



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN EN EGRESADOS UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA Y
CALLAO**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y de la psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Tineo Aparcana, Grecia Cecilia

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio

Vásquez Vega, Eda Jeanette

Talledo Sánchez, Karim

Lima - Perú

2025



DEPRESIÓN EN EGRESADOS UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	3%
3	lamenteesmaravillosa.com Fuente de Internet	3%
4	kupdf.net Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
7	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Marco Tulio Corea Del Cid. "La depresión y su impacto en la salud pública", Revista Médica Hondureña, 2021	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN EN EGRESADOS UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

Y CALLAO

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y de la psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en psicología
clínica

Autora:

Tineo Aparcana, Grecia Cecilia

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio

Vásquez Vega, Eda Jeanette

Talledo Sánchez, Karim

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

Dedicado a mis padres y hermano, quienes han sido mi apoyo durante esta etapa universitaria y guías en mi camino. Gracias por ser mi inspiración e inculcarme los valores que actualmente tengo. Han hecho este camino más llevadero. Agradezco también, a mis profesores quienes con su orientación han sido fundamentales en el desarrollo académico.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por darme la fortaleza para culminar este proyecto. Agradezco a la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme los recursos a lo largo de mi formación profesional.

A mis padres, quienes con su apoyo incondicional me han impulsado y sido un ejemplo para cumplir metas.

A mi asesora de tesis, Elizabeth Mayorga, por su orientación, paciencia e impulso durante todo este proceso. Su guía ha sido esencial para la elaboración de este trabajo. A mi hermano, Juan Diego por su motivación y apoyo en estos momentos. A Eliana, por la constante inspiración durante este camino.

Índice

Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	4
1.3. Objetivos	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
1.4. Justificación	10
1.5. Hipótesis	10
II. Marco teórico	12
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	12
III. Método	23
3.1. Tipo de investigación	23
3.2. Ámbito temporal y espacial	23
3.3. Variables	23
3.4. Población y muestra	25
3.5. Instrumentos	26
3.6. Procedimientos	29
3.7. Análisis de datos	30
3.8. Consideraciones éticas	30
IV. Resultados	31
V. Discusión de resultados	39
VI. Conclusiones	45

VII. Recomendaciones	46
VIII. Referencias	47
IX. Anexos	53

Índice de Tablas

Tabla 1	Operacionalización de la variable Depresión.....	24
Tabla 2	Descripción sociodemográfica de los participantes.....	26
Tabla 3	Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI – II).....	28
Tabla 4	Análisis ítem – test del Inventario de Depresión de Beck (BDI – II).....	29
Tabla 5	Análisis de normalidad de la variable de estudio.....	31
Tabla 6	Niveles de depresión.....	32
Tabla 7	Niveles de depresión por sexo.....	33
Tabla 8	Niveles de depresión según área de pregrado.....	34
Tabla 9	Niveles de depresión según tipo de familia.....	35
Tabla 10	Niveles de depresión según relación sentimental.....	35
Tabla 11	Prueba de hipótesis de la depresión según sexo.....	36
Tabla 12	Prueba de hipótesis de la depresión según áreas de pregrado.....	37
Tabla 13	Prueba de hipótesis de la depresión según tipo de familia.....	38

Resumen

Objetivo: Determinar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao. **Método:** El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo – comparativo, de diseño no experimental y de corte transversal. Se utilizó el inventario de Depresión de Beck (BD – II). La muestra estuvo conformada por 259 egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao. **Resultados:** Del total de egresados universitarios, se encontró que la depresión se presentó en un nivel mínimo en la muestra de egresados (69.5%), seguido de un nivel leve (14.3%) y un nivel moderado (10.8%) y, en menor frecuencia, en un nivel grave (5.4%). En cuanto a los niveles de depresión según sexo, las mujeres presentan mayores niveles de depresión. En las áreas de pregrado, se presentó mayores niveles en el Área de Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas y menor, en el área de Salud. Además, presentan mayores niveles de depresión quienes viven en una familia nuclear y menores niveles de depresión quienes, viven en una familia extensa; mientras que los egresados con mayores niveles de depresión son aquellos no tienen una relación sentimental. Asimismo, se hallaron diferencias significativas en los niveles de depresión según las áreas de pregrado ($p=.015$). **Conclusiones:** En total, se encontraron 28 personas con niveles de depresión moderada y 14 con niveles de depresión grave. Asimismo, se encontraron diferencias según área de pregrado, pero no se encontraron diferencias significativas según sexo ni tipo de familia.

Palabras clave: depresión, egresados, universitarios

Abstract

Objective: To determine the levels of depression in university graduates from Lima Metropolitana and Callao. **Method:** The study has a quantitative approach, with a non-experimental design, descriptive-comparative type, and cross-sectional scope. The Beck Depression Inventory (BDI-II) was used. The sample consisted of 259 university graduates from Lima Metropolitana and Callao. **Results:** Among the total number of university graduates, it was found that depression appeared at a minimal level in the sample (69.5%), followed by a mild level (14.3%), a moderate level (10.8%), and, less frequently, a severe level (5.4%). In undergraduate areas, higher levels of depression were observed in the Humanities, Social Sciences, and Law areas, while lower levels were found in the Health area. Additionally, individuals living in a nuclear family presented higher levels of depression, whereas those living in an extended family had lower levels. Graduates with higher levels of depression were those without a romantic relationship. Significant differences were also found in depression levels according to undergraduate areas ($p = .015$). **Conclusions:** A total of 28 individuals were found to have moderate levels of depression, and 14 had severe levels. Differences were observed based on undergraduate areas, but no significant differences were found according to sex or type of family.

Keywords: depression, graduates, university students.

I. INTRODUCCIÓN

Los egresados universitarios suelen enfrentar un periodo de tiempo complicado luego de terminar sus estudios, es conocido como la transición a la vida profesional y puede generar múltiples desafíos tanto en el ámbito económico como personal. Se enfrentan a la incertidumbre laboral, expectativas no cumplidas, inseguridad económica y a la influencia externa proveniente de su entorno familiar y social.

Según Beck (1979), la depresión se basa en patrones de ideas distorsionadas que perpetúan sentimientos de tristeza, desesperanza y falta de valía personal. Explica la depresión en términos de la triada cognitiva, que refleja una perspectiva negativa de su persona, de su entorno y el futuro.

El propósito principal de este estudio determinar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao, así como comparar las diferencias según sexo, área de pregrado y tipo de familia.

En el apartado I, se describe el problema, los antecedentes tanto a nivel nacional como internacional. Se presentan los objetivos, la justificación y la hipótesis del presente estudio.

En el apartado II, se revelan los fundamentos teóricos de este trastorno, donde se describe la principal teoría, sus características, prevención e intervención.

En el apartado III, se detalla la metodología empleada en el estudio, especificando el tipo y diseño del mismo, población y muestra. Se realiza la operacionalización de la variable de investigación, se describe los instrumentos de medición, su adaptación en el país, su confiabilidad y validez con la población de estudio. Finalmente, se explica el procedimiento, recolección y análisis de datos.

En el apartado IV, se presentan los hallazgos del estudio. Se detallan los niveles de depresión en egresados universitarios, así como, los niveles según sexo, área de pregrado, tipo

de familia y relación sentimental. Además, se comparan los niveles de depresión según sexo, área de pregrado y tipo de familia para conocer si existen diferencias significativas. En el apartado V, se indica la discusión de resultados, seguido de las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas de la investigación.

1.1. Descripción y formulación del problema

La depresión es un trastorno de salud mental frecuente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se define por una tristeza persistente y una pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente eran placenteras. Entre sus características está la alteración del descanso y pérdida del deseo de comer, y es frecuente la fatiga y dificultad para concentrarse, además es una causa crucial de discapacidad a nivel global y contribuye de manera significativa a la carga de morbilidad.

Se estima que alrededor del 5% de la población a nivel mundial padece de ella (OMS, 2023). Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012), afirma que aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión globalmente. De estas cifras, el 65% no recibe tratamiento en América Latine y el Caribe. Debido a esto, esta condición llega a su punto máximo que es el suicidio. Según investigaciones recientes, aproximadamente un millón de personas en el mundo muere a nivel global a causa del suicidio, las cifras de muerte por suicidio en América Latina y el Caribe es de 65 000 mil muertes.

En consecuencia, los países buscan implementar planes preventivos y de intervención para contrarrestar estas cifras. El 76,5% de los países del mundo cuenta con un plan de salud mental (OPS, 2012).

En nuestro país, según un estudio elaborado por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (IESMHD, 2023) indica que el problema principal

en adolescentes y adultos es el trastorno depresivo; la prevalencia de ello en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la Sierra de 16,2% y en la Selva de 21,4%.

En el periodo de la pandemia los trastornos depresivos en los peruanos han aumentado de manera significativa. El Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), ha financiado más de 650 mil atenciones por diagnósticos referidos a estos trastornos, desde casos moderados hasta graves. Esto ha venido aumentando, en el 2020, al inicio de la pandemia, se atendieron más de 83 mil pacientes. El año 2021 se elevaron a más de 270 mil y hasta octubre del 2022 se tiene más de 292 mil atenciones. Después de Lima, la mayor cantidad de consultas se financiaron en Cusco, Junín, Puno y Ayacucho, respectivamente (Diario Perú 21, 2023).

Frente a esta situación, se han implementado medidas desde el Estado. En el ámbito legal, se promulgó la Ley de Salud Mental (Ley 30947) en el 2019, cuyo principal propósito es establecer un *marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental* (Gobierno Nacional del Perú, 2023).

Además, desde el 2015 se vienen desarrollando Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) que se encargan de ofrecer atención ambulatoria a pacientes con trastornos mentales o problemas psicosociales graves. Asimismo, ofrecen servicios de prevención y promoción de la salud mental. Hay 205 CSMC en todo el país, de los cuales, el 78.5% están ubicados fuera de la capital (Gobierno Nacional del Perú, 2023).

Otra medida tomada desde el Ministerio de Salud es la implementación de la Línea 113 opción 5, la cual funciona las 24 horas del día y puedes recibir orientación de temas como ansiedad, depresión, bullying, alcoholismo, etc. También la población puede solicitar ser atendida en quechua o aymara (Gobierno Nacional del Perú, 2022).

En el contexto educativo en el Perú, Ayala (2023) realizó una investigación donde identificó que el 22,7% de estudiantes universitario de Lima Sur padecían de depresión. De la

misma manera, Rojas (2022) encontró que el 39,8% de estudiantes universitarios de la provincia de Lambayaque, presentaban indicadores de depresión.

Además, los egresados universitarios son una población vulnerable a los trastornos psicológicos ya que, al terminar los estudios universitarios se enfocan en una búsqueda de empleo la cual depende de diversos factores como las circunstancias, actitudes personales, entorno laboral y económico lo que refleja sensaciones de incertidumbre lo que puede llevar a sensaciones de estrés y contribuir con problemas de salud mental (Acosta y Zuluaga, 2017).

En Colombia, se realizó un estudio comparativo entre egresados y estudiantes universitarios con el fin de conocer los estresores y síntomas clínicos que les afectan. Se concluye que los egresados son una población más vulnerable a la afectación de la salud mental, se encontraron mayores indicadores clínicos como depresión y ansiedad. Esto se podría explicar ya que se encuentran en una transición que es vital para su futuro (Acosta y Zuluaga, 2017).

Las estadísticas mencionadas son alarmantes, por lo que es de interés identificar las cifras de depresión en egresados universitarios, para así darle un adecuado seguimiento e intervención.

Por lo anteriormente dicho, se formula la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y el Callao?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Egusquiza (2019) determinó la existencia de la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en universitarios de la Facultad de Psicología en una universidad privada de Lima Norte, utilizando un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional. La muestra consistió en

384 universitarios desde los 18 años. Encontró una correlación negativa y altamente significativa entre ambas variables, prevaleció la buena funcionalidad familiar con 41.1%, seguido de disfunción familiar leve con 31.5%. Respecto a la depresión, el 69.5% de los estudiantes no mostraron signos y un 23.2% presentó niveles leves. Encontró diferencias significativas según sexo en la variable depresión; mientras que, no se hallaron diferencias significativas según sexo en funcionalidad familiar ni según sexo en la variable depresión.

Márquez (2021) en un estudio de enfoque cuantitativo determinó los indicadores que predisponen a depresión en 65 estudiantes de enfermería de una universidad pública. Entre los estudiantes con depresión, el 50% tiene depresión leve, 32,5% moderada, 15% moderadamente grave. Los indicadores predisponentes encontrados fueron: tener una enfermedad crónica, cuidar a un padre con enfermedad crónica, la obligación de aportar económicamente al hogar, sentirse una carga económica, tener un padre con problemas de alcoholismo, vivir situaciones de violencia, sufrir de baja autoestima e inestabilidad emocional. En conclusión, el estudio reveló que los estudiantes de enfermería experimentan depresión leve, influenciada por factores psicológicos y sociales, como la baja autoestima, inestabilidad emocional y dificultad para afrontar situaciones. Además de otros factores como tener limitaciones económicas lo que los obliga a aportar financieramente, lo que limita su desenvolvimiento y cumplimiento académico, acusando sentimientos de culpa y el sentir que son una carga económica para su hogar.

Suaquita (2022) identificó los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el tiempo de pandemia por COVID19 en una investigación cuantitativa, descriptiva, observacional y de corte transversal. La muestra fue de 212 estudiantes de obstetricia, en un muestreo no probabilístico por conveniencia. Encontró altos niveles de estrés (66%) en los estudiantes, seguido de 18,9% de estudiantes con nivel moderado de estrés. Con respecto a la ansiedad, halló que 18.9% de

estudiantes tienen niveles graves de ansiedad, 17.5% niveles moderados y 14.6%, niveles leves. A la vez, encontró como característica más relevante de ansiedad la preocupación patológica en un 81.1%, seguido de, la dificultad para relajarse en un 80.7%. Finalmente, encontró que un 80.2% tenía niveles de depresión: 31.1%, presentó niveles leves; 22.2%, niveles moderados; 15.1%, en niveles graves y 11.8% en niveles muy graves.

Rojas (2022) determinó la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio en 392 universitarios de la región Lambayeque durante la pandemia del covid-19 durante en el año 2021 y las asoció a indicadores sociodemográficos en una investigación cuantitativa, observacional, descriptiva y transversal. Encontró que el 36% de universitarios tienen ansiedad; 39.8%, depresión y 32.7%, insomnio. Por otro lado, 25 % estudiantes con depresión también tenía ansiedad e insomnio, 20 % tuvieron ansiedad e insomnio y 17 % tenían las tres variables presentes. El grupo etario con mayores índices de las patologías fue el de 15 a 20 años, así como, aquellos en tratamiento psiquiátrico/psicológico previo, con un 40 % y 45 % en promedio de afectados respectivamente para cualquiera de las tres condiciones. Concluyó que uno de tres estudiantes contaba con alguna de las condiciones estudiadas. Los universitarios de ingenierías y arquitectura tenían mayores índices de depresión, mientras que los de ciencias sociales contaban con mayores niveles de ansiedad.

Ayala (2023) investigó la relación del estrés académico con la depresión en 150 estudiantes de una universidad privada de Lima Sur en estudio de tipo correlacional y no experimental, donde la muestra fue escogida de manera no probabilística por conveniencia. Encontró que el estrés académico, sus dimensiones estresores y síntomas presentaron correlaciones estadísticamente significativas con la variable depresión, también indicó que el 24.7% de los alumnos presentan mayores índices de estrés académico y el 22.7%, mayores niveles de depresión.

Contreras (2023) determinó la relación entre el nivel de inteligencia emocional y el grado de depresión en universitarios de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en una investigación de diseño con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional y transversal. En una muestra de 268 universitarios del 2do al 5to año. Encontró que el 67.2% tuvo nivel de inteligencia emocional medio, 18.3% alto y el 14.6% bajo. Por otro lado, del total con depresión, el 56.6% presentó niveles leves; 41%, moderado y el 2.4% grave. Encontró una correlación negativa y moderada entre el nivel de inteligencia emocional y el nivel de depresión. En gran parte, los universitarios muestran un grado de inteligencia emocional medio en sus tres dimensiones (atención, claridad y reparación emocional), y un nivel de depresión leve en sus dimensiones síntomas afectivos y fisiológicos.

1.2.2. Antecedentes internacionales:

Monterrosa-Castro et al. (2020) determinaron la frecuencia y los factores relacionados a la ansiedad y a la depresión en 697 universitarios en una investigación de tipo transversal donde la población fueron estudiantes de una universidad colombiana. Del total, el 43.6% estudiaba Medicina, el 26.2% Química Farmacéutica y el 30.1% Enfermería. Hallaron que tenían ansiedad en el 49.8% y depresión en el 80.3%. Además, encontraron que cursar medicina, enfermería, ser mujer, tener sobrepeso e infrapeso, haber tenido consulta previa psicológica o psiquiátrica, tomar medicación permanente y padecer de alguna enfermedad crónica, se relaciona a mayores niveles de ansiedad. Por otro lado, el haber nacido en zonas rurales se relacionó a mayores niveles depresión. Los resultados indican alta frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en los jóvenes estudiantes del área de la salud. Finalmente, los factores de la vida universitaria, rutinas, hábitos y actividades recreativas se relacionaron significativamente con las variables.

Trinidad et al. (2020) determinaron los niveles de estrés, depresión y ansiedad en 186 universitarios de primer año de las áreas de salud del Sur de Chile y su relación con el rendimiento académico, en un estudio cuantitativo, exploratorio, no experimental, descriptivo de corte transversal. La prevalencia de estas patologías fue que el 29% cuenta con algún trastorno asociado a depresión, el 53.20% a ansiedad y el 47.8% a estrés. Encontraron una relación significativa entre las variables ansiedad y rendimiento académico. Concluyeron que hay una relación entre el rendimiento académico de los universitarios con la variable ansiedad, pero no con la variable estrés y depresión.

Pérez et al. (2021) identificaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios durante la pandemia y su asociación con el soporte familiar en una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y transversal en una muestra de 105 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana; usando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Encontraron que no existe una relación entre las variables estudiadas, pero sí existe depresión (85.8 %), ansiedad (84 %) y estrés (77.4 %) en los estudiantes, aunque en niveles leves y también niveles medio bajo de apoyo familiar (afecto 61.3%, adaptabilidad 62.3% y autonomía 40.6 %).

Meza et al. (2022) encontraron la frecuencia de la ansiedad y la depresión de los universitarios de la Licenciatura en Educación Infantil de la UAN – México en la educación virtual derivada de la contingencia sanitaria por COVID-19. La muestra fue de 45 estudiantes. Se halló que la prevalencia de la depresión leve fue del 27%, el 4% fue moderada y el 2% grave. En cuanto a la ansiedad como estado, el 40% de estudiantes tiene niveles medios y el 44% alto; en la ansiedad como rasgo el 69% de estudiantes presenta niveles medios, el 31% alto; el 31% maneja niveles altos en ambos. Además, existe una correlación positiva entre los universitarios que son el sustento económico del hogar y los que tienen ansiedad alta; así como los estudiantes que tienen familias extensas y la depresión.

Aguirre (2023) determinó el grado de estrés, depresión y ansiedad en universitarios de primer año de medicina de una universidad paraguaya en una investigación cuantitativa exploratoria, descriptiva de corte transversal. La muestra fue no probabilística de 187 estudiantes de la Universidad Católica de Asunción. Encontró que el 76% cuenta con depresión, 86.09% estrés y 78.60% ansiedad. Concluyó que las restricciones de actividades por el aislamiento influyeron en gran medida al balance de la vida de los universitarios de primer año por lo cual, el ejercicio mental, emocional y las actividades lúdicas deben ser prioridad personal y socialmente, no solo durante el desarrollo de esta etapa post pandemia, sino debe mantenerse para una vida saludable.

Villagómez – López et al. (2023) determinaron la frecuencia de depresión y ansiedad en universitarios de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, en un estudio cuantitativo, analítico y transversal. La muestra fue no probabilística de 1528 universitarios. La frecuencia de depresión fue de 37.8% y la de ansiedad de 30.3%. Los factores protectores fueron el ejercicio y el apoyo psicológico en la espiritualidad, mientras que los factores de riesgo fueron contar con inestabilidad familiar, bajo rendimiento académico y no tener un espacio exclusivo para el estudio. El índice de estas patologías fue significativamente mayor en el sexo femenino.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

- Determinar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao, según sexo, área de pregrado, estado sentimental y tipo de familia.
- Establecer las diferencias significativas de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao, por sexo, área de pregrado y tipo de familia.

1.4. Justificación

La presente investigación pretende brindar un aporte teórico al informar el nivel de depresión en egresados universitarios, población poco estudiada en nuestro país. Así como, detallar los niveles de depresión según sexo, área de pregrado, composición familiar y relación sentimental. Esto como finalidad de incrementar la información que se cuenta de la población de estudio y explorar diversos factores que repercuten en los niveles de depresión de estos. Lo cual permitirá comprender el fenómeno para identificar las distintas maneras de abordarlo adecuadamente.

A nivel práctico, ayudará a que se disponga de información actualizada en relación a la problemática y su prevalencia. De esta manera, se podrán implementar prácticas preventivas y de intervención con el objetivo de fortalecer la salud mental en la población estudiada.

A nivel social, la depresión es considerada un problema de salud pública, ya que las estadísticas se encuentran en constante aumento. Los egresados universitarios podrán reducir el estigma a través de la sensibilización de la depresión, al reconocer la importancia, los factores que podrían repercutir en ella y las consecuencias.

A nivel metodológico aportará los valores de confiabilidad y validez del Inventario de depresión de Beck en la población de egresados universitarios, los cuales podrían ser usados en próximas investigaciones.

1.5. Hipótesis

H₁ Existen diferencias significativas en egresados, según sexo, áreas de pregrado y tipo de familia de Lima y Callao.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Depresión*

El concepto de *depresión* ha sido estudiado ampliamente por diversos investigadores, los cuales han formulado distintas teorías explicativas.

En la presente investigación se abarcará las teorías cognitivas de la variable, estas indican que los específicos procesos cognoscitivos son fundamentales en el inicio, curso y mantenimiento del trastorno. Las teorías se dividen en tres tipos: teorías del procesamiento de la información, teorías cognitivo – sociales y teorías conductuales – cognitivas.

- Teorías cognitivas de depresión

Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción equivocada de las personas, el entorno y los acontecimientos pueden generar la patología depresiva. Según estudios, los individuos depresivos tienen tendencia a percibir de manera negativa los sucesos, lo cual está relacionado con la figura del hombre como sistema de procesamiento de la información, es decir, es el individuo quien crea su realidad a través de la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información (Villagómez-López, et al, 2023).

La terapia cognitiva son las más difundidas para la depresión, debido también a las largas evidencias científicas de su eficacia. Según la evidencia, hay factores de riesgo como la diátesis cognitiva, que, junto con el estrés, incrementan la probabilidad de desarrollar este trastorno. Por ejemplo, las atribuciones negativas y autoestima baja son predictoras de un estado de ánimo negativo tras enfrentar acontecimientos de estrés (Villagómez-López et al., 2023).

Entre los que formulan esta teoría se encuentran (Abramson et al., 1978) con el modelo de indefensión aprendida y la teoría cognitiva de Beck (Beck et al., 1979).

La teoría cognitiva postula que hay cuatro indicadores cognitivos que explican este trastorno (Perris, 1989); la triada cognitiva, que es la visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; los pensamientos automáticos negativos; errores en la percepción y el procesamiento de información y los esquemas.

- Teoría cognitiva de Beck

El modelo de Beck es el más acreditado de las teorías cognitivas de este trastorno, debido a sus buenos resultados, incluso mayores a las de tratamiento farmacológico. Según esta teoría, hay diversos elementos causales; el primero, serían las experiencias negativas de la infancia, como las críticas y el rechazo por parte de los cuidadores los cuales generarían esquemas disfuncionales. Otra causa sería una situación estresante de donde aparecen pensamientos negativos (Beck, 1967). Estos pensamientos negativos son la interpretación errónea de las situaciones que afronta el individuo. Estipula tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas

La cognición es el contenido, proceso y estructura de la percepción y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el resultado que brindamos a los pensamientos y figuras mentales. Los esquemas son suposiciones que procesan la información del entorno, se presume son el origen del aprendizaje de situaciones pasadas o la interacción con personas significativas. En el caso de los esquemas depresivos están relacionados con la desaprobación o pérdida de los cuidadores. Por eso, aquellos individuos que transitan por un episodio de este trastorno cuentan con esquemas menos desadaptativos que aquellos que tienen depresión crónica (Beck, 1967).

La evidencia acumulada indica que la persona deprimida tiene errores continuos del pensamiento. Estos siguen estando presentes en la creencia de que sus conceptos negativos son válidos incluso ante la evidencia contraria.

La tríada cognitiva de Beck (1967) postula que el contenido cognoscitivo de una persona deprimida acerca de sí mismo, su entorno y su futuro es desesperanzador. La persona se observa sí misma como no digna y poco capaz. Todo lo malo que le ocurre lo imputa a sí mismo, por lo que confirma su teoría de incapacidad para afrontar la vida, se critica y se siente inútil.

Al mundo y a sus experiencias lo ve lleno de problemas sin solución y lo interpreta de un modo negativo. Opina que su entorno constantemente pone trabas complicadas de sobrellevar, incluso considera que el mundo confabula contra él.

Acerca del futuro su visión es negativa, desesperanzadora y considera que todo proyecto que emprende será un fracaso. Los pensamientos automáticos negativos son los pensamientos negativos que desencadenan la activación emocional. Son involuntarios, incontrolables y repetitivos (Beck, 1967). El pensamiento perturbado de este trastorno es consecuencia del procesamiento erróneo de información.

Según Beck (1967), los esquemas cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de información (errores en el procesamiento de la información), los más frecuentes en una persona deprimida son *la inferencia arbitraria* (sacar conclusiones sin evidencias), *la abstracción selectiva* (extraer una conclusión con información sesgada), *la sobre generalización* (elaborar una ley de una situación aislada), *la magnificación y la minimización* (agrandar los aspectos negativos de un acontecimiento o una cualidad propia y minimizar lo positivo), *la personalización, pensamiento dicotómico* (tendencia a evaluar las situaciones en extremos polares).

Para Beck, los esquemas cognitivos están hechos de creencias, son mapas que logran que la persona vea el mundo, brindarle un significado y realizar estructuras mediante la experiencia. Existen:

- Creencias centrales o nucleares: Son afirmaciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Por ejemplo: “soy una persona sensible”. Son afirmaciones muy fijas por lo que son complicadas de modificar ya que dan sentido de identidad.
- Creencias periféricas: Son más próximas y no son aspectos de la personalidad, por lo que pueden cambiarse de manera más sencilla. Por ejemplo: “creer que la vida siempre te da una segunda oportunidad”.

Los pensamientos automáticos son productos cognoscitivos, no adaptativos y negativos. Son las conversaciones internas, pensamientos o imágenes que están presentes ante un acontecimiento determinado; los individuos los consideran afirmaciones verdaderas no distorsionadas. Sin embargo, son aprendidos y no son sencillos de detectar ni controlar, pues aparecen en el diálogo interno de manera automática. Las distorsiones cognitivas son los pensamientos irracionales que el individuo genera y mantiene durante un periodo largo. A medida que el tiempo transcurre, los pensamientos se arraigan hasta convertirse en creencias personales y ejercen gran influencia en su forma de ser y pensar (Beck, 1967).

- Teoría de la activación diferencial de Teasdale

Teasdale (1988) postuló una teoría de la variable, conocida como la “hipótesis de la activación diferencial”, fue influencia de la teoría de Beck y el modelo de redes asociativa de Bower para darle significado a la relación entre emoción y cognición (Vázquez et al., 2010)

Indica que cada emoción está simbolizada en la memoria por una unidad o nodo. A estos, están relacionados un grupo de rasgos relacionados a esa emoción como son las

interpretaciones de la experiencia, las respuestas automáticas, los términos verbales y cogniciones.

En el caso de la unidad de la tristeza, estas últimas cogniciones serían negativas. Cuando una unidad en particular es activada, se experimenta la emoción relacionada. La activación se difunde en las conexiones de la unidad para recordar distintas manifestaciones de la emoción (Vázquez et al., 2010).

Según esta teoría de vulnerabilidad – estrés, el tipo de situaciones que genera una depresión clínica es capaz de producir un estado de ánimo deprimido leve en la mayoría de las personas. El inicio de síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un acontecimiento estresante (Bower, 1981).

Esta activación se propaga a los constructos cognitivos asociados. Esta actividad cognitiva reactiva el nodo depresivo a través de un mecanismo cíclico y vicioso entre el nodo depresivo y nodo cognitivos, por lo que el estado de depresión inicial se intensificará o permanecerá en el tiempo.

2.1.2 Prevención

Vázquez, et al. (2014) realizaron una investigación sistemática para comprobar la eficacia en programas preventivos de depresión durante los años de 1990 – 2013. Gran parte de los programas tuvieron resultados positivos en la disminución de sintomatología depresiva. A pesar de esto, el tamaño del efecto fue pequeño y no significativo. Se encontró que la gran parte de investigaciones presentaba errores metodológicos. De estos, el 83.3% presentaba intervenciones cognitivas conductuales: con un promedio de 9-10 sesiones, duración media de 90 minutos por cada sesión y fueron aplicados por un profesional calificado.

Respecto a pacientes de tercera edad, se encontró evidencia que los programas preventivos que incluían intervenciones psicológicas y psicoeducativas dirigidas a fortalecer

los factores protectores lograron que la tasa de incidencia se reduzca en un 20 – 25% en el tiempo de 1 – 2 años (Ministerio de Salud de Chile[MINSAL], 2013).

Un ensayo clínico realizado en el 2009 mostró que una intervención en niveles a personas de la tercera edad con síntomas depresivos y ansiosos, fueron más efectivas que la intervención habitual en disminución de la depresión y ansiedad, así como en la comorbilidad (MINSAL, 2013)

Por otro lado, Gómez-Juanes, et al. (2017) refieren que una vida saludable es recomendada para la reducción de síntomas depresivos. Hacen referencia a un estilo de vida mediterráneo, el cual logra reducir enfermedades crónicas como diabetes, cáncer y depresión. Además, se encontró una asociación entre estos males y el estilo de vida mediterráneo; alimentación, ejercicio, calidad de sueño y exposición al sol.

2.1.3 Intervenciones

La Guía de intervención para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias realizada por la OMS (2017) señala a la depresión como un trastorno prioritario y brinda las siguientes recomendaciones:

- Brindar psicoeducación a la persona y sus cuidadores: Proporcionar información acerca de la depresión, cuestionar mitos acerca de ella y sensibilizar a los cuidadores.
- Disminuir el estrés y fortalecer las redes de apoyo: Evalué los factores estresantes e intente reducirlos, active las relaciones sociales del individuo y seleccione rutinas que potencialmente si son retomadas, pueden brindar apoyo directa o indirectamente a la persona.
- Alentar las actividades cotidianas y la integración a la comunidad: Incentivar a reanudar actividades que anteriormente fueron placenteras, aplicar la higiene del sueño, hacer ejercicio físico, comer regularmente y pasar tiempo en familia o amigos.

- Evalúe el tratamiento farmacológico: Informar al paciente acerca del tratamiento desmitificando conceptos y creencias. Comenzar con dosis bajas y hacer un adecuado diagnóstico diferencial, ya que hay preescripciones.

- Si es factible, derivar al paciente a recibir tratamiento psicoterapéutico como activación conductual, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y afrontación a resolución de problemas.

- Hacer seguimiento: Realizar una evaluación para determinar mejoría hasta que el paciente esté sin síntomas en un periodo de 9 – 12 meses.

Asimismo, Whisman et al. (2004) estudió la asociación entre la satisfacción marital y la salud mental enfocándose en la depresión. Se encontró que una baja satisfacción marital está relacionada significativamente con niveles elevados de depresión. Esto indica que las relaciones sentimentales pueden exacerbar problemas de salud mental, incluyendo la depresión. Es por eso que se recomienda también, mantener relaciones sentimentales saludable como prevención e intervención de este trastorno.

En el ámbito nacional, El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud (IETSI, 2019) propone una guía de práctica clínica para casos de depresión leve en el que especifica los procesos a seguir en casos de detectar un posible caso un episodio depresivo leve.

- En primer lugar, se realiza un tamizaje depresivo a los grupos de riesgo con el instrumento PHQ – 9. Si el puntaje es menor a 10, se recomienda brindar intervención preventiva cognitiva conductual de la depresión. Si el puntaje es mayor, descartar una depresión bipolar.
- Si se detecta una depresión bipolar o depresión unipolar severa o moderada es necesario referir al psiquiatra.

- Si es un episodio depresivo leve, se requiere brindar estrategias de manejo para el caso.

Manejo de episodio depresivo leve: Recomiendan ejercicio físico y brindar psicoterapia o terapia farmacológica. En el caso de empezar con la psicoterapia, la intervención debe ser cognitiva conductual o de resolución de problemas y se debe reevaluar los avances en la sesión 8-20. En el caso de terapia farmacológica, se procede con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (IETSI, 2019).

Según (Beck et al., 2019) los antidepresivos son menos costosos que la terapia psicológica, se estima que solo el 60% - 65% de pacientes muestran mejoría definitiva con antidepresivos. Es por esta razón, que se deben desarrollar métodos para el 35-40% de los pacientes a los que no les es eficaz el tratamiento farmacológico.

2.1.3.1 La terapia cognitiva

Esta terapia tiene un método activo, directivo y estructurado durante un periodo limitado el cual se usa para tratamiento de alteraciones psíquicas como depresión, ansiedad, las fobias y problemas relacionados con el dolor. Es basado en la teoría de que el comportamiento de la persona está determinado en gran parte por su manera de estructurar el mundo. Las técnicas están orientadas a identificar, modificar los conceptos distorsionados y las falsas creencias (Beck et al., 2019).

A. Perspectiva histórica. La terapia cognitiva se basa en supuestos generales como: la percepción, las cogniciones, la “corriente de conciencia”, las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas influyen en el ánimo del paciente, la certeza de que con terapia psicológica un paciente puede tomar conciencia de sus distorsiones cognitivas y tener una mejora clínica. (Beck et al., 2019)

Los orígenes filosóficos inician a los estoicos en particular a Zenón (siglo IV a. C) y Epíteto quién postuló que los individuos no se incomodan por la causa de las situaciones, sino

por la interpretación que le dan a estas. Por otro lado, Freud (1900, 1953) expuso que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. Asimismo, Adler (1931,1958) indica que, para él, la terapia consistía en intentar dar sentido a cómo la persona percibe el mundo (Beck et al., 2019).

Las postulaciones de Ellis (1957,1962,1971 y 1973) supuso una nueva etapa en las terapias cognitivas conductuales. Ellis usó el método ABCDE, el cual tiene como objetivo que la persona sea consciente de sus ideas irracionales y las consecuencias afectivas de esta para así lograr modificarlas (Beck et al., 2019).

- ***Terapia cognitiva de Beck***

Beck propone la **reestructuración cognitiva**, la cual se refiere a obtener que la persona sea capaz de cambiar las cogniciones que usa para interpretar la realidad. Con esto, se manejan los acontecimientos vividos y la valoración subjetiva que la persona realiza de los hechos.

Una vez identificados los esquemas de la persona, en sesión se aborda sobre ellos para que pierdan rigidez, con la finalidad que el individuo se vea a sí mismo y encuentre esquemas para observar el mundo y su entorno de una manera que le genere bienestar a su salud mental.

Estas, se orientan a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva de la persona, por ejemplo, realizar preguntas, detectar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a la cuales el paciente se enfrenta. Es importante en este tipo de terapia que el paciente conozca la teoría cognitiva de la depresión y conocer las expectativas del paciente. Algunas técnicas utilizadas en este tipo de terapia según Beck et al. (2019):

A. La técnica de retribución. Muchos pacientes tienden a autoatribuirse la culpa de acontecimientos negativos de forma irreal, o como consecuencias negativas a una deficiencia personal. Se busca que el terapeuta en conjunto con el paciente aplique leyes lógicas a la situación con la finalidad de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente corresponda

B. La búsqueda de soluciones alternativas. Es la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la resolución saludable de los problemas. Después de un análisis exhaustivo, la persona puede llegar espontáneamente a soluciones para inconvenientes que antes consideraba sin solución e incluso considerar opciones que previamente habían sido descartadas.

C. El registro de pensamientos inadecuados. Consiste en escribir los pensamientos y los efectos de estas en columnas paralelas para así examinar, evaluar y modificar los pensamientos. La instrucción es escribir sus pensamientos y en la otra columna un “pensamiento razonable” a cada cognición. Se puede agregar columnas con los sentimientos y conductas del paciente, así como el antecedente al pensamiento (Beck et al.,2019).

2.1.4 Impacto

La depresión es un trastorno psicológico que puede ocasionar la muerte, el cual produce altos índices de discapacidad y suicidios, afectando el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida de las personas (Pereira y Molero, 2019; Arias et al, 2020) citado en León (2021).

Se estima que la depresión está presente en más de 300 millones de individuos en el mundo, siendo esta la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo a la morbilidad y se proyecta para 2030 que será la principal causa de morbilidad. El 80% de adultos con depresión, indican tener problemas laborales, familiares y actividades sociales a causa de la depresión. El impacto ocupacional refiere a varias enfermedades como la diabetes mellitus,

hipertensión arterial y la artritis reumatoide, además de relacionadas a enfermedades pulmonares, lumbalgia y cefalea.

Entre el 9.3% y 23 % de personas con una o más enfermedades crónicas presentaron comorbilidad con depresión, lo cual indica que este trastorno es mayor cuando existe comorbilidad.

Según la OMS, los individuos que sufren de trastornos mentales y no llevan tratamiento son el 13% de la población mundial. La depresión presenta el 4.3% de la población mundial, las personas con trastornos mentales presentan dos veces más ausentismo por incapacidad de realizar actividades cotidianas. La prevalencia de depresión es casi el doble en mujeres en comparación con los varones (Corea, 2021).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, ya que los datos obtenidos serán evaluados de manera estadística. Será descriptivo, debido a que se centrará en la recolección de datos que describan la ausencia o presencia de una variable. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características de los grupos, individuos, procesos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández et al., 2014).

El diseño es no experimental, ya que la variable de estudio no se manipulará y el investigador no tiene control directo sobre las variables independientes porque estas ya han ocurrido o no son manipulables (Kerlinger, 2004). Será transversal, porque se realiza en un tiempo determinado y en un solo momento.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La aplicación del instrumento y la recolección de datos se realizó durante los meses de enero y julio del 2024 en Lima Metropolitana y Callao.

3.3. Variables

3.3.1. Variable de estudio

Depresión.

- **Definición conceptual**

Según Beck (1979), la depresión se basa en patrones de pensamiento distorsionados que perpetúan sentimientos de tristeza, desesperanza y falta de valor. Describe la depresión según lo que denomina la “triada cognitiva” que incluye la visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

- **Definición operacional**

La depresión se define como aquellas puntuaciones obtenidas por medio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). La calificación mínima en la escala es de 0 y la máxima es 63.

Tabla 1

Operacionalización de la variable Depresión

Variable	Ítems	Alternativas de respuesta	Rangos	Escalas de medida
Depresión	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,	Tipo Likert	0 a 13:	Ordinal
	10,11,12,13,14,15,	No estoy (0)	Depresión	
	16,17,18,19,20,21.	Estoy más (1)	mínima	
		Estoy mucho más (2)	14 a 19: Depresión leve	
	Estoy todo el tiempo (3)	20 a 28: Depresión moderada		
			29 a 63: Depresión severa	

3.3.2. Variables de control

- Sexo
- Área de pregrado
- Tipo de familia

3.4. Población y muestra

La población estuvo conformada por egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao entre 22 y 35 años en el momento del estudio.

La muestra fue de 259 egresados, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia debido a que se optó por la muestra más accesible y de mayor grado de proximidad al investigador (Otzen y Manterola, 2017). En la investigación, participaron egresados universitarios de manera voluntaria. Se excluyeron a los participantes que declararon ser diagnosticados con esquizofrenia o algún trastorno psicótico. Además de haber recibido un tratamiento psicofarmacológico en los últimos 3 meses.

En la Tabla 2, puede observarse que predominó en la muestra el sexo femenino con un 59,1% y el sexo masculino con un 40,5%. Con respecto a las áreas de pregrado, se observa que predomina en la muestra egresados del Área de Ciencias de la Salud con un 31.3%, seguido del área de Ciencias Económicas, financieras y empresariales con un 26.3%, de Ingenierías y Arquitectura con un 25,1%. Finalmente, las áreas de Humanidades, ciencias jurídicas y sociales con un 17.1%. Seguido, predominan las personas tienen una familia nuclear (69.9%), seguido de los que viven solos (16.6%) y finalmente, los que tienen una familia (13.5%). Finalmente, el 50.6% de la población reporta tener pareja y el 49.4%, no.

Tabla 2*Descripción sociodemográfica de los participantes*

Sexo	<i>F</i>	%
Femenino	153	59.1
Masculino	105	40.9
Áreas de pregrado		
Salud	81	31.3
Económicas, financieras y empresariales	68	26.3
Ingenierías y arquitectura	65	25.1
Humanidades, ciencias jurídicas y sociales	45	17.4
Tipo de familia		
Familia Nuclear	181	69.9
Vive solo	43	16.6
Familiar extensa	35	13.5
Relación sentimental		
Sí	128	49.4
No	131	50.6

3.5. Instrumentos

3.5.1. *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*

El BDI-II en los últimos 35 años ha sido el instrumento más utilizado para evaluar la severidad de depresión en casos clínicos y detectar depresión en población normal. Los ítems del BDI no estaban basados en una teoría específica, si no en las características que reportaban

los pacientes deprimidos, además con los cambios del DSM con el pasar de los años; Beck y sus colaboradores modificaron el inventario agregando y suprimiendo varios ítems (Beck et al., 2006).

Es así como, Beck y sus colaboradores inician el piloto del BDI – II en 1994, tomando en cuenta los criterios del DSM IV que no habían sido considerados en el BDI IA, teniendo 27 ítems. A fin de llegar a 21 ítems se realizaron diversos análisis factoriales y análisis de ítems con las respuestas de 193 pacientes psiquiátricos (Beck et al., 2006).

El BDI II se creó con el objetivo de determinar la severidad del trastorno depresivo en personas a partir de 13 años con diagnóstico psiquiátrico, se desarrolló como un indicador, más no como un instrumento para determinar diagnóstico clínico. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos, aunque los pacientes psiquiátricos pueden requerir más tiempo. La puntuación se determina con el total de puntaje de los 21 ítems, siendo máxima puntuación 63 (Beck et al., 2006).

Con el fin de obtener muestras normales de población, ha sido aplicada a 120 estudiantes universitarios en una universidad de Canadá obteniendo una confiabilidad (Alfa de Cronbach) de 0,93 (Beck et al., 2006).

En el Perú, Carranza (2013) analizó las propiedades psicométricas del BDI – II en una muestra de universitarios en Lima Metropolitana obteniendo una buena consistencia interna (*Alfa de Cronbach* = 0,878), validez de contenido (10 expertos coincidieron en la valoración del test de forma global), la validez de constructo (mayoría de índices de ítems mayor a 0,30 siendo significativos) y análisis factorial obteniendo resultados óptimos. Por lo cual se concluye que es un instrumento aceptable en población universitaria de 16 a 36 años.

En el presente estudio, se realizó el análisis de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI - II) donde se obtuvo 0.92 lo que significa una excelente consistencia

interna. Es decir, que los ítems del cuestionario miden de manera confiable el mismo constructo.

Tabla 3

Confiabilidad del BDI-II

Nº de Ítems	<i>Alfa de Cronbach [IC95%]</i>
20	0.922[0.908 – 0.93]

En la tabla 4, se puede observar el análisis realizado de la validez ítem – test del Inventario de Depresión de Beck (BD – II), donde los ítems 4, 7 y 19 tienen correlaciones superiores a 0.65, lo que indica que son particularmente buenos en la representación del constructo medido por el test. Los ítems 2, 3,5,13,15,6,10,11,18,14 y 20 tienen correlaciones moderadas, ya que se encuentran entre 0.54 y 0.64. La mayoría de los ítems presentan correlaciones aceptables y buenas, lo que sugiere que el test mide el constructo. (Tuapanta et al., 2017)

Tabla 4*Análisis ítem - test del BDI- II*

Ítem	<i>R</i>	<i>p</i>	Ítem	<i>r</i>	<i>p</i>
1	.664	.000	11	.554	.000
2	.633	.000	12	.641	.000
3	.651	.000	13	.626	.000
4	.695	.000	14	.634	.000
5	.626	.000	15	.63	.000
6	.541	.000	16	.542	.000
7	.686	.000	17	.544	.000
8	.574	.000	18	.608	.000
9	.493	.000	19	.68	.000
10	.545	.000	20	.566	.000

3.6. Procedimientos

En primer lugar, se recolectó antecedentes de la variable e información para el marco teórico. En segundo lugar, se determinó el instrumento para alcanzar los objetivos de investigación. En tercer lugar, se realizó un formulario de Google que incluye el consentimiento informado y (BDI – II). Posteriormente, se contactó a los egresados universitarios que voluntariamente deseen participar en la investigación, se hará la invitación mediante correo electrónico institucional y redes sociales. Finalmente, con la información solicitada, se realizó el vaciado de datos en Microsoft Excel para ser exportado al programa IBM SPSS V- 24 donde se realizó los análisis estadísticos.

3.7. Análisis de datos

En primer lugar, se realizó el vaciado de datos de Microsoft Excel a IBM SPSS versión 24.0 para obtener los análisis descriptivos. Se empleó estadística descriptiva para conocer la prevalencia de la depresión en la población según sexo, área de pregrado, tipo de familia y relación sentimental. Posteriormente, se realizó el análisis de fiabilidad mediante el de Alfa de Cronbach a las puntuaciones del instrumento y el análisis ítem test. Finalmente, se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov para determinar la distribución de datos.

Debido a la naturaleza de distribución, se aplicó pruebas no paramétricas (*U de Mann Whitney* con nivel de significancia equivalente a .05) para determinar las diferencias significativas, según sexo y relación sentimental. En el caso de área de pregrado y tipo de familia se utilizó el test de Krustal Wallis, debido a que se analizaron las diferencias de más de dos grupos.

3.8. Consideraciones éticas

Para este estudio se tomó en cuenta el Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), el cual promueve la postura del profesionalismo y respeto a las personas.

Según el Capítulo III, todo psicólogo que realice investigación debe hacerlo respetando la normativa internacional y nacional de derechos humanos. Asimismo, es necesario contar con el consentimiento informado de las personas participantes en el estudio y finalmente, se aplicará test psicológicos con validez científica (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de las variables de estudio

En la Tabla 5, se observa que la depresión se presentó en un nivel mínimo en la muestra de egresados (69.5%), seguido de un nivel leve (14.3%) y un nivel moderado (10.8%) y, en menor frecuencia, en un nivel grave (5.4%).

Tabla 5

Niveles de depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	180	69.5
Depresión leve	37	14.3
Depresión moderada	28	10.8
Depresión grave	14	5.4

Se observa en la Tabla 6 mayor proporción de mujeres egresadas con depresión mínima (41.3 %), seguido de depresión leve con un (7.3%), depresión moderada con un 6.6% y depresión grave con un 3.9%. En el caso de los hombres, hubo mayor proporción con depresión mínima (28.2 %), seguido por depresión leve y moderada con un 6.9% y 3.9% y finalmente, depresión grave con un 1.5%.

Tabla 6*Niveles de depresión según sexo*

Depresión		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Mínima	F	107	73	180
	%	41.30%	28.20%	69.50%
Leve	F	19	18	37
	%	7.30%	6.90%	14.30%
Moderada	F	17	10	28
	%	6.60%	3.90%	10.80%
Grave	F	10	4	14
	%	3.90%	1.50%	5.40%

Nota: F: Frecuencia

En la Tabla 7, se encuentra en mayor proporción la depresión mínima en el área de salud con 24.7% y en menor proporción, el área de Humanidades, ciencias jurídicas y sociales con 9.2%. En cuanto a depresión leve, la mayor proporción es 4.2% en el área de Ingenierías - Arquitectura y Salud; en menor proporción en el área de Ciencias económicas, financieras y empresariales. En depresión moderada, se encuentra mayor proporción en Ciencias Económicas, financieras y empresariales, con 3.5% y en menor proporción en Ciencias de la Salud con un 1.2%. Finalmente, en depresión grave, se encuentra en mayor proporción en Humanidades, ciencias sociales y jurídicas con un 1.6% y en menor proporción en el área de Ciencias de la Salud y Ciencias Económicas, financieras y empresariales con 1.2%.

Tabla 7*Niveles de depresión según área de pregrado*

		Áreas de Pregrado				Total
Depresión		Económicas, financieras y empres.	Humanidades, c. jurídicas y sociales.	Salud	Ing.y Arquitectura	
Mínima	F	49	24	64	43	180
	%	18.90%	9.20%	24.70%	16.60%	69.50%
Leve	F	7	8	11	11	37
	%	2.70%	3.10%	4.20%	4.20%	14.30%
Moderada	F	9	9	3	7	28
	%	3.50%	3.40%	1.20%	2.70%	10.80%
Grave	F	3	4	3	4	14
	%	1.20%	1.60%	1.20%	1.50%	5.40%

Se percibe en la Tabla 8, mayor proporción con depresión mínima en egresados que tienen familia tipo nuclear (49.8%), y en menor proporción, los que tienen familia extendida (7.7%). En cuanto a depresión leve, en mayor proporción los egresados con familia nuclear (8.9%) y en menor proporción los que viven solos (2.3%). En depresión moderada, mayor proporción los egresados con familia nuclear (7%) y en menor proporción, los que viven solos (1.5%). Asimismo, estos cuentan con mayor proporción en depresión grave (4.2%) y en menor proporción, los egresados con familia extendida (0.4%).

Tabla 8*Niveles de depresión según con tipo de familia*

Depresión		Tipo de familia			Total
		Nuclear	Extendida	Vive solo	
Mínima	F	129	20	31	180
	%	49.80%	7.70%	12.00%	69.50%
Leve	F	23	8	6	37
	%	8.90%	3.10%	2.30%	14.30%
Moderada	F	18	6	4	28
	%	7.00%	2.30%	1.50%	10.80%
Grave	F	11	1	2	14
	%	4.20%	.40%	.80%	5.40%

Nota: F: Frecuencia

En relación a la Tabla 9, en mayor proporción se encuentran los egresados con depresión mínima que no tienen una relación sentimental (35.5 %). mientras que el 34%, sí tiene una relación sentimental. En caso de la depresión leve, se cuenta con mayor proporción (8.9%) a los que sí tienen una relación sentimental, y 5.4%, los que no. En depresión moderada y grave, se encuentra en mayores proporciones el 6.6% y 3.1%, no tienen una relación sentimental, respectivamente en comparación con el 4.2% y 2.3%, quienes sí tienen una relación sentimental.

Tabla 9*Niveles de depresión según relación sentimental*

		Relación sentimental		Total
		Sí	No	
Depresión				
Mínima	F	88	92	180
	%	34.00%	35.50%	69.50%
Leve	F	23	14	37
	%	8.90%	5.40%	14.30%
Moderada	F	11	17	28
	%	4.20%	6.60%	10.80%
Grave	F	6	8	14
	%	2.30%	3.10%	5.40%

Nota: F: Frecuencia

En la Tabla 10, se observa que las puntuaciones de la variable depresión se situaron correspondiente a *K-S* de 0.121 y un nivel de significancia de 0.00. Al ser menor a 0.05, se demuestra que la variable no proviene de una distribución normal estándar.

Tabla 10*Análisis de normalidad de la variable de estudio*

Variables de estudio	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>K-S</i>	<i>P</i>
Depresión	11.07	9.27	.121	.00

Nota: M: Media, DE: Desviación Estándar, K-S: Kolmogorov – Smirnov, p: Nivel de significancia

4.2 Estadísticos inferenciales de las variables

Según la Tabla 11, se detectó que no existen diferencias significativas de las puntuaciones de depresión según sexo ($p=.088$), la diferencia presentada se identificó mayor en el promedio de mujeres ($M = 11.65$) con respecto a los hombres ($M=10.95$).

Tabla 11

Prueba de hipótesis de la depresión según sexo

Variable de estudio	Sexo	$M (SD)$	U	P
Puntuación general de depresión	Mujeres	11.065 (9.31)	7949.500	.888
	Hombres	10.95 (9.22)		

Nota. M : Media, SD : Desviación estándar, U : Prueba U de Mann Whitney; p : nivel de significancia

Según la Tabla 12, se detectó que existen diferencias significativas de las puntuaciones de depresión según área de pregrado ($p=.015$), la diferencia manifestada se identificó mayor en la media del Área de Humanidades, ciencias sociales y jurídicas ($M = 14.27$) y en menor a comparación del Área de Salud ($M = 8.87$), asociado a un tamaño de efecto de 0.029, que equivale a una categoría “pequeño”.

Tabla 12*Prueba de hipótesis según áreas de pregrado*

Variable de estudio	Área de pregrado	<i>M (SD)</i>	χ^2	<i>P</i>	<i>PSest</i>
Puntuación general	Administrativas, financieras y económicas	11.53 (9.78)	10.519	.015	.029
	Humanidades, ciencias sociales y jurídicas	14.27 (9.59)			
	Salud	8.87 (7.45)			
	Ingenierías - Arquitectura	11.1 (10. 01)			

Nota. *M*: Media, *SD*: Desviación estándar, χ^2 : Valor de la Prueba Krustall Wallis; *p*: nivel de significancia, *PSest*: Probabilidad de superioridad

Según la Tabla 13, se detectó que no existen diferencias significativas de las puntuaciones de depresión según tipo de familia ($p=.551$), el promedio mayor en el tipo de familia extensa ($M = 12.46$) y en menor promedio a los egresados con tipo de familia nuclear ($M = 10.86$).

Tabla 13*Prueba de hipótesis según tipo de familia*

Variable de estudio	Tipo de familia	<i>M (SD)</i>	χ^2	<i>p</i>
Puntuación general de depresión	Nuclear	10.85 (9.28)	1.192	.015
	Extensa	12.46 (9.94)		
	Vive solo	10.86 (8.78)		

Nota. *M*: Media, *SD*: Desviación estándar, χ^2 : Valor de la Prueba Krustall Wallis; *p*: nivel de significancia

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación, tuvo como objetivo principal determinar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao. Se encontró que la depresión se presentó en un nivel mínimo en la muestra de egresados (69.5%), seguido de un nivel leve (14.3%) y un nivel moderado (10.8%) y, en menor frecuencia, en un nivel grave (5.4%). Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de egresados no presentan depresión en niveles significativos, hay un porcentaje considerable que requiere atención. Estos hallazgos tienen sentido por la Teoría de Beck (1967), la cual indica que las personas con tendencias depresivas experimentan a menudo lo que denomina la triada cognitiva: una visión negativa de sí mismo, de su entorno y del mundo. En esta investigación el 30.5% de egresados universitarios presentan niveles de depresión, según la teoría está vinculada a la activación de patrones de pensamiento disfuncionales, en este caso estarían asociados a la transición de lo académico a lo profesional. Aquellos con síntomas de depresión pueden experimentar pensamientos automáticos negativos acerca de la incertidumbre laboral lo que incrementa la vulnerabilidad emocional. Asimismo, se explican también por la teoría de Teasdale (1988) quien indica que las personas con vulnerabilidad a la depresión son más propensas a experimentar reactivaciones emocionales ante situaciones estresantes.

A pesar de que no se hallaron investigaciones que coincidan específicamente con egresados universitarios se hicieron revisiones en el contexto universitario. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de Ayala (2023), quien encontró que el 22.7% de los estudiantes universitarios presentaba niveles altos de depresión. Aunque el porcentaje de casos graves de depresión es menor en la presente investigación, es importante destacar que los niveles moderados y leves siguen presentes en una proporción significativa de la muestra. Por otro lado, los resultados no concuerdan con los encontrados por Contreras (2023) quien encontró que el 56.6% de estudiantes presentan depresión leve, lo que difiere del 14.3% de los egresados

que presentan depresión leve en el estudio. Esto podría deberse a la disminución de los síntomas depresivos con el paso del tiempo en la transición de estudiante a egresado, mientras que los estudiantes suelen estar inmersos en un entorno académico exigente y competitivo, los egresados podrían haber encontrado mayor estabilidad al haber culminado sus estudios, aunque no están exentos de otros factores estresantes como la búsqueda de empleo o la inserción en el mercado laboral. Sin embargo, estos factores no parecen haber generado un impacto significativo en la salud mental de egresados en este estudio. En el ámbito internacional, Aguirre (2023) reportó que el 76% de los estudiantes de medicina en Paraguay presentaba algún grado de depresión. Un porcentaje significativamente mayor al encontrado en el presente estudio. Esto, puede deberse por la mayor carga académica y las condiciones de estudios en carreras como Medicina, lo cual coincide con lo observado en Monterrosa – Castro et al. (2020), donde los estudiantes de áreas de salud mostraron niveles más altos de depresión.

Con respecto al segundo objetivo, referente al análisis de los niveles de depresión según el sexo en los egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao, los resultados muestran una mayor proporción de mujeres con depresión en comparación con los hombres. El 41.3 % de las mujeres presentaron depresión mínima, mientras que el 7.3% tuvo depresión leve, el 6.6% moderada, y el 3.9% grave. En contraste, entre los hombres, se observó que el 28.2% presentó depresión mínima, seguido por un 6.9% con depresión leve, un 3.9% con depresión moderada, y solo un 1.5% con depresión grave. Estos resultados evidencian que las mujeres presentan mayores niveles de depresión en todos los grados en comparación con los hombres. Esto coincide con lo reportado por Monterrosa – Castro et al. (2020), quienes encontraron una mayor prevalencia en depresión en mujeres estudiantes de las áreas de salud en una universidad colombiana. Esto puede deberse a factores externos que incrementan la vulnerabilidad emocional como lo menciona el autor, en su estudio identificó factores asociados como el sobrepeso, medicación y la consulta previa psicológica o psiquiátrica.

En cuanto a los niveles de depresión en los egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao según áreas de pregrado, los resultados muestran que la mayor proporción de egresados con depresión mínima pertenece al área de Ciencias de la Salud (24.7%), mientras que la menor proporción corresponde al área de Humanidades, Ciencias Jurídicas y Sociales (9.2%). En cuanto a la depresión leve, las áreas de Ingenierías, Arquitectura y Salud presentaron la mayor prevalencia (4.2%), siendo menos frecuente en Ciencias Económicas, Financieras y Empresariales. En lo que respecta a la depresión moderada, la mayor proporción se encontró en Ciencias Económicas, Financieras y Empresariales (3.5%) y la menor en el área de Salud (1.2%). Finalmente, la depresión grave se presentó con mayor frecuencia en Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas (1.6%) y fue menos frecuente en Ciencias de la Salud y Ciencias Económicas, Financieras y Empresariales (1.2%). Esto coincide con el estudio de Rojas (2022) sobre los estudiantes de Ingeniería y Arquitectura, quienes presentaron mayores niveles de depresión en su estudio, en la presente investigación, donde las áreas de Ingeniería y Arquitectura mostraron una prevalencia relativamente alta de depresión leve (4.2%).

Finalmente, el hecho de que el área de Humanidades, Ciencias Jurídicas y Sociales presente la mayor proporción de casos de depresión grave (1.6%) en el presente estudio, podría estar relacionado con factores sociales y económicos que afectan a los egresados de estas disciplinas, como la dificultad para insertarse en el mercado laboral o la percepción de inseguridad financiera, aspectos que ya han sido señalados en investigaciones previas (Monterrosa-Castro et al., 2020). Según la teoría de Beck (1967), los pensamientos automáticos podrían deberse a diversos factores, en este caso, a las expectativas profesionales altas que demanda esta área de pregrado, lo cual es un factor que predispone a la depresión.

En cuanto a los niveles de depresión de egresados según tipo de familia, los resultados de este estudio muestran que los egresados universitarios que provienen de familias nucleares

presentan mayores proporciones en todos los niveles de depresión, desde la mínima (49.8%) hasta la grave (4.2%). En contraste, aquellos que viven en familias extendidas o solos presentan menores proporciones en los distintos niveles de depresión. Estos hallazgos sugieren que la estructura familiar puede influir en la experiencia de la depresión en los egresados. En relación con el estudio de Monterrosa – Castro et al. (2020), que investigó la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes del área de la salud, encontró que los factores de tipo de familia y hábitos sociales influyen en la presencia de estos trastornos emocionales. Asimismo, Pérez et al. (2021) no encontró relación significativa entre el apoyo familiar y los niveles de depresión, aunque la mayoría de los estudiantes presentaba niveles leves de depresión, ansiedad y estrés.

En el estudio, los egresados de familias nucleares también presentan mayor prevalencia de depresión, lo que indica, que, aunque el apoyo familiar esté presente, puede no ser suficiente para prevenir el desarrollo de síntomas depresivos más grave. Los resultados difieren de los encontrados por Rojas (2022), quien encontró que los estudiantes que vivían solos durante el confinamiento presentaban altos niveles de afectación emocional. Sin embargo, en este estudio los egresados que viven solo mostraron una menor proporción de depresión moderada y grave en comparación a los que provienen de familias nucleares. Esto puede explicarse según la teoría de Beck (1967), ya que la dinámica familiar influye en la percepción y formación de esquemas cognitivos, debido a las expectativas familiares y un soporte familiar más limitado a comparación de familias extensas.

En cuanto a los niveles de depresión según estado sentimental, revelan que los egresados universitarios que no tienen una relación sentimental muestran mayores proporciones en los niveles de depresión moderada (6.6%) y grave (3.1%) en comparación con aquellos que sí mantienen una relación sentimental, quienes presentan un 4.2% de depresión moderada y 2.3% de depresión grave. Estos hallazgos coinciden con los estudios de Monterrosa – Castro et al. (2020), quienes encontraron que factores como las relaciones personales pueden

influir en la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad. Las relaciones sentimentales pueden actuar como un factor protector en algunos casos, sin embargo, la calidad de la relación es un factor clave. Asimismo, Rojas (2022) sugiere que la falta de apoyo emocional, tanto familiar como sentimental, está relacionada con mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés. Si bien es cierto, que las relaciones sentimentales pueden actuar como un factor protector contra la depresión, la ausencia de relación sentimental no implica necesariamente mayores niveles de depresión en todos los casos. Sin embargo, en los niveles más severos de depresión, aquellos sin relación sentimental podrían ser más vulnerables, lo que destaca la importancia de una red de apoyo emocional, como fue mencionado en el estudio de Whisman et al. (2004) donde se indica que, a mayor satisfacción marital, menores niveles de depresión. Asimismo, coincide con lo explicado por Beck (1967) ya que la falta de una red apoyo puede influir directamente en la percepción que tiene la persona acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.

En cuanto, al último objetivo fue determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión según sexo, área de pregrado y tipo de familia. Los resultados obtenidos en cuanto al sexo indican que no existen diferencias significativas en los niveles de depresión según el sexo ($p=0.0888$), aunque las mujeres presentaron un promedio ligeramente mayor ($M=11.65$) en comparación con los hombres ($M=10.95$). Esto coincide con los resultados de Villagómez – López et al. (2023) quienes encontraron una prevalencia más alta de depresión y ansiedad en mujeres estudiantes de medicina, sin embargo, difieren en cuanto a que en la presente investigación las diferencias no fueron significativas.

En cuanto al área de pregrado, se encontraron diferencias significativas ($p=0.15$), siendo los egresados del Área de Humanidades, ciencias sociales y jurídicas quienes presentaron los niveles más altos de depresión ($M=14.27$), en comparación con el Área de Salud ($M=8.87$). Esto coincide con lo reportado por Monterrosa – Castro et al (2020), quienes

encontraron que los estudiantes de carreras relacionadas con humanidades y ciencias sociales, tienden a experimentar mayores niveles de depresión.

Por último, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de depresión según el tipo de familia ($p=.551$), investigaciones como las de Eguzquiza (2019) indican una correlación altamente significativa y negativa, según depresión y funcionalidad familiar. Esto podría sugerir, que, si bien es cierto, el tipo de familia no muestra diferencias significativas en la muestra, podría profundizarse en la funcionalidad familiar para detectar variaciones en los niveles de depresión. Asimismo, según Eguzquiza (2019) la buena funcionalidad familiar actúa como un factor protector frente a la depresión.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 El nivel de depresión en egresados universitarios, hubo mayor proporción en depresión mínima con 69.5% y en menor medida, depresión grave con 5.4%. Esto indica que, aunque la depresión es un fenómeno presente, no suele alcanzar niveles graves.
- 6.2 En cuanto a los niveles según sexo, área de pregrado, tipo de familia y relación sentimental; las mujeres egresadas presentan mayores niveles de depresión en comparación con los hombres. En el caso, de áreas de pregrado, el área de Humanidades, Ciencias Jurídicas y Sociales, registra los niveles más alto de depresión, en contraste con las Áreas de Salud, quienes presentan los niveles más bajo. Por otro lado, en el tipo de familia, los egresados provenientes de familias nucleares presentan mayores de depresión, en cambio, los provenientes de familias extensas presentan menores niveles. Finalmente, en el caso de los egresados que no mantienen una relación sentimental presentan mayores niveles de depresión moderada y grave.
- 6.3 En el caso del área de pregrado, sí se encontraron diferencias significativas ($p=0.15$), con mayor promedio en egresados del área de Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas. Aunque el tamaño de efecto es pequeño (.029), esto indica que el área de estudio tiene un impacto leve en la salud mental de los egresados.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Realizar investigaciones con la población de egresados universitarios, debido a que no se ha encontrado estudios con esta población en el país.
- 7.2 Aplicar los instrumentos en una muestra mayor para que los resultados puedan tener mayor representatividad en la población de estudio.
- 7.3 Implementar programas preventivos basados en la teoría cognitiva en distintas áreas de pregrado, con énfasis en las Áreas de Humanidades, Ciencias Sociales y jurídicas, ya que los niveles de depresión fueron más altos.
- 7.4 Fomentar redes de apoyo y seguimiento psicológico en las universidades, enfocándose más en la población de mujeres. Ofrecer recursos como consejería y apoyo psicosocial en la población universitaria y egresados.
- 7.5 Brindar programas de intervención a los estudiantes y egresados, que permitan fortalecer redes de apoyo y habilidades sociales, brindando oportunidades de integrarse a actividades grupales y fomentar relaciones interpersonales saludables.

VIII. REFERENCIAS

- Aguirre, J. (2023) Niveles de estrés, depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID- 19 en los estudiantes universitarios paraguayos. *Unida Salud* 2 (2), 24-30.
<https://orcid.org/0000-0003-1761-5987>
- Ayala, N. (2023). *Estrés académico y depresión en estudiantes de una universidad privada de Lima* Sur. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2445>
- Baader, T; Molina, J; Venezian, S; Rojas, C; Farías, R, Fierro-Freixenet, C; Backenstrass, M y Mundt, C (2012) Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 50 (1),10-22.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Beck, A; Rush, J; Shaw, B y Gary, E. (2019). *Teoría cognitiva de la depresión*. (19° edición). Editorial Desclée de Brower, S.A.
http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141014/ob_142293_beck-rush-shaw-y-emeri-terapia-cog.pdf
- Beck, A; Steer, R., y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck* (2a ed.). Ediciones Paidós Iberica.
- Carranza, E. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 15 (2), 170–182.
<https://doi.org/10.18050/revpsi>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*.
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- Contreras, D. (2023). *Relación entre el nivel de inteligencia emocional y el grado de depresión en estudiantes de enfermería de una universidad pública 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19370>
- Egusquiza, Y. (2019). *Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes de una universidad privada de Lima Norte*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/23059/Egusquiza%20Tello%2CYetsabel%20Lesly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Escalante, C., Hurtado, K. (2023). *Ansiedad y depresión según área curricular en estudiantes de medicina humana en una universidad privada de Cusco 2022*. [Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Digital Universidad Andina del Cusco. <https://repositorio.uandina.edu.pe/item/f44042a6-c059-4cee-a6b5-8f5491b67498>
- Gómez-Juanez, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., García-Toro, M. (2017). Estilo de vida saludable: un factor de protección minusvalorado frente a la depresión. *Psiquiatría Biológica*, 24(3), 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2017.10.004>
- Gobierno Nacional del Perú (4 de mayo del 2022). *Minsa destina más de S/ 128 millones para continuidad de los servicios de salud mental*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/604133-minsa-destina-mas-de-s-128-millones-para-continuidad-de-los-servicios-de-salud-mental>

- Gobierno Nacional del Perú (18 de enero 2023). *Más de 650 mil atenciones por depresión fueron cubiertas por el SIS*. <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/689829-mas-de-650-mil-atenciones-por-depresion-fueron-cubiertas-por-el-sis>
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P (2014). Metodología de la investigación. McGraw Hill
- Instituto Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) – EsSalud. (2019). *Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en versión Extensa*. http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_Depresion_V_Extensa.pdf
- Kerlinger, F., Rush, A., Shaw, C. y Emery, J. (2004). *Cognitive therapy of depression* (Original work published 1979). Guilford Press.
- Márquez, M. (2021). *Factores que predisponen a la depresión en estudiantes de enfermería en una universidad pública*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/18077>
- Meza, M; Ramos, T y Morales, E (2022). Ansiedad y depresión en la educación virtual en estudiantes universitarios durante la Covid- 19. *Rinderesu* 7 (1-2), 265-284. <http://rinderesu.com/index.php/rinderesu/article/view/145/147>
- Ministerio de Salud de Chile (2013). Guía clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Molero, J (24 de febrero del 2023). ¿Cuál es la situación actual de la salud mental en el Perú?

Perú 21. <https://peru21.pe/vida/salud/cual-es-la-situacion-actual-de-la-salud-mental-en-el-peru-salud-mental-salud-mental-en-el-peru-trastornos-mentales-depresion-ansiedad-articulo-noticia/>

Monterrosa-Castro A, Ordosgoitia-Parra E y Beltrán-Barrios T. (2020) Ansiedad y depresión identificadas con la escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud.

MedUNAB. ;23 (3):382-388. <https://doi.org/10.29375/01237047.3881>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (31 de marzo del 2023). Depresión. *Organización*

Mundial de la Salud, Sitio Web Mundial. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (09 de octubre del 2012) Día Mundial de la Salud

Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. *Organización Mundial de la Salud, Sitio Web Mundial.*

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-masfrecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Pérez, M; Fernandez, H; Enríquez, C ; López, G ; Ortiz, I y Gómez, T.(2021). Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de COVID-

19. *Revista Salud Uninorte*, 37, (3), 553-568. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98>

- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Rojas Rioja, O. y Maco Calderón, J. (2022). Ansiedad, depresión e insomnio en estudiantes universitarios de la Región Lambayeque durante el aislamiento social por la pandemia COVID-19 en 2021. [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11209>
- Suaquita Mamani, M. J. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante la pandemia por COVID-19, año 2021. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/17795>
- Teasdale, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12 (3), 407-422. <https://doi.org/10.1007/BF01173268>
- Trunce, S., Villarroel, G., Arntz, J; Muñoz, S y Werner, K. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en educación médica*, 9 (36) . <https://dx.doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20229>
- Tuapanta, J., Duque, M y Mena, A. (2017). Alfa de cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitario. *Revista mktDescubre*, 10, 37-48. <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación.

Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 18(1), 139-165.

https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa-1.pdf

Vázquez, F. L., Blanco, V., Torres, Á., Otero, P y Hermida, E. (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. *Anales de Psicología*, 30(1),9-24. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.138931>

Villagómez-López, A., Cepeda – Reza., Torres – Balarezo, P., Calderón-Vivanco, J., Villota – Acosta, C., Balarezo – Díaz, T., Simbaña – Guaycha, F; Vallejo – Suárez, C., Rueda – Benalcazar, D., Vaca – Salazar, J., Chininin – Moreno, D., Terán – Bracho, Iván., Endara – Mino, J., Casco – Toapanta, D y Rojas – Velasco, G. (2023). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina en la educación virtual durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(5), 559–566. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316418>

Whisman, M., Uebelacker, L. y Weinstock, L. (2004). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 144-149. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.144>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

Título: Depresión en egresados universitarios en Lima Metropolitana y Callao			
Problema	Objetivos	Hipótesis	Método
General	General		
	Determinar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao.	Existen diferencias significativas en egresados, según sexo, áreas de pregrado y tipo de familia de Lima y Callao.	
	Específicos		
¿Cuáles son los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y el Callao?	O1: Identificar los niveles de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao, según sexo, área de pregrado, estado sentimental y tipo de familia.		Tipo de investigación Básica, no experimental, descriptivo. Participantes 259 entre hombres y mujeres. Instrumento: - Inventario de Depresión de Beck
	O2: Establecer las diferencias significativas de depresión en egresados universitarios de Lima Metropolitana y Callao, por sexo, área de pregrado y tipo de familiar.		

Anexo B. Inventario de Depresión de Beck (BD-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más

alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.