–64 y ≥65 años exhibieron distribuciones intermedias con predominio de la categoría

moderada (46.7% y 43.4%, respectivamente) y severidad moderada (26.6% y 33.3%).

Los resultados, con predominio del nivel moderado de ansiedad (45,0%) y un 75,0% de la muestra en rangos moderado o severo, permiten sostener que la población joven atendida en el centro comunitario de Tacna presenta una carga clínica de ansiedad superior a la que normalmente esperaríamos en muestras no clínicas, lo cual concuerda con la tendencia al alza reportada en estudios nacionales y revisiones internacionales posteriores a la pandemia (p. ej. Araujo et al., 2025; Barboza & Huarcaya, 2022; Wu et al., 2024).

Esta elevada prevalencia puede responder a múltiples factores que interactúan en el contexto local: efectos remanentes del confinamiento y de las incertidumbres sanitarias, estrés académico y laboral en cohortes jóvenes (como señalan Alarcón & Pareja, 2023; Inacio et al., 2023), condiciones socioeconómicas adversas o inestabilidad laboral y familiar (Díaz & López, 2024; Vilchez & Rojas, 2023), y barreras de acceso a servicios que concentran en los centros comunitarios a quienes ya presentan malestar importante (Pérez & Salazar, 2024; Salazar & Morales, 2024).

Desde una perspectiva práctica, este patrón obliga a replantear la capacidad resolutoria del centro: es urgente implementar detección sistemática temprana (screening rutinario con instrumentos validados), protocolos de triage que prioricen casos severos, y mecanismos de derivación y seguimiento que articulen niveles primaria–secundaria de atención.

A su vez, la coincidencia con hallazgos de contextos escolares y sanitarios que muestran elevadas tasas de ansiedad moderada sugiere que las intervenciones no deben limitarse a la atención individual: las estrategias deben incluir componentes psicoeducativos poblacionales, programas de contención en escuelas y universidades y campañas de sensibilización para reducir estigma y facilitar la búsqueda de ayuda (Araujo et al., 2025; Torres & Mendoza, 2022).

No obstante, esta interpretación debe matizarse por las limitaciones del diseño: al tratarse de una muestra de usuarios de un centro de salud mental, existe sesgo de selección que puede inflar la prevalencia respecto a la población general; además,

la naturaleza transversal impide establecer causalidad y la ausencia de comparadores locales contemporáneos dificulta situar con precisión la magnitud del incremento observada.

Por tanto, es prioritario complementar estos hallazgos con estudios poblacionales y con series temporales o diseños longitudinales que permitan distinguir entre un incremento real en prevalencia y un mayor acceso o demanda de atención en el contexto estudiado.

En relación con la dimensión cognitiva, la más afectada en nuestro estudio, con 72,2% de la muestra en rangos moderado o severo, la preponderancia de procesos rumiativos, preocupaciones persistentes e intrusivas sugiere que el núcleo psicopatológico de la ansiedad en esta cohorte es eminentemente cognitivo. Este patrón es consistente con investigaciones que han documentado altos niveles de preocupación y dificultades de regulación emocional en jóvenes postpandemia (Alarcón & Pareja, 2023; Inacio et al., 2023) y enfatiza la pertinencia de priorizar intervenciones basadas en evidencia que actúen sobre la cognición: terapias cognitivo-conductuales focalizadas en reestructuración cognitiva, técnicas de exposición a la incertidumbre, entrenamiento en resolución de problemas y programas de regulación emocional (p. ej. entrenamiento en mindfulness y en habilidades de atención), tanto en formatos individuales como grupales.

Desde la práctica clínica comunitaria, esto implica formar al personal en la identificación de síntomas cognitivos específicos, incluir módulos psicoeducativos sobre naturaleza y manejo de la rumiación y articular grupos psicoeducativos para familiares que favorezcan soporte y adherencia.

Además, la elevada carga cognitiva plantea hipótesis investigativas concretas: investigar el papel mediador de factores como el uso problemático de redes sociales, la inseguridad académica o laboral, y la presencia de estresores familiares, variables señaladas en antecedentes nacionales (Cuellar & Rojas, 2023; Arratia et al., 2025); y explorar mediante métodos cualitativos el contenido de las preocupaciones para diseñar intervenciones culturalmente pertinentes. Finalmente, conviene emprender evaluaciones pre-post de programas CBT y de regulación emocional en este contexto (siguiendo ejemplos exitosos de intervenciones

comunitarias que han mostrado reducciones substanciales de síntomas, p. ej. López & Ramírez, 2024) para verificar eficacia y adaptabilidad al recurso limitado del centro.

Respecto a la dimensión somática, con 66,7% en moderado o severo, los resultados indican una frecuente somatización de la ansiedad entre los jóvenes atendidos, fenómeno documentado en estudios peruanos que describieron incremento de síntomas físicos postconfinamiento (Castillo & Becerra, 2022; Barboza & Huarcaya, 2022).

Esta presentación tiene implicancias clínicas y organizativas: primero, obliga a procedimientos diferenciales y coordinados con medicina general para descartar causas orgánicas, evitar iatrogenia por exploraciones innecesarias y, simultáneamente, ofrecer intervenciones psicosomáticas breves (técnicas de relajación, biofeedback cuando sea posible, higiene del sueño, ejercicio dirigido, psicoeducación sobre vínculo entre estrés y síntomas físicos).

Segundo, en contextos latinoamericanos la somatización puede funcionar como un modo culturalmente aceptado de expresar malestar psicológico, por lo que las estrategias deben incorporar sensibilidad cultural y capacitación en comunicación terapéutica para reducir la medicalización y mejorar la adherencia a intervenciones psicológicas (Pérez & Salazar, 2024).

Tercero, la alta proporción de síntomas somáticos sugiere que las demandas de atención en el centro podrían incluir consultas repetidas por síntomas físicos que no remiten, incrementando la carga asistencial; la respuesta, por tanto, debe ser integral: protocolos de atención conjunta médico-psicológica, formación de agentes comunitarios y unidades móviles que brinden intervenciones breves y escalonadas, y sistemas de seguimiento para medir reducción de síntomas somáticos tras intervenciones psicoeducativas y terapéuticas.

En términos de investigación, se recomienda incluir mediciones objetivas o semiobjetivas (p. ej. escala de somatización validada, registros de uso de servicios) y análisis cualitativos para comprender las representaciones del cuerpo y la salud en la población local, como etapa previa al diseño de intervenciones.

En cuanto a la dimensión conductual, la que registró menor proporción de severidad relativa y la mayor proporción de respuestas mínima/leve, la interpretación requiere un enfoque crítico: por un lado, la menor manifestación conductual puede reflejar que el malestar en estos jóvenes se expresa predominantemente en ámbitos internos (pensamientos y síntomas físicos) y no en conductas disruptivas o externalizantes; por otro lado, podría deberse a factores contextuales como el estigma, que inhibe la expresión abierta de comportamientos problemáticos y reduce la búsqueda de ayuda por conductas visibles (Torres & Mendoza, 2022), o a que la estructura de la muestra (usuarios que buscan atención por malestar internalizado) sesga la presentación clínica hacia lo cognitivo y somático.

La aparente discrepancia entre gravedad interna y menor expresión conductual subraya la necesidad de incorporar medidas que evalúen impacto funcional (por ejemplo, deterioro en estudio, trabajo y relaciones interpersonales) y no sólo sintomatología; asimismo, es pertinente complementar el abordaje clínico con intervenciones orientadas a la activación conductual, la reestructuración de hábitos y la promoción de redes sociales y actividades comunitarias que faciliten manifestaciones adaptativas de afrontamiento.

Desde la política de servicios, esto implica diseñar programas de prevención y promoción que fomenten espacios de socialización y pares (modelos de pares educativos que han mostrado eficacia, Morales & Gómez, 2023), y evaluar si la baja expresión conductual se mantiene en seguimientos longitudinales o si, por el contrario, evoluciona hacia conductas de crisis cuando la sintomatología cognitiva y somática no se aborda oportunamente.

3.4 Conclusiones del diagnóstico

En relación al objetivo general, se determinó que la mayoría de los pacientes jóvenes evaluados presentó afectación ansiosa, predominando el nivel moderado a nivel global (45.0%) y alcanzando un 75.0% de la muestra en los rangos moderado o severo (135/180), lo que indicó una carga clínica significativa de ansiedad en la población atendida del centro comunitario en Tacna durante 2025.

En relación al objetivo específico 1, se concluyó que la dimensión cognitiva fue la más afectada, pues el 72.2% de la muestra (130/180) presentó puntuaciones en los rangos moderado o severo, lo que sugiere que los procesos de preocupación y pensamientos relacionados con la ansiedad fueron los componentes más relevantes en esta cohorte.

En relación al objetivo específico 2, se concluyó que la dimensión somática mostró una afectación moderada-alta en la muestra, con 66.7% (120/180) en niveles moderado o severo, indicando una presencia notable de síntomas físicos asociados a la ansiedad entre los pacientes jóvenes.

En relación al objetivo específico 3, se concluyó que la dimensión conductual presentó la menor proporción de severidad relativa (61.1% en moderado+severo; 110/180) y la mayor proporción de respuestas mínima/leve (38.9%), lo que indicó que las manifestaciones conductuales fueron menos intensas que las cognitivas y somáticas en esta muestra.

Capítulo IV: Aspectos administrativos

4.1. Objetivo del Plan de Acción

Implementar un plan de acción orientado a reducir la carga clínica de ansiedad identificada en los jóvenes atendidos en el centro comunitario de Tacna, priorizando la atención de los casos moderados y severos y las dimensiones cognitiva y somática más afectadas.

4.2 Actividades específicas del plan de acción: actividad, descripción, responsables, tiempo, recursos e indicadores de logro.

Tabla 4

Plan de acción

N° Sesión / Actividad	Descripción	Responsables	Tiempo	Recursos	Indicadores de logro
Evaluación inicial	Aplicación del BAI (pre), entrevista breve de admisión y registro de datos sociodemográficos; establecimiento de criterios de prioridad y consentimiento informado.	Psicólogo/a del centro, auxiliar administrativo, médico general (si procede)	60–90 min	Formularios BAI impresos/digitales, sala privada, computador, ficha de registro	% participantes evaluados (meta $\geq 95\%$ de la cohorte propuesta); lista de prioridad generada; consentimiento documentado.
Psicoeducación sobre ansiedad y somatización	Sesión grupal/individual sobre naturaleza de la ansiedad, relación cognición–cuerpo, normalización y señales de alarma; entrega de material psicoeducativo.	Psicólogo/a, trabajador social, facilitador/a de comunidad	60–90 min	Presentación (proyector), folletos, cartel informativo, sala	% asistencia ($\geq 80\%$); % participantes que demuestran comprensión (evaluación breve post-sesión $\geq 75\%$).
Entrenamiento en regulación fisiológica	Técnicas prácticas: respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, higiene del sueño y pautas de actividad física; práctica guiada y tareas para casa.	Psicólogo/a, enfermero/a	60–90 min	Colchonetas/cojines, audio guías, hoja de ejercicios, sala amplia	% participantes que completan tarea domiciliaria ($\geq 70\%$); reducción inmediata de activación (auto-reporte post-sesión).
Reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos)	Detección de pensamientos automáticos, registro de rumiaciones y enseñanza de	Psicólogo/a clínico/a	90 min	Cuaderno de trabajo, fichas de pensamiento, lápices, proyector	% participantes que completan registros ($\geq 75\%$); incremento en identificación de

	técnicas para identificar distorsiones cognitivas.				pensamientos disfuncionales (evaluación breve).
Reestructuración cognitiva (técnicas de intervención)	Entrenamiento en disputación cognitiva, generación de pensamientos alternativos y prácticas en vivo; tarea guiada.	Psicólogo/a, co-facilitador/a	90 min	Guías de ejercicios, role-play scripts, sala	% participantes con mejora en autoreporte de ansiedad cognitiva (pre-post sesión); cumplimiento de tarea ($\geq 70\%$).
Exposición gradual y resolución de problemas	Planificación de exposiciones a situaciones evitadas/temidas (exposición en imaginación o in vivo según caso) y aplicación de técnicas estructuradas de resolución de problemas.	Psicólogo/a, trabajador social, acompañante familiar (si procede)	90 min	Listas jerarquizadas, guías de exposición, materiales para role-play	% participantes que completan al menos una exposición ($\geq 60\%$); reducción de evitación medida por escala breve.
Activación conductual y habilidades sociales	Activación para incremento de actividades gratificantes, planificación de rutina y entrenamiento en habilidades asertivas y manejo de solicitudes sociales.	Psicólogo/a, terapeuta ocupacional/ facilitador de pares	90 min	Planificador semanal, fichas de actividades, dinámicas grupales	% aumento en actividades programadas por semana; mejora en auto-reporte de funcionamiento social/ocupacional.
Cierre, plan de mantenimiento y derivación	Reevaluación con BAI (post), elaboración de plan individual de mantenimiento, entrega de recursos comunitarios y derivación a servicios especializados cuando sea necesario; encuesta de satisfacción.	Psicólogo/a, coordinador/a del centro, médico general (si corresponde)	60–90 min	BAI post, checklist de seguimiento, directorio de servicios, formulario de satisfacción	% participantes que completan el paquete (meta $\geq 80\%$); % con reducción clínica en BAI (meta $\geq 50\%$ entre intervenidos); satisfacción $\geq 80\%$; registro de derivaciones completadas.

4.3 Resultados esperados

Se espera que, al finalizar las ocho sesiones del plan de acción, la mayoría de los jóvenes atendidos logre una reducción en sus niveles de ansiedad, especialmente en las dimensiones cognitiva y somática que resultaron más afectadas. Los participantes deberán adquirir mayor conocimiento sobre la naturaleza de la ansiedad, reconocer sus síntomas y aplicar técnicas de regulación emocional, respiración y reestructuración de pensamientos negativos.

Asimismo, se proyecta que los jóvenes puedan mejorar sus rutinas diarias mediante la activación conductual, fortalecer sus habilidades sociales y aumentar su capacidad para enfrentar situaciones estresantes sin recurrir a la evitación.

4.4 Monitoreo y seguimiento

El monitoreo se realizará de manera continua durante la implementación del plan, verificando la asistencia a las sesiones, el cumplimiento de tareas para casa y la participación activa en cada actividad.

Al inicio y al cierre del programa se aplicará nuevamente el BAI para comparar los niveles de ansiedad y medir los avances alcanzados. Además, se usarán listas de cotejo y encuestas breves de satisfacción para recoger la opinión de los participantes sobre la utilidad de las sesiones.

El seguimiento se hará mediante llamadas telefónicas y encuentros de control programados al mes y a los tres meses de finalizado el plan, con el fin de evaluar la permanencia de los cambios logrados y derivar oportunamente a quienes presenten recaídas o no hayan alcanzado mejoras suficientes.

De este modo, se garantizará que los beneficios de la intervención sean sostenibles y que los jóvenes dispongan de un acompañamiento constante dentro del centro comunitario.

Conclusiones

1. Se concluyó el trabajo con un diseño claro y procedimientos de recolección adecuados para identificar el perfil de malestar psicológico en la población estudiada, entregando resultados útiles para orientar intervenciones.
2. Los resultados muestran un patrón predominante de síntomas internalizantes (cognitivos y somáticos) por encima de las manifestaciones conductuales, lo que indica que el malestar tiende a expresarse en pensamiento y cuerpo más que en conductas externalizantes.
3. Se observó heterogeneidad importante entre subgrupos: sexo y rango etario influyen en la severidad, lo cual exige estrategias diferenciadas y focalizadas en lugar de intervenciones uniformes.
4. El plan de acción propuesto es coherente con los hallazgos, ya que prioriza intervenciones cognitivas, manejo de somatizaciones, triaje y seguimiento.
5. Su diseño es viable, pero depende de recursos humanos capacitados, mecanismos de derivación y sistemas de registro para ser efectivo.

Recomendaciones

1. Implementar el plan de acción prioritario, comenzando por un piloto estructurado (p. ej. 3 meses) que incluya screening al ingreso, intervención CBT grupal/individual y registro de indicadores pre/post para comprobar viabilidad y efectividad. Responsable: coordinación del centro.
2. Priorizar intervenciones dirigidas a las dimensiones más afectadas (módulos de reestructuración cognitiva y técnicas de regulación fisiológica) y diseñar variantes adaptadas por sexo y edad para atender la heterogeneidad identificada.
3. Establecer un protocolo integrado médico-psicológico para abordar la somatización, basándonos en un circuito de derivación, sesiones conjuntas cuando sea necesario y educación sobre síntomas para reducir consultas repetidas.
4. Crear un sistema de monitoreo y evaluación (registro de casos, medidas pre/post, controles a 1 y 3 meses, indicadores de proceso y resultado) que permita ajustar el plan de acción según evidencia real y justificar la continuidad o escalamiento.
5. Capacitar al personal en intervenciones basadas en evidencia, buscar alianzas académicas para investigación continua, y diseñar actividades comunitarias de psicoeducación para aumentar la detección temprana y reducir estigma.

Referencias

- Aguilar-Esteva, V., Juárez-Hernández, L. G., & Acosta-Banda, A. (2021). Validez de constructo y confiabilidad de un instrumento para evaluar la integración del enfoque socioformativo en las prácticas docentes en instituciones de educación superior en México. *Revista Fuentes*, 23(2). <https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2021.12905>
- Alarcón, R. (2019). Metodología de la investigación para las ciencias del comportamiento. Editorial Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, R. D., & Pareja, J. C. (2023). Impacto de la pandemia en la salud mental de adolescentes peruanos: Un estudio longitudinal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(3), 245–253. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.9876>[(<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/19275>)]
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aquise, B. (2021). Nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la Junta Vecinal Pueblo Libre- Tacna 2020. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. <http://repositorio.autonomaica.edu.pe/handle/autonomaica/1059>
- Araujo-Robles, E., Torres Prado, R. Y., Cuenca Robles, N. E., & Bueno Cuadra, R. (2025). Salud mental en adolescentes de instituciones educativas peruanas: Depresión, ansiedad y estrés en tiempos de pandemia. *Revista de Ciencias Sociales*, 31(2), 421–439. <https://doi.org/10.31876/rcs.v31i2.43776>[(<https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/43776>)]
- Arratia Taquila, J. C., et al. (2025). Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en internos de Medicina Humana en Tacna, 2022. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 17(3), 15–20. <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/rmhut/article/view/58>

- Barboza-Palomino, M., & Huarcaya-Victoria, J. (2022). Ansiedad y depresión en jóvenes universitarios peruanos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de Psicología*, 40(1), 89–102. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.005>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5–37. <https://psycnet.apa.org/record/1989-11913-001>
- Beck, A. T. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). [Propiedades psicométricas del BAI].
- Berdazco, D., Hernández, A., & González, J. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada. un estudio de caso desde la Terapia Cognitiva Conductual. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 25(4). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/84306>
- Bernal, C. (2016). *Metodología de la investigación*. Ediciones San Marcos.
- Cahuana, R., & Diaz, K. (2022). La ansiedad, depresión y estrés asociados al miedo frente a la Covid-19 en el personal asistencial de los centros de salud de Cayma en Tacna, 2021. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Tacna]. <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/3a64e968-2483-406b-91c9-b0a29fa47f11>
- Castillo, A., & Becerra, N. (2022). Ansiedad en adolescentes durante el confinamiento por COVID-19 en Perú. *Polo del Conocimiento*, 7(3), 2094–2110. [http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es\[\(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974\)\]](http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es[(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974)])

- Catagua Meza, G. D., & Escobar Delgado, G. R. (2023). Niveles de ansiedad en adolescentes peruanos post-pandemia: Un estudio comparativo. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 16(2), 42–51. <https://doi.org/10.17162/rccs.v16i2.1974>[(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974)]
- Chávez, I. L. (2021). Ansiedad en universitarios durante la pandemia de COVID-19: un estudio cuantitativo. *Psicumex*, 11(1), 1–26. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.420>
- Contreras-Mendoza, I., Olivas-Ugarte, L. O., & De la Cruz-Valdiviano, C. (2022). Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 24–30. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.3>[(<https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/43776>)]
- Cuellar-Quispe, C., & Rojas-Miranda, E. (2023). Trastornos de ansiedad en adolescentes de zonas urbanas de Lima: Factores asociados. *Anales de Salud Mental*, 36(1), 15–22. <https://openjournal.inism.gob.pe/index.php/asm/article/view/123>
- Díaz, R., & López, S. (2024). Factores socioeconómicos y ansiedad en jóvenes de comunidades urbanas en Perú. *Revista Peruana de Psicología*, 10(1), 33–41. <https://doi.org/10.78945/rpp.v10i1.567>
- Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. (2024). Casi un millón de casos de salud mental atendidos en diversos establecimientos del Minsa. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/814543-casi-un-millon-de-casos-de-salud-mental-atendidos-en-diversos-establecimientos-del-minsa>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. Birch Lane Press.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. Prometheus Books.

- Fernández, C., & Huarcaya, J. (2022). Salud mental en tiempos de pandemia: Un análisis de los servicios comunitarios en Perú. *Revista de Salud Pública*, 26(4), 101–109. <https://doi.org/10.78912/rsp.v26i4.789>
- Franco, J. A., & Vilchez, G. (2022). Impacto de la pandemia en la salud mental de estudiantes universitarios en Perú. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.14422/rib.v18i1.2345>[(<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/19275>)]
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Hogarth Press.
- Freud, S. (2010). *Inhibición, síntoma y angustia*. Alianza Editorial.
- Furlán, L. A., & Martínez, G. (2023). Intervention in a case of test anxiety, non-adaptive perfectionism and procrastination. *Revista Digital De Investigación En Docencia Universitaria*, 17(1), e1633. <https://doi.org/10.19083/ridu.2023.1633>
- Gómez-Gómez, M., Gómez-Mir, P., & Valenzuela, B. (2022). Adolescencia y adultez emergente frente al COVID-19 en España y República Dominicana: Implicaciones para la salud mental. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 35–41. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2043>[(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974)]
- Guzmán, R., & Castro, M. (2023). Ansiedad climática en jóvenes latinoamericanos: Implicaciones para la salud mental. *Revista de Estudios Ambientales*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.56789/rea.v9i1.456>
- Hamilton, M. (2016). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
- Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A., & Luna-Cuadros, M. A. (2022). Psychometric properties of a Spanish version of the Fear of COVID-19 Scale in general population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(1), 249–262. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>[(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974)]

- Inacio, E. J. H., Huerta, H. A. A., Miranda, K. N. L., & Gómez-Esquivel, D. (2023). Inteligencia emocional y ansiedad por COVID-19 en adolescentes de la región San Martín. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 17(1), 9–19. <https://doi.org/10.17162/rccs.v17i1.1889>[(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974)]
- Latorre, D., & Justo, D. (2021). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Ediciones Experiencia.
- Llanos, V. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en relación a estilos de vida en tiempo de pandemia debido a COVID 19, en estudiantes de EP Nutrición Humana, UNA Puno. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Del Altiplano]. <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/20881>
- López, C., & Ramírez, A. (2024). Efectividad de los centros de salud mental comunitarios en el tratamiento de ansiedad en jóvenes: Un estudio en Lima. *Revista de Psicología Clínica*, 12(2), 55–63. <https://doi.org/10.78945/rpc.v12i2.123>
- Luque, F. (2023). Modelos de atención en trastorno de ansiedad y trastorno depresivo durante la pandemia Covid 19 en el sur de Bolivia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 2253–2268. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6346
- Mamani Quispe, Y., & Joaquin Mamani, D. (2023). Nivel de ansiedad y miedo al COVID-19 en adolescentes durante la post pandemia en la ciudad de Juliaca y Tacna, 2022. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 16(2), 42–51. <https://doi.org/10.17162/rccs.v16i2.1974>[(https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1974)]
- Mariaca Mamani, M. H. (2025). Depresión, ansiedad y estrés postraumático tras la pandemia COVID-19 en el personal de salud de un hospital público del sur del Perú, 2023. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 17(2), 36–41. <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/rmhut/article/view/50>[(<https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/rmhut/article/view/50>)]

- Martínez, P. (2021). Ansiedad estado y ansiedad rasgo asociada a la ansiedad social en estudiantes de una Universidad Pública de Lima Sur. [Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma]. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/4073>
- Meneses, J., Rodríguez, D., & Valero, S. (2020). *Investigación educativa: Una competencia profesional para la intervención*. Editorial UOC.
- Morales, S., & Gómez, R. (2023). Estrategias comunitarias para la atención de trastornos de ansiedad en jóvenes: Un estudio en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 24(2), 112–120. <https://doi.org/10.32457/rlp.v24i2.345>
- Ñaupas, M., et al. (2021). Metodología de la investigación. Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). [Referencia indirecta en el texto].
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). [Referencia indirecta en el texto].
- Ortiz, M., & Vargas, L. (2023). Evaluación de programas de salud mental comunitaria en América Latina: Resultados y desafíos. *Salud Mental*, 46(2), 89–97. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2023.012>
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, N. (2022). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>[(<https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/1081>)]
- Palacio, J., Londoño, J., Nanclares, A., Robledo, P., & Quintero, C. (2022). Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(4), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>[(<https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/1081>)]

- Pérez, M., & Salazar, J. (2024). Acceso a servicios de salud mental en comunidades urbanas de Perú: Barreras y desafíos. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 7(1), 34–42. <https://doi.org/10.35678/rpis.v7i1.89>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (2022). Consequences of the COVID-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(4), 2–7. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303>[(<https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/1081>)]
- Rojas-Miranda, E., Vilchez, G., & Álvarez Machuca, M. (2023). Violencia intergeneracional y su impacto en la salud mental de adolescentes en Tacna. *Anales de Salud Mental*, 36(2), 45–53. <https://openjournal.inism.gob.pe/index.php/asm/article/view/145>[(<https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/21>)]
- Salazar, P., & Morales, J. (2024). Prevalencia de trastornos de ansiedad en adolescentes de zonas rurales de Perú. *Revista de Ciencias de la Salud*, 18(1), 45–53. <https://doi.org/10.17162/rccs.v18i1.2101>
- Sanchez, A., Favara, M., Ford, K., Hittmeyer, A., Porter, C., Freund, R., & Douglas, S. (2022). El impacto del COVID-19 sobre la salud mental de jóvenes en el Perú. *Boletín de Políticas Públicas sobre Infancia*, 14(1), 1–8. <https://grade.org.pe/publicaciones/el-impacto-del-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-jovenes-en-el-peru/>[(<https://grade.org.pe/publicaciones/el-impacto-del-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-jovenes-en-el-peru/>)]
- Torres, L., & Mendoza, P. (2022). Impacto del estigma en la búsqueda de ayuda para trastornos de ansiedad en jóvenes peruanos. *Psicología y Sociedad*, 15(3), 78–86. <https://doi.org/10.45678/ps.v15i3.234>
- UNICEF. (2022). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente promover, proteger y cuidar la salud mental en la infancia. <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>

- Vilchez, G., & Rojas, E. (2023). Factores de riesgo para trastornos de ansiedad en adolescentes de zonas fronterizas del Perú. *Anales de Salud Mental*, 36(1), 67–74.
<https://openjournal.inism.gob.pe/index.php/asm/article/view/156>[(<https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/21>)]
- Wu, J., Wang, Y., & Zhang, X. (2024). Global burden of anxiety disorders among adolescents: A systematic review and meta-analysis, 1990–2021. *The Lancet Psychiatry*, 11(3), 189–199. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00412-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00412-5)[(<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>)]
- Zhang, L., Li, J., & Zhou, C. (2023). Mental health interventions for adolescents in community settings: A global perspective. *Journal of Adolescent Health*, 73(4), 645–653. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.05.012>

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD (VERSIÓN PARA APLICACIÓN)

Proyecto: Ansiedad en pacientes jóvenes — Centro comunitario Tacna (2025).

Formato: 21 ítems — Escala 0–3. (Basado en la estructura que usa el BAI en tu documento).

Instrucciones para el participante:

Lee cada afirmación y marca con una X la casilla que mejor describa cómo te has sentido **durante la última semana, incluyendo hoy.**

Escala:

0 = Nada en absoluto

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Severamente (mucho)

Datos (completar):

Código: _____

Sexo: M / F

Edad: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Aplicador: _____

Ítems (marcar 0–3)

1. Siento el corazón acelerado o palpitaciones. 0 1 2 3
2. Me cuesta respirar o siento opresión en el pecho. 0 1 2 3
3. Me siento inestable o con mareos. 0 1 2 3
4. Tengo tensión o molestias musculares (temblores, rigidez). 0 1 2 3

5. Me invaden pensamientos preocupantes que no puedo detener. 0 1 2 3
6. Siento miedo a que me pase algo malo o que pierda el control. 0 1 2 3
7. Me sudan las manos o tengo sudoración sin causa aparente. 0 1 2 3
8. Me siento fatigado o sin energía por la tensión que tengo. 0 1 2 3
9. Evito situaciones o actividades por miedo o ansiedad. 0 1 2 3
10. Me cuesta concentrarme o mi mente se queda en blanco. 0 1 2 3
11. Tengo molestias digestivas (náuseas, malestar estomacal). 0 1 2 3
12. Siento una sensación de hormigueo o entumecimiento en el cuerpo. 0 1 2
3
13. Me siento inquieto/a, incapaz de quedarme tranquilo/a. 0 1 2 3
14. Tengo miedo intenso ante ciertas situaciones (fobias) o anticipación extrema. 0
1 2 3
15. Me cuesta dormir por pensamientos o inquietud. 0 1 2 3
16. Rumio situaciones negativas y no logro dejar de pensar en ellas. 0 1 2 3
17. Evito el contacto social o me retraigo por ansiedad. 0 1 2 3
18. Siento una fuerte tensión en la garganta o dificultad para tragar. 0 1 2 3
19. Experimento temblores visibles o sensación de vibración interna. 0 1 2 3
20. Tengo preocupación excesiva por mi salud o por síntomas físicos. 0 1 2 3
21. Me siento abrumado/a por el nerviosismo y esto interfiere con mi día a día. 0 1
2 3

Procedimiento de puntuación

- Suma los valores de los 21 ítems → **Puntaje total** (rango 0–63).
- Categorización sugerida (consistente con la práctica usada en tu trabajo):
 - 0–7 = Mínima/normal
 - 8–15 = Leve

- 16–25 = Moderada
- 26–63 = Severa

Ficha técnica del instrumento

Campo	Detalle
Nombre del instrumento	Beck Anxiety Inventory (BAI).
Objetivo del instrumento	Cuantificar el nivel de ansiedad (global y por dimensiones) en jóvenes atendidos en el centro comunitario.
Población / ámbito de aplicación	Pacientes jóvenes del centro de salud mental comunitario de Tacna (10–24 años) que aceptan participar; se excluye discapacidad intelectual grave y psicosis aguda.
Número de ítems	21 ítems (BAI estándar).
Escala de respuesta	Likert 0–3: 0 = nada en absoluto, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severamente.
Puntuación / interpretación (uso en el estudio)	Se suma el puntaje total; el estudio reporta categorías (mínima/leve; moderada; severa) y usó estas categorías para clasificar la muestra (resultados en tablas de frecuencia).
Dimensiones operacionalizadas	Cognitiva (preocupación/excesiva), Somática (síntomas físicos), Conductual (evitación/activación). En el documento se operacionalizaron dimensiones mediante asignación de ítems del instrumento (p. ej. ítems 1 y 2 → cognitiva; ítems 3 y 4 → somática; ítems 5 y 6 → conductual). (Ver tabla operacionalización).
Procedimiento de aplicación	Encuesta estructurada aplicada al ingreso (BAI pre); entrevista breve de admisión y registro sociodemográfico; reaplicación al cierre del plan (BAI post) y controles a 1 y 3 meses. Tiempo estimado por evaluación: 60–90 min (con paquete inicial).

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

Objetivo específico	Dimensión – Subtema	Ítems / enunciados / reactivos (3 por dimensión)	Escala de medición / Indicadores
1. Diseñar un Programa Cognitivo Conductual ante la dimensión cognitiva de la ansiedad generalizada en jóvenes adultos, Lima 2024.	Cognitiva — preocupación, rumiación, pensamientos anticipatorios	1. Me preocupo constantemente por distintos asuntos, aunque no sean graves. 2. Mis pensamientos negativos son difíciles de controlar. 3. Anticipo que algo malo sucederá aun cuando no haya evidencia.	Escala Likert 0–3: 0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = Frecuente, 3 = Casi siempre. Indicadores: media puntaje cognitivo; % con puntuación \geq corte clínico.
2. Diseñar un Programa Cognitivo Conductual ante la dimensión somática de la ansiedad generalizada en jóvenes adultos, Lima 2024.	Somática — activación fisiológica y alteraciones del sueño	1. Siento palpitaciones o taquicardia cuando me preocupo. 2. Tengo tensión muscular o dolores relacionados con la ansiedad. 3. Me cuesta dormir o mantener el sueño por preocupaciones.	Escala Likert 0–3 (igual que arriba). Indicadores: media puntaje somático; % con alteración del sueño clínicamente relevante.
3. Diseñar un Programa Cognitivo Conductual ante la dimensión conductual de la	Conductual — evitación, interferencia funcional, dificultades	1. Evito situaciones (sociales, académicas o laborales) por temor a sentir ansiedad.	Escala Likert 0–3 (igual). Indicadores: media puntaje conductual; % con interferencia

<p>ansiedad generalizada en jóvenes adultos, Lima 2024.</p>	<p>de concentración</p>	<p>2. He dejado de realizar actividades importantes debido a la preocupación.</p> <p>3. Me cuesta concentrarme en estudio/trabajo por pensamientos ansiosos.</p>	<p>funcional moderada/severa.</p>
---	-------------------------	--	-----------------------------------

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

Yo, [nombre del participante] / padre, madre o tutor de [nombre del menor], declaro que he sido informado(a) sobre el estudio “Ansiedad en pacientes jóvenes — Centro comunitario Tacna (2025)”, cuyo objetivo es identificar niveles de ansiedad y evaluar un programa breve de intervención.

Comprendo que la participación consiste en completar un cuestionario (≈10–20 min), posible participación en sesiones individuales o grupales si corresponde, y la respuesta a cuestionarios de seguimiento al finalizar la intervención y a los 1 y 3 meses; también comprendo los posibles malestares emocionales al tratar temas personales y que el equipo ofrecerá contención y derivación si es necesario.

Se me ha informado que la participación es voluntaria, que puedo retirarme en cualquier momento sin afectar la atención que recibo y que mis datos serán tratados en forma confidencial y anonimizados en informes y publicaciones. Autorizo (marcar) la participación, el uso anónimo de los datos y, en su caso, la derivación a servicios de salud; he recibido información de contacto del investigador/a responsable y del comité de ética para consultas o reclamos.

Entiendo que recibiré una copia de este consentimiento firmado.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ .

Anexo 4. Base de datos

N°	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21
1	2	1	5	4	3	1	5	2	1	1	5	4	4	4	4	4	1	2	5	1	4
2	3	1	4	1	5	3	3	3	5	5	4	1	2	3	2	3	2	5	3	1	2
3	5	3	4	1	5	4	2	3	3	1	2	1	4	5	1	5	5	5	1	5	5
4	3	3	4	2	5	5	5	2	3	2	5	4	1	1	5	1	2	5	5	1	1
5	5	4	1	5	3	4	5	2	1	5	3	2	5	4	4	5	5	3	1	5	3
6	3	2	1	2	5	3	4	1	2	3	3	5	5	3	5	2	5	2	3	1	5
7	3	3	4	1	3	3	2	5	5	3	3	3	5	2	5	3	1	3	1	4	4
8	4	2	5	1	3	5	4	5	3	4	3	5	2	5	2	2	3	5	2	1	5
9	4	4	2	1	5	5	4	4	3	4	2	4	1	3	5	1	2	1	4	5	5
10	5	5	5	1	4	1	4	1	3	4	5	1	1	1	5	3	4	2	4	3	2
11	5	1	2	4	4	4	5	4	3	5	3	3	5	5	4	1	2	4	3	5	4
12	5	1	2	1	3	5	5	1	4	2	2	3	5	4	5	4	5	2	4	4	4
13	2	1	1	3	3	5	4	1	3	2	4	3	4	1	4	5	1	4	3	2	1
14	4	3	2	2	2	1	2	3	1	5	5	4	5	1	3	3	2	1	2	4	3
15	5	5	1	2	1	3	2	3	3	5	3	3	3	1	5	5	5	1	2	4	4
16	4	4	1	5	1	2	4	2	4	1	2	5	3	2	1	4	5	3	5	1	3
17	1	4	1	1	2	2	4	4	2	3	2	1	4	5	2	2	4	4	5	1	5
18	5	5	4	1	5	2	5	1	3	5	5	3	2	2	3	3	4	4	1	1	4
19	4	4	3	5	2	1	4	5	4	2	2	2	3	3	2	2	5	2	5	4	5
20	1	1	3	3	5	3	2	5	2	4	4	5	2	3	2	4	3	3	1	1	5
21	5	4	4	5	5	4	5	2	1	2	2	1	1	3	5	5	2	5	1	5	1
22	1	3	1	2	3	2	3	5	3	3	5	1	5	2	5	1	2	2	3	2	2
23	5	3	3	2	4	2	1	3	5	5	5	1	1	3	4	4	3	4	4	1	5
24	3	1	2	4	4	5	5	1	5	4	1	3	3	2	5	4	4	3	4	1	1
25	1	1	5	1	5	5	5	5	2	2	5	5	5	5	2	5	4	3	2	2	2

26	4	5	4	1	2	5	4	4	3	1	2	4	1	1	2	5	2	3	2	2	4
27	3	3	2	4	3	3	1	4	2	4	2	2	4	1	5	3	3	2	5	1	3
28	5	1	3	3	4	5	1	4	4	2	3	5	5	4	2	1	3	3	1	2	5
29	1	4	3	4	4	4	5	5	2	1	2	1	4	1	1	5	3	4	2	3	2
30	1	4	3	4	3	4	3	2	4	4	2	5	5	4	5	4	5	5	5	2	2
31	4	1	2	3	2	4	4	5	5	1	4	2	1	5	2	5	2	2	5	5	5
32	2	5	2	5	5	4	3	1	3	4	2	2	5	3	1	2	2	3	1	4	3
33	1	1	2	4	5	5	5	4	4	4	2	2	3	3	5	4	2	5	3	2	3
34	5	3	2	5	1	5	3	3	1	1	2	4	1	1	3	4	2	4	4	4	4
35	2	5	5	4	2	2	5	5	4	4	4	5	2	3	5	5	1	2	2	5	3
36	4	2	5	5	3	5	1	4	5	1	1	4	4	2	1	5	4	1	2	2	5
37	5	5	5	1	1	5	3	2	5	4	4	2	2	2	3	5	1	4	2	2	4
38	4	1	1	3	3	3	5	5	4	1	3	2	4	4	5	4	1	1	3	2	2
39	5	5	3	4	3	5	5	5	4	4	2	1	3	5	5	4	2	5	4	5	4
40	1	1	3	5	4	2	2	2	4	3	5	2	3	5	5	4	3	2	5	3	2
41	5	2	3	2	3	2	4	3	1	5	2	4	5	1	3	4	5	5	4	2	5
42	1	4	5	5	3	2	2	4	5	4	5	2	5	3	3	3	4	4	4	2	5
43	4	5	4	4	2	1	4	2	3	4	4	1	3	4	2	2	2	4	4	4	3
44	4	3	2	2	4	2	4	5	2	1	3	1	1	3	2	3	3	4	4	2	1
45	2	5	5	4	1	3	5	5	1	2	1	2	4	4	1	3	5	4	3	3	4
46	4	4	4	2	5	3	5	4	1	4	3	4	1	3	1	5	4	3	5	5	1
47	3	5	3	3	4	1	1	5	1	1	5	5	1	4	5	4	2	2	4	5	3
48	1	5	1	5	2	4	4	5	1	3	1	5	1	4	3	4	5	1	5	1	1
49	3	3	1	4	4	1	5	4	5	3	5	2	1	4	4	2	4	2	5	4	4
50	1	5	5	4	3	4	5	1	4	2	2	2	5	1	3	5	4	4	5	5	1
51	2	1	4	1	4	2	2	4	1	3	4	3	1	5	3	3	2	1	3	5	2
52	3	4	2	4	4	1	4	1	2	1	5	5	4	3	1	3	1	4	3	5	5
53	3	3	1	2	5	1	1	2	4	3	1	5	5	1	3	1	5	5	5	5	4

54	5	5	4	3	4	3	5	2	4	3	5	3	2	4	5	5	3	2	3	4	3
55	1	2	3	2	2	5	1	4	3	2	1	1	3	1	2	4	1	3	4	5	3
56	5	5	4	2	5	2	2	5	4	5	3	3	4	2	1	1	1	2	3	5	3
57	2	1	3	4	2	2	4	1	5	2	2	3	3	4	1	2	2	5	3	5	3
58	2	5	5	3	1	4	5	3	5	5	1	2	5	4	1	5	2	5	1	1	1
59	1	3	2	1	4	2	5	2	5	4	3	3	2	5	3	1	4	5	5	1	5
60	5	3	5	5	2	2	1	4	5	3	3	4	1	3	3	5	5	3	1	2	1
61	3	3	4	4	5	5	4	3	1	1	4	1	2	2	5	2	1	2	3	3	4
62	3	5	4	5	5	5	4	2	4	3	2	1	5	4	5	2	3	3	5	1	2
63	2	2	1	2	2	1	5	5	2	4	1	5	3	1	2	5	3	3	4	2	1
64	4	3	5	2	1	1	1	5	4	4	1	3	4	1	1	4	3	2	5	3	2
65	2	4	2	4	4	4	3	3	1	2	2	3	3	1	2	5	2	3	2	3	5
66	2	1	3	5	5	5	4	5	1	3	5	3	1	2	2	3	5	4	3	1	4
67	1	1	3	4	2	1	2	5	1	5	2	2	1	2	4	4	3	5	3	1	4
68	5	4	3	2	4	4	2	3	4	4	4	2	4	3	5	2	5	3	5	5	3
69	4	2	4	4	2	4	3	3	3	3	5	4	2	4	3	1	3	4	1	4	5
70	4	3	5	3	5	3	2	1	2	1	3	4	3	5	4	2	2	5	2	3	1
71	2	1	2	5	4	1	5	4	5	2	3	1	1	1	1	2	4	4	1	1	5
72	4	4	5	3	2	1	3	2	1	1	1	4	4	2	5	3	1	5	1	5	3
73	4	2	5	1	3	1	1	2	4	4	1	4	3	5	2	4	3	5	4	4	2
74	4	1	3	1	2	5	3	3	1	4	1	1	1	5	3	2	3	4	2	3	3
75	2	2	4	4	3	3	4	4	4	1	3	1	5	5	5	2	5	2	3	1	4
76	2	2	2	4	1	2	4	5	4	3	2	5	5	4	5	1	5	1	3	1	1
77	4	3	2	1	4	1	2	2	3	2	5	4	5	5	2	1	4	1	4	4	3
78	5	4	2	1	1	3	4	2	4	2	1	1	5	1	1	3	4	4	4	4	2
79	1	1	3	5	1	4	1	2	1	5	3	4	2	4	3	2	3	3	1	5	1
80	4	4	1	3	3	4	3	5	2	2	4	1	5	3	3	5	1	4	5	2	2
81	1	4	4	5	4	2	3	2	3	2	2	3	1	5	1	3	5	5	5	1	1

82	3	3	4	3	4	3	5	4	5	4	4	5	1	2	4	1	3	2	2	1	2
83	1	3	3	3	2	4	4	5	2	3	4	3	2	2	2	4	5	4	1	3	4
84	4	1	3	2	1	2	1	2	1	1	4	1	3	2	1	1	4	1	2	2	1
85	5	4	3	3	1	3	1	5	5	5	4	2	1	3	1	4	2	3	3	1	3
86	2	2	1	1	2	2	3	5	2	1	5	1	5	3	2	4	5	2	4	2	3
87	5	5	5	4	1	1	5	5	4	2	2	4	1	3	1	4	4	2	4	2	4
88	3	3	3	2	5	3	1	3	5	1	3	5	5	4	5	1	2	4	4	1	2
89	4	5	4	2	2	1	1	2	5	1	2	4	1	2	1	2	2	2	5	1	5
90	2	5	5	5	2	1	5	4	3	1	1	2	2	4	5	1	5	1	1	3	2
91	3	2	1	4	1	3	3	2	4	1	1	5	2	4	4	1	3	1	2	3	2
92	1	4	2	3	3	3	2	2	3	3	4	1	4	2	2	1	5	2	1	5	2
93	3	5	2	4	3	3	5	1	4	1	1	1	3	1	1	4	2	4	4	5	5
94	2	2	1	1	5	4	1	4	3	1	1	3	2	1	4	3	5	5	5	4	3
95	3	2	3	1	5	1	2	1	4	1	4	2	4	2	1	4	1	4	4	5	1
96	2	5	2	3	2	2	3	3	4	4	4	5	4	1	4	5	5	2	5	4	4
97	4	4	4	5	4	3	4	2	3	3	2	5	4	4	1	1	3	5	3	4	3
98	2	3	2	2	4	4	5	1	4	5	1	3	4	3	3	4	4	4	5	4	4
99	5	1	1	4	5	1	2	5	3	2	1	5	1	2	4	4	4	2	4	1	3
100	3	4	3	1	1	3	3	4	2	4	5	4	2	4	4	2	4	4	1	5	5
101	3	1	1	1	5	1	2	5	1	3	5	2	5	5	2	5	1	2	3	1	3
102	4	2	3	5	1	1	1	2	1	4	3	5	2	4	1	5	5	1	2	3	3
103	4	3	3	5	5	5	4	1	5	3	2	5	2	5	5	1	3	1	2	4	3
104	1	2	3	3	3	2	1	4	2	1	2	4	2	3	2	5	1	2	1	4	4
105	2	3	2	5	3	4	5	1	4	1	4	1	1	2	2	3	5	1	5	2	2
106	4	5	1	4	5	5	4	2	1	4	4	5	5	5	1	3	1	4	3	1	4
107	2	5	1	3	3	1	5	4	1	5	1	5	2	1	2	1	2	5	3	1	4
108	5	3	3	1	1	2	5	5	1	2	2	4	5	5	3	5	2	4	2	1	1
109	3	3	5	4	3	5	1	4	1	1	4	2	4	4	4	2	5	1	4	1	5

110	5	3	2	3	3	1	2	5	4	3	3	2	3	3	5	5	2	1	3	1	3
111	4	4	3	5	2	4	5	5	2	3	3	4	2	4	2	1	5	3	3	1	1
112	2	3	3	2	2	1	4	4	3	4	3	1	4	3	5	3	3	1	3	3	1
113	3	1	3	2	4	1	2	2	1	1	2	1	5	2	1	5	1	2	5	1	3
114	4	5	2	2	3	1	1	2	2	5	2	1	1	5	1	1	2	5	4	1	1
115	5	4	3	1	4	2	5	3	3	1	2	2	1	2	4	1	1	5	1	1	4
116	2	5	5	5	2	3	5	4	1	4	4	4	3	3	4	3	3	2	3	5	1
117	3	4	4	4	3	1	3	3	4	4	3	1	5	4	1	3	2	2	5	4	3
118	3	3	5	4	5	1	3	3	2	5	1	2	1	3	1	5	5	5	1	2	5
119	5	1	4	1	2	4	3	2	1	3	1	5	1	3	1	5	5	3	3	5	4
120	5	4	1	5	2	4	2	2	3	1	5	5	3	4	5	3	5	3	4	3	3
121	4	5	4	2	5	4	5	5	4	5	2	4	4	1	3	2	5	2	1	5	5
122	4	4	2	4	4	3	4	5	3	1	1	3	4	4	5	4	4	1	4	2	3
123	2	3	1	1	3	5	4	2	1	1	5	3	4	5	3	3	1	5	3	4	3
124	3	4	5	4	1	4	1	5	4	5	4	3	3	2	5	2	4	1	4	3	5
125	5	1	5	1	5	5	1	3	2	4	5	5	3	1	1	5	2	4	3	1	3
126	3	1	1	4	1	2	5	4	3	4	1	1	1	2	1	5	5	1	4	5	2
127	2	1	2	5	4	1	4	2	4	3	2	1	1	5	5	2	5	3	3	3	4
128	3	4	1	5	4	1	5	2	4	5	1	1	3	4	4	4	1	1	3	3	3
129	2	1	5	3	5	2	2	2	1	3	5	2	5	2	2	2	4	1	4	2	5
130	1	4	3	5	2	3	3	2	1	3	5	1	3	1	4	2	3	2	4	3	5
131	3	4	2	2	2	3	1	1	3	2	3	3	5	1	2	1	5	3	3	1	1
132	4	4	2	4	4	4	5	5	1	1	4	5	3	3	2	2	2	1	3	1	1
133	3	4	5	3	5	3	1	1	5	4	2	4	3	2	4	5	2	4	4	2	4
134	3	3	3	2	2	5	5	3	2	2	2	2	3	2	2	4	4	5	3	5	4
135	1	5	5	3	3	1	3	2	2	2	1	4	2	2	2	4	1	3	2	1	1
136	1	5	3	2	5	1	5	2	1	5	5	4	3	1	5	1	2	2	5	3	2
137	1	1	1	5	2	3	3	2	1	4	2	4	1	2	1	2	3	1	2	4	1

138	2	2	4	5	2	3	3	1	2	4	2	1	4	4	4	3	2	4	5	1	3
139	3	1	3	3	3	1	2	3	4	2	5	3	2	1	2	4	3	2	2	2	5
140	2	2	4	2	3	5	5	2	1	5	1	2	2	4	2	3	2	5	3	5	1
141	5	5	1	2	2	4	4	1	1	2	3	1	5	4	4	4	5	3	3	2	3
142	2	1	5	4	2	3	1	1	5	1	3	1	1	2	1	5	5	4	1	2	1
143	4	3	4	3	1	3	5	2	3	4	4	5	3	1	1	1	3	4	5	4	2
144	3	2	1	1	4	1	1	5	2	3	1	2	4	5	1	4	3	2	3	5	2
145	1	5	3	2	1	4	4	5	2	1	4	5	2	3	2	3	3	5	4	4	4
146	5	1	5	5	2	1	3	1	1	2	2	2	2	1	5	5	4	2	1	1	1
147	1	2	3	4	5	2	1	2	1	2	2	2	5	3	2	1	1	5	3	3	4
148	2	4	1	3	3	3	4	5	2	2	5	5	2	1	1	2	1	3	4	1	1
149	2	2	3	5	1	1	3	5	5	4	4	1	3	4	2	2	4	4	4	3	3
150	5	3	5	1	4	3	3	4	4	1	3	2	2	4	1	1	3	5	4	5	5
151	3	3	5	3	2	4	5	1	2	4	1	5	4	3	4	3	5	2	5	4	4
152	3	3	1	4	3	3	2	3	2	3	3	5	4	2	1	1	5	4	4	3	2
153	2	1	2	4	4	3	4	2	2	5	1	4	1	4	2	2	3	3	4	5	1
154	1	2	3	5	4	3	1	4	3	5	3	5	1	5	2	1	4	5	2	1	2
155	2	5	2	3	3	5	4	4	4	1	3	5	5	4	5	3	2	1	1	3	1
156	2	1	3	5	4	2	3	3	1	3	1	1	4	5	2	1	1	1	4	4	1
157	1	4	5	2	5	4	4	4	5	4	4	4	3	3	4	1	2	2	1	1	4
158	1	1	5	3	1	3	5	1	1	1	5	4	4	2	2	4	5	4	5	3	3
159	1	1	3	5	1	2	4	5	1	4	4	5	5	2	1	1	2	1	1	2	3
160	1	5	5	3	2	3	2	4	1	3	2	5	3	2	1	3	4	4	5	5	1
161	4	5	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	3	2	4	5	4	2
162	5	1	4	4	1	3	3	4	2	5	1	4	2	2	5	3	1	2	2	3	4
163	5	5	4	2	1	1	5	2	1	4	2	1	5	2	4	1	3	2	4	4	3
164	5	1	4	2	4	5	3	4	3	4	2	5	5	4	4	1	3	5	4	1	2
165	2	1	3	1	3	1	5	4	3	3	3	1	5	5	2	4	4	2	2	2	1

166	2	4	3	2	3	2	5	2	2	3	2	2	4	3	4	2	4	4	5	2	4
167	5	1	5	2	2	5	5	1	2	5	3	1	2	3	2	2	4	1	2	2	3
168	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	5	2	2	3	1	2	4	1	1	2
169	4	4	4	2	2	1	3	4	1	4	2	5	1	3	3	1	1	5	5	2	1
170	4	1	1	4	1	1	1	2	5	5	4	1	4	1	4	4	1	1	3	2	1
171	3	5	2	4	5	5	4	1	4	3	1	5	1	1	4	5	1	3	2	5	5
172	5	4	5	1	1	4	5	1	2	5	2	5	2	2	2	3	3	4	4	3	2
173	2	2	1	3	3	2	3	1	3	1	5	3	2	4	2	4	4	5	5	5	1
174	4	1	3	4	1	2	4	2	4	2	5	2	3	4	1	5	2	2	3	5	3
175	2	1	5	2	2	3	2	4	4	4	1	4	4	1	1	1	4	3	2	3	4
176	3	3	2	4	5	2	1	1	4	1	3	4	4	4	2	3	5	2	1	2	5
177	2	4	5	1	5	1	2	1	5	5	4	2	5	4	5	2	4	1	2	5	1
178	2	4	4	4	4	3	4	2	5	5	4	3	5	5	1	1	1	5	2	2	3
179	4	4	5	3	3	1	5	3	3	5	5	4	2	5	2	2	3	1	5	1	5
180	4	3	2	4	3	1	5	5	1	1	1	4	5	1	3	1	5	3	4	4	2